

Université de Montréal

Exploration longitudinale du trauma, de la résilience et de la guérison chez des
adolescentes agressées sexuellement suivies par un Centre jeunesse

Par
Isabelle Daigneault

Département de Psychologie
Faculté des études supérieures

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiæ Doctor (Ph.D.)
en psychologie – recherche et intervention, option counseling

avril 2003

© Isabelle Daigneault, 2003



BF

22

U54

2004

v.001

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :
Exploration longitudinale du trauma, de la résilience et de la guérison chez des
adolescentes agressées sexuellement suivies par un Centre jeunesse

présentée par :
Isabelle Daigneault

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Président rapporteur : Marc-André Bouchard

Directrice de recherche : Mme Mireille Cyr

Codirecteur de recherche : M. Marc Tourigny

Membre du jury : John Wright

Examineur externe : Martine Hébert

Représentant du Doyen :

Marc-André Bouchard

Résumé

La présente thèse explore la complexité du profil traumatique et de guérison de 30 adolescentes agressées sexuellement suivies par les centres jeunesse de Montréal. Trois avenues conceptuelles sont étudiées dans la présente thèse afin d'améliorer et d'intégrer nos connaissances sur l'impact des agressions sexuelles et sur la guérison de ces traumatismes : le stress post-traumatique (SPT) complexe, la résilience et les facteurs associés à l'impact des traumas. Pour ce faire, l'entrevue clinique et l'échelle intégrée du « *Multidimensional Trauma Recovery and Resiliency (MTRR) interview and scale* », ont été traduites et adaptées pour une population d'adolescentes francophones. Le MTRR sonde et décrit les zones traumatiques ainsi que les zones de résilience dans différents domaines de fonctionnement découlant du stress post-traumatique complexe. Les symptômes psychologiques des adolescentes, tels qu'évalués par des mesures auto-révélées (*Trauma Symptom Checklist for Children, Youth self-report and profile*), ainsi que la résilience et les traumatismes associés au SPT complexe (MTRR) sont décrits et mis en lien avec des facteurs qui leur sont souvent associés. Cette description a été effectuée une seconde fois après un an auprès de 16 des 30 participantes qui ont été rencontrées de nouveau afin d'observer l'évolution des symptômes, de la résilience et de l'état de guérison tout en explorant certains facteurs susceptibles d'être liés aux changements. De plus, la validité de construit du MTRR a été explorée en le comparant aux questionnaires auto-révélés ainsi qu'aux facteurs associés. Les résultats de cette recherche montrent que les adolescentes suivies par les centres jeunesse se situaient à

l'extrémité la plus sévère quant aux agressions sexuelles vécues et à la symptomatologie présentée. Elles étaient en général partiellement guéries au début de l'étude, présentant à la fois des zones de dysfonctions et de résilience. Après un an, pour environ la moitié des échelles utilisées, on observe une amélioration significative de la symptomatologie, de l'état de guérison et de la résilience. Certaines caractéristiques des agressions, l'adversité, le dévoilement et les services reçus étaient en lien avec certains symptômes et certaines échelles du MTRR, mais n'étaient pas significativement liés aux changements observés après un an. Les résultats de la thèse démontrent une validité de construit du MTRR, particulièrement la validité convergente-divergente, lorsque comparé à d'autres échelles.

Mots-clés : abus sexuel dans l'enfance, évaluation, stress post-traumatique complexe, services de protection de la jeunesse, adolescence

Abstract

This dissertation explores the complexity of trauma and recovery profiles of 30 sexually abused adolescents in Montreal's youth center. Studies assessing trauma associated with sexual abuses have documented a wide array of symptoms. Three conceptual avenues are studied in the present dissertation in order to improve and integrate our knowledge of the impact of sexual abuses and of recovery from these trauma: Complex post-traumatic stress disorder (PTSD), resilience and factors associated with trauma impact. The "Multidimensional trauma recovery and resiliency (MTRR) interview and scale", were translated and adapted for a French-speaking adolescent population. The MTRR explores and describes traumatic and resilient domains of functioning often associated with prolonged interpersonal violence and complex PTSD. Psychological symptoms of the adolescents, as assessed by self-reported measures (Trauma Symptom Checklist for Children, Youth Self-Report and Profile), as well as resilience and trauma associated with complex PTSD (MTRR) are described and related to factors often associated with symptomatology. This description was done a second time after one year with 16 of the 30 participants who were re-interviewed in order to observe the evolution of symptoms, resilience and recovery and to explore factors susceptible to be related to change. In addition, the construct validity of the MTRR was explored by comparing it to self-reported questionnaires as well as to associated factors. Results of this study show that adolescents in youth centers were situated at the most severe end of the continuum in terms of sexual abuses and

symptomatology. In general, they were partially recovered at the beginning of the study, showing both areas of dysfunction and resilience. Some characteristics of abuses, adversity, disclosure and services received were related to some symptoms and some MTRR scales, but were not related to changes observed after a year. The results of the research also show a construct validity of the MTRR, the convergent-divergent validity in particular, when compared to other scales.

Key words: child sexual abuse, assessment, complex post-traumatic stress, child protective services, adolescence

Table des matières

Résumé	iii
Abstract	v
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	x
Liste des abréviations	xi
Remerciements	xii
Introduction	1
Article 1 : Profil psychologique d'adolescentes agressées sexuellement et prises en charge par les services de protection de la jeunesse	15
Article 2 : Trauma and resilience in sexually abused adolescents: An integrated assessment	51
Article 3 : Exploration of recovery trajectories and associated factors in sexually abused adolescents	93
Conclusion	133
Références (introduction et conclusion).....	148
Appendice I : Version française adaptée pour adolescents du Multidimensional trauma, recovery and resiliency interview and scale et Tableau descripteur des huit domaines du MTRR	xv
Appendice II : Questionnaires	xlvi

Liste des tableaux

Article 1

Tableau 1. Principales caractéristiques sociodémographiques et des agressions sexuelles : comparaisons entre participantes et non-participantes	47
Tableau 2. Scores moyens de chaque symptôme et pourcentage de cas cliniques	48
Tableau 3. Caractéristiques des services reçus au cours de la dernière année	49
Tableau 4. Corrélations entre dix symptômes et sept facteurs décrivant les agressions sexuelles et les services pour les 30 participantes	50

Article 2

Table 1. Mean MTRR scale scores and proportion of adolescents across recovery stages according to individual scale scores ($N = 30$)	90
Table 2. Correlations between the nine MTRR scales and the 12 self-report symptom measures ($N = 30$)	91
Table 3. Correlations between the nine MTRR scales and six symptom correlates ($N =$ 30)	92

Article 3

Table 1. Description of demographic variables, CSA characteristics and adversity at T1 and of events occurring between T1 and T2 (adversity, services and sexual abuse) documented at T2	128
--	-----

Table 2.	Mean scores at T1 and T2, paired t -tests, number of adolescents in each stage of recovery per domain and number of adolescents showing clinical symptoms per symptom scale at T2, number of clinical and stage improvements and deteriorations between T1 and T2 ($N = 16$)	130
Table 3.	Correlations between “change” scores of MTRR scales, symptoms and associated factors ($N=16$)	131

Liste des figures

Article 3

Figure 1. Number of adolescents who show no change, improvements or
deteriorations in stages of recovery between T1 and T2 on the resilience
scale 132

Liste des abréviations

CJM	Centre jeunesse de Montréal
CPJ	Centre de protection de la jeunesse
CPS	Child protective services
CSA	Child sexual abuse
DSM-IV	Diagnostic and statistical manual of mental disorders – fourth edition
MTRR	Multidimensional trauma, recovery and resiliency
PTSD	Post-traumatic stress disorder
SARS	Sexual abuse rating scale
SIBQ	Self-injurious behaviors questionnaire
SPT	Stress post-traumatique
TSCC	Trauma symptoms checklist for children
YSR	Youth self-report

Remerciements

Mes tous premiers remerciements vont aux 30 adolescentes qui ont très généreusement consacré des heures de leur vie à me parler d'elles. Ce qu'elles m'ont partagé va bien au-delà de ce qui est présenté dans cette thèse et je leur en suis reconnaissante : je regrette seulement de n'avoir pas toujours su rendre justice à la richesse de leurs propos, à leur courage, à leur résilience et parfois aussi à l'ampleur de leur rage et de leur détresse.

Je termine cette thèse aujourd'hui en partie grâce à mes directeurs, Marc Tourigny et Mireille Cyr. Merci de m'avoir soutenue dans des moments difficiles, de m'avoir laissé beaucoup d'espace pour réfléchir et critiquer tout en imposant une structure nécessaire à mon esprit souvent divergent ; c'est ce qui me permettra de continuer à apprendre après la fin de mes études.

Je dois une reconnaissance sans bornes à mes collègues étudiantes doctorales. À Caroline Audet pour m'avoir entraînée et guidée dans cette aventure et pour être demeurée, constamment, une amie à travers tout. À Sophie Boucher, Delphine Collin-Vézina, Fabienne Lagueux et Chantal Thériault, je dois d'appartenir à une « sororité » intellectuelle et amicale exceptionnelle qui m'a permis bien des fois de m'accrocher et de poursuivre dans ce projet qui parfois m'est apparu interminable. Nos séminaires m'ont offert un lieu de réflexion, de discussions, de confrontation d'idées et

m'ont permis d'acquérir de l'assurance et de développer ma pensée ; alors que nos soupers m'ont offert un lieu de repos, de soutien, de plaisirs et de rires. Pour tout cela merci.

Je remercie spécialement trois personnes qui ont contribué directement à cette thèse : Julie Michel pour la rigueur et la patience avec lesquelles elle a coté une foule d'informations dans les dossiers des centres jeunesse, Évelyne Bernèche pour son professionnalisme dans la cotation des entrevues pour l'accord inter-juges et Pierre McDuff, à qui je dois plusieurs mercis, pour sa très grande disponibilité, sa générosité et sa patience face à mes nombreuses questions et inquiétudes et pour ses observations toujours pertinentes sur mon travail.

Je remercie aussi tous mes amis qui par leurs questions ont contribué à ce que j'accomplisse un des exercices difficile d'une thèse : simplifier et résumer ma pensée. Merci aussi pour tous les encouragements que vous m'avez offerts pendant plus de cinq ans, pour toutes les discussions stimulantes que nous avons eues et pour tous les moments de simple complicité que nous avons partagés.

Mathieu je te remercie spécialement d'avoir été présent au cours de cette dernière année de rédaction, d'avoir alléger les obstacles et rendue ma vie plus agréable, plus vivante. Merci du temps que tu as pris pour m'aider dans la correction finale de ma thèse. Merci surtout de toujours me faire rire et de te laisser chatouiller.

Je dois aussi beaucoup à ma famille. À Claire et Raymond, mes parents, merci pour votre confiance indéfectible en mes capacités de réussir tout au long de ma vie étudiante, pour toute l'aide que vous m'avez apportée, pour les petits plats que vous m'avez cuisinés durant mes « rush » d'étude et de rédaction et pour la correction de plusieurs textes. À ma sœur, mon frère et mon neveu, Johanne, Michel et Dominic, merci d'avoir enduré les hauts et les bas qui ont ponctué cette thèse et parfois ma mauvaise humeur. Merci d'être là.

Enfin, je me dois de remercier tous les organismes qui ont contribué financièrement à la réalisation et au succès de ce projet, sans qui il n'aurait pas vu le jour : la faculté des études supérieures de l'Université de Montréal, le Centre jeunesse de Montréal, l'Institut de recherche pour le développement social des jeunes (IRDS), le Conseil québécois de recherche sociale (CQRS) et le Partenariat de recherche et d'intervention en matière d'agression sexuelle à l'endroit des enfants (PRIMASE).

Introduction

Les agressions sexuelles dans l'enfance sont nombreuses et constituent un problème social important. Une récente enquête québécoise a observé qu'en 1998, 0,9 enfant/1000 ont fait l'objet d'un signalement corroboré pour agression sexuelle auprès de la direction de la protection de la jeunesse (Tourigny et al., 2002). En fait, pour l'année 96-97, un total d'environ 2400 signalements d'agressions sexuelles ont été retenus sous la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ). De tous les signalements retenus, environ le tiers est pris en charge et suivi par les Centres jeunesse parce que la sécurité ou le développement de l'enfant sont considérés être compromis. En fait, la sécurité physique et psychologique des enfants et des adolescents ayant vécu des agressions sexuelles est une des premières cibles d'intervention en protection de la jeunesse. Compte tenu de la grande hétérogénéité de cette population, leur sécurité et leur développement sont très variables, ainsi que leurs besoins et les interventions requises pour leur venir en aide. Différents facteurs doivent donc être considérés lors de l'évaluation afin de déterminer les cibles d'intervention les plus appropriées. Cette thèse a comme objectif principal d'explorer les traumatismes, la résilience et la guérison d'adolescentes (13 à 17 ans) suivies par le Centre Jeunesse de Montréal (CJM) qui ont vécu des agressions sexuelles. Ceci, afin de mieux cibler les interventions qui leur seront offertes. L'introduction qui suit abordera les différents aspects que nous jugeons importants à considérer lors de l'évaluation d'adolescents, tels que les séquelles, la conceptualisation du trauma et du rétablissement, la résilience et les facteurs influençant à la fois les traumatismes et la guérison.

La prise en charge dans les Centres jeunesse consiste, entre autres, en un suivi psychosocial qui est effectué afin de gérer les différentes applications des mesures de protection en veillant à la sécurité continue des adolescentes. Aujourd'hui, ce mandat n'est mis en application que dans les cas où l'enfant a de sérieuses difficultés et lorsqu'il semble qu'aucune personne dans son environnement ne soit en mesure de le protéger contre d'éventuelles agressions sexuelles, ni d'assurer son développement psychosocial normal. Par exemple, sur 282 signalements reçus et retenus¹ en agressions sexuelles au CJM pour l'année 97-98, seulement 54 nouveaux cas ont été pris en charge à la suite de l'évaluation-orientation (les autres cas ne sont pas dans une situation de compromission ou sont déjà pris en charge à la suite d'autres signalements - Robineault, 1998). Ainsi, la prise en charge vise plus que la sécurité des adolescents, mais doit aussi s'assurer que leur développement psychosocial ne sera pas compromis davantage et qu'il puisse reprendre normalement.

Impacts des agressions sexuelles dans l'enfance

Plusieurs études ont évalué le fonctionnement d'adolescents ayant vécu des agressions sexuelles dans l'enfance et révèlent la présence d'une diversité de

¹ En général, sur le territoire du Québec, la moitié seulement des signalements reçus sont retenus afin d'être évalués, et ce, pour l'ensemble des problématiques en protection de la jeunesse.

séquelles, et ce, dans plusieurs sphères de fonctionnement. On note ainsi des troubles spécifiques tels que la dépression, l'anxiété, le stress post-traumatique, la dissociation, la faible estime de soi, la somatisation, les problèmes de comportements dont ceux autodestructeurs, la délinquance, l'abus de substance, la promiscuité sexuelle, la prostitution ainsi que l'agressivité et les problèmes relationnels (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta & Akman, 1991 ; Forbey, Ben-Porath & Davis, 2000 ; Green, Russo, Navratil & Loeber, 1999 ; Grilo, Sanislow, Fehon, Martino & McGlashan, 1999 ; Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993 ; Mennen & Meadow, 1993 ; Silverman, Reinherz & Giaconia, 1996).

Ces nombreux symptômes ne sont évidemment pas tous présents pour une majorité des enfants et des adolescents, bien que la période de l'adolescence semble caractérisée par la présence de comportements autodestructeurs et délinquants (Kendall-Tackett et al., 1993). En plus du fait qu'on observe de nombreuses configurations de symptômes, environ 30% des enfants semblent ne présenter aucun symptôme clinique (Kendall-Tackett et al., 1993). On constate cependant que les enfants qui paraissent asymptomatiques lors d'une première évaluation sont les plus susceptibles de développer des symptômes par la suite (Putnam, 2003). Enfin, plusieurs études démontrent que certains symptômes peuvent se complexifier et persister durant plusieurs années à l'adolescence et l'âge adulte (Briere & Elliott, 1994 ; Dembo et al., 1992 ; Rorty & Yager, 1996 ; van der Kolk, Perry & Herman, 1991) ; d'où la nécessité d'intervenir tôt pour contrer ces séquelles.

Plusieurs théories sur les traumatismes liés aux agressions sexuelles dans l'enfance ont tenté d'expliquer cette diversité symptomatique (voir par exemple Finkelhor & Browne, 1988). Cependant, cette accumulation de symptômes semble être le mieux conceptualisée par le diagnostique de stress post-traumatique (SPT) complexe ou « *Disorder of Extreme Stress not Otherwise Specified* » (Putnam, 2003). Ce nouveau concept intègre dans ses critères diagnostiques une élaboration plus complexe du SPT classique qui comprend plusieurs domaines du fonctionnement que le syndrome actuel ne considère pas. Ainsi, les altérations au niveau de la régulation des affects, de la conscience et de l'attention, de la perception de soi, des relations interpersonnelles, du système de signification ou de sens et des somatisations, que l'on retrouve chez les enfants, les adolescents et les adultes ayant vécu des agressions sexuelles dans l'enfance, sont incorporées dans ce seul syndrome (Herman, 1992a, 1992b ; Pelcovitz, van der Kolk, Roth, Mandel & Resick, 1997).

Les récentes recherches sur le SPT complexe ont cependant été effectuées surtout auprès d'adultes survivants de différents types de traumatismes interpersonnels (Allen, Coyne & Huntoon, 1998 ; Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk & Mandel, 1997). Roth et ses collaborateurs (1997), lors de l'étude de terrain du DSM-IV pour la validation de ce syndrome auprès de populations cliniques et non-cliniques, ont décelé le SPT complexe chez 54% des adultes ayant vécu des agressions sexuelles dans l'enfance et chez 79% des adultes ayant vécu à la fois des agressions physiques

et sexuelles dans l'enfance. Malgré le peu d'études portant spécifiquement sur les manifestations à court terme (enfants et adolescents) du SPT complexe pour les cas spécifiques d'agressions sexuelles, certaines études ont rapporté des indices de la présence de ce syndrome chez des enfants et des adolescents agressés sexuellement (Hall, 1999 ; Roth et al., 1997 ; Tremblay, Hébert & Piché, 2000).

Rétablissement à la suite d'agressions sexuelles dans l'enfance

Cette élaboration diagnostique et théorique du SPT complexe s'insère dans une vision plus large de l'impact des traumatismes interpersonnels de tous genres, et de la guérison qui s'ensuit (Herman, 1992b). Ainsi, se basant sur le syndrome du SPT complexe décrit plus tôt comme catégorie diagnostique, Herman (1992b) et ses collaboratrices (Lebowitz, Harvey & Herman, 1993) proposent un modèle de guérison à la suite d'agressions interpersonnelles prolongées qui passerait par l'intégration des affects et cognitions liés à l'agression, à l'intérieur d'un sens de soi continu. Cette intégration est d'autant plus importante à l'adolescence, où la formation même de l'identité est une tâche centrale (Erikson, 1974). Ce modèle comprend une première étape primordiale d'établissement de la sécurité, qui peut être définie comme l'acquisition de certains critères au niveau de l'estime de soi (présence de routine de soins et absence de comportements autodestructeurs) et au niveau de l'attachement (présence d'au moins un lien stable et sécurisant, qui peut être un intervenant) ; deux des domaines de fonctionnement faisant partie du SPT complexe. L'étape intermédiaire consiste en l'intégration des souvenirs, des affects et des

cognitions liés à l'expérience d'agression à l'intérieur d'un sens de soi cohérent et continu. La dernière étape est caractérisée par le rétablissement actif de liens interpersonnels mutuels et égalitaires où les relations abusives peuvent être renégociées.

Ainsi, pour chacune des trois étapes du modèle de guérison proposé, huit domaines similaires à ceux du SPT complexe sont considérés. L'état de guérison d'une victime, ses progrès, observés en thérapie ou ailleurs, ainsi que les objectifs pertinents et appropriés à poursuivre compte tenu du profil particulier de chaque victime sont déterminés selon chacun des domaines (Harvey, 1996). Cette évaluation multidimensionnelle touche aux huit domaines suivant : 1) l'autorité sur le processus de remémoration ; 2) l'intégration des affects et de la mémoire ; 3) la tolérance et l'étendue des affects ; 4) la maîtrise des symptômes ; 5) l'estime de soi ; 6) la cohésion du soi ; 7) l'attachement ; 8) et le sens donné au trauma.

Le principal avantage du modèle que proposent Lebowitz, Harvey et Herman (1993), réside en l'élaboration d'une compréhension complexe du trauma et de la guérison qui tient compte de plusieurs des facteurs associés tout en spécifiant les modalités aidant au cheminement d'une étape à l'autre, ainsi que les conditions nécessaires pour que ces modalités produisent des changements positifs. Par exemple, les moyens utilisés en thérapie pour aider les survivantes dans la deuxième étape d'exploration et d'intégration du trauma nécessitent la réussite préalable de certains critères de la première étape.

Plusieurs auteurs s'entendent en effet pour dire que le travail de remémoration et d'exploration du trauma en vue de son intégration est nécessaire à la guérison (Chaffin, 1992 ; DeYoung & Corbin, 1994 ; Trolley, 1995) et que bien qu'il soit largement utilisé comme méthode avec les enfants victimes d'agressions sexuelles (Finkelhor & Berliner, 1995), son application pour tous en tout temps n'est pas recommandée (Briere, 1992 ; Chaffin, Bonner, Worley & Lawson, 1996 ; Herman, 1992b ; Lebowitz et al., 1993).

Le modèle de Lebowitz et ses collaboratrices permet l'utilisation de critères spécifiques pour déterminer la capacité d'une victime à entreprendre l'exploration du trauma. Elles suggèrent que si l'erreur la plus fréquente dans ce domaine est de ne pas reconnaître l'étiologie abusive des problèmes présentés par les victimes ; lorsque celle-ci est reconnue, la plus grande erreur est de s'acharner à l'exploration du trauma. Selon elles, l'objectif primordial dans toute intervention auprès d'une survivante d'agressions sexuelles est d'assurer sa sécurité physique et psychologique par des moyens concrets d'abord et avant tout. Autrement, les interventions efficaces et bénéfiques en d'autres contextes peuvent s'avérer inutiles, voire dommageables et pourraient causer un second traumatisme. La première étape de rétablissement de la sécurité nous semble particulièrement centrale en ce qui concerne le mandat de protection et l'intervention des Centres jeunesse.

Afin de standardiser ou d'opérationnaliser cette évaluation multidimensionnelle, un instrument clinique évaluant les différents domaines du SPT complexe a

précisément été développé à partir de ce modèle de guérison. Il s'agit d'une entrevue clinique semi-structurée et d'une échelle Likert nommé « *Multidimensional Trauma, Recovery and Resiliency* » ou MTRR (voir annexe : Harvey et al., 1994 ; Harvey, Westen, Lebowitz, Saunders & Harney, 1998). Cet instrument aborde les domaines du SPT complexe d'un point de vue de la guérison et s'attarde ainsi aux stratégies d'adaptation positives et à la résilience (p. ex., utilise efficacement une ou plusieurs techniques de gestion de stress ou utilise des capacités imaginatives afin de gérer la détresse) plutôt qu'aux séquelles proprement dites, bien qu'évidemment un dysfonctionnement de la capacité de gestion des affects, par exemple, puisse être en partie synonyme de la présence de symptômes tels que l'anxiété ou le SPT classique.

Résilience

La résilience est un concept de plus en plus populaire et étudié. En effet, un changement de paradigme semble s'effectuer vers une emphase plus grande sur les adaptations positives qui semblent être plus facilement porteuses d'espoir que les processus de risque et de vulnérabilité face à l'adversité qui sont, eux, plutôt porteurs de frustration et de découragement (Kumpfer, 1999). Cette nouvelle orientation est aussi associée à une valorisation de l'« *empowerment* » visant à promouvoir les ressources internes des individus (Anderson, 1997). Certains chercheurs croient ainsi qu'une meilleure compréhension de la résilience – des adaptations positives malgré l'adversité – aurait un impact important sur les politiques sociales, entre autres, en

permettant d'améliorer les programmes de prévention et d'intervention auprès de tous les enfants (Kumpfer, 1999 ; Luthar & Cicchetti, 2000).

Selon Masten (1999), l'étude de la résilience a maintenant dépassé les premiers stades de son existence en contribuant entre autres à l'essor du champ de recherche de la psychopathologie du développement. Malgré son nom, ce champ d'étude insiste pour étudier autant les trajectoires du développement s'éloignant de la pathologie que celles menant à la pathologie. Toujours selon Masten, la deuxième génération d'études sur la résilience se confronte maintenant à des défis de toutes sortes. Un de ceux-ci, d'ordre méthodologique, consiste en l'opérationnalisation des facteurs à l'étude : l'adversité, les adaptations positives et les facteurs associés.

Bien que l'absence de symptômes ait le plus souvent été utilisée comme critère de résilience, différentes suggestions ont été faites sur la façon la plus appropriée de conceptualiser et d'évaluer la résilience (Dufour, Nadeau & Bertrand, 2000 ; Luthar, 1993). Ainsi, certains chercheurs suggèrent de considérer plusieurs sources d'évaluation et plusieurs définitions de la résilience simultanément afin de ne retenir que des individus qui sont totalement ou « véritablement » résilients et qui présentent un fonctionnement normal (Spaccarelli & Kim, 1995). D'autres ont suggéré d'examiner divers domaines de résilience « relative » malgré la présence simultanée de symptômes ou de détresse (Anderson, 1997 ; Luthar, 1993 ; Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). Parmi les tenants de la résilience relative, Luthar et ses collaborateurs (2000) ont

davantage précisé les avenues à privilégier. Ils recommandent entre autres d'évaluer la présence de la résilience dans des domaines du fonctionnement qui sont théoriquement et empiriquement liés aux stressseurs ou aux facteurs de risque étudiés, tel que le SPT complexe qui est lié aux agressions sexuelles dans l'enfance.

Il nous apparaît qu'en mettant l'emphase sur les ressources et la résilience des adolescentes lors de l'évaluation, à l'aide par exemple du MTRR qui évalue des domaines conceptuellement et théoriquement liés aux agressions sexuelles dans l'enfance, cela pourrait par la suite guider l'intervention pour favoriser l'utilisation des ressources déjà présentes comme levier de guérison dans les domaines de fonctionnement les plus atteints (Anderson, 1997). Cela semble particulièrement pertinent dans le contexte actuel alors que les Centres jeunesse réorganisent leurs programmations et souhaitent développer des services de pointe, grâce entre autres, à la récente désignation du Centre jeunesse de Montréal comme institut universitaire. Le MTRR nous permettrait ainsi d'évaluer à la fois des dysfonctions et la présence d'adaptations positives dans les domaines associés au SPT complexe. À ce jour, le MTRR n'a jamais été utilisé auprès d'adolescents et de plus, à notre connaissance, une seule étude a évalué la résilience d'adolescents ayant vécu des agressions sexuelles (Spaccarelli & Kim, 1995).

Facteurs reliés au trauma et au rétablissement

Malgré ces nouvelles façons de conceptualiser les traumatismes et la guérison, le fait d'être agressé sexuellement ne semble pas pouvoir à lui seul déterminer la symptomatologie particulière de chaque adolescente ni leur trajectoire de guérison. Plusieurs facteurs doivent alors être considérés afin de mieux comprendre le développement initial des séquelles et la trajectoire particulière du développement à plus long terme de celles-ci. Dans l'exécution de leur mandat, les CJM auront à faire face à ces différentes trajectoires de vie et il nous apparaît qu'une compréhension approfondie de ces facteurs permettrait une action mieux ciblée. Parmi les facteurs qui ont été associés aux séquelles et à leur évolution, notons certaines caractéristiques des agressions telles que la sévérité ou la durée, d'autres événements adverses tels que la violence physique ou l'alcoolisme des parents ainsi que des facteurs ayant un impact positif tels que le soutien parental ou la thérapie (Berliner & Kolko, 2000 ; Finkelhor & Berliner, 1995 ; Kendall-Tackett et al., 1993 ; Lynskey & Fergusson, 1997 ; Thériault, Cyr & Wright, sous presse). Les auteurs qui ont développé le concept du SPT complexe suggèrent d'ailleurs que la plus grande chronicité ou sévérité des agressions puisse être à la source du SPT complexe dû à leur impact sur plusieurs domaines de fonctionnement (Herman, 1992b).

Objectifs

Afin de réaliser le premier objectif de cette thèse, nous avons d'abord décrit le profil psychologique et le profil de résilience d'un groupe d'adolescentes à un

moment de la prise en charge. Puis, nous avons observé l'évolution de ces profils après un an. De plus, à ces deux moments d'évaluation, les profils obtenus ont été mis en lien avec certaines caractéristiques du trauma, telle que la sévérité et la durée des agressions, et certaines caractéristiques de l'environnement, tels que les services reçus et l'adversité vécue. Un objectif parallèle a été d'explorer la validité du MTRR, ce nouvel instrument clinique évaluant l'état de guérison et la résilience dans plusieurs domaines souvent associés aux traumatismes interpersonnels, domaines qui servent également à définir le nouveau concept diagnostique du SPT complexe.

La présente thèse est rédigée sous forme d'articles, comprenant trois articles scientifiques². Le premier article décrit le profil psychologique « classique » de 30 adolescentes suivies par les CJM sous l'article 38gs, ainsi que des facteurs souvent associés aux séquelles tout en évaluant les liens unissant ces facteurs aux symptômes. Trente adolescentes ont été rencontrées en entrevue où elles ont complété une série de questionnaires, dont le *Trauma Symptoms Checklist for Children* (TSCC) et le *Youth Self-Report* (YSR). Les informations concernant les agressions et les services ont été colligées à partir des dossiers des adolescentes. Ce premier article a été accepté pour publication dans la revue « *Santé Mentale au Québec* » en février 2003 et sera publié au

² La permission de rédiger la thèse par articles a été obtenue du Vice-doyen de la Faculté des études supérieures, monsieur Fernand Roberge.

printemps 2004. Pour le même groupe d'adolescentes, le MTRR est utilisé dans le deuxième article pour décrire leur profil de guérison et la résilience, selon le modèle de Herman (1992b). Les résultats du MTRR sont ensuite comparés aux mesures de symptômes classiques et à certains facteurs afin d'explorer la validité de construit des échelles du MTRR. Ce deuxième article a été soumis à la revue « *Journal of Trauma Practice* ». Enfin, le troisième article décrit l'évolution du profil psychologique classique (TSCC et YSR) et du profil de guérison et de résilience (MTRR) un an après la première évaluation rapportée dans les deux premiers articles auprès de 16 adolescentes qui ont accepté de poursuivre l'étude. Ce dernier article explore aussi les liens unissant les changements observés à certains facteurs. Cet article a été soumis à l'évaluation d'un comité de pairs de la revue « *Journal of Aggression Maltreatment and Trauma* » dans le cadre d'une édition spéciale consacrée aux expressions multiculturelles de la résilience parmi des populations ayant vécu des traumatismes et ayant ou non été suivies en traitement. L'entrevue clinique et l'échelle du MTRR apparaissent en appendice dans leur version française, adaptée pour une population adolescente, de même que tous les questionnaires utilisés dans l'étude. Une description des domaines du MTRR est incluse dans l'annexe du MTRR.

Article 1

Profil psychologique d'adolescentes agressées sexuellement prises en charge par les
services de protection de la jeunesse

Profil psychologique d'adolescentes agressées sexuellement prises en charge par les
services de protection de la jeunesse

Isabelle Daigneault*

Mireille Cyr** et Marc Tourigny***

*M.Ps., candidate doctorale au département de psychologie de l'Université de Montréal et membre du PRIMASE (Partenariat de recherche et d'intervention en matière d'agressions sexuelles à l'endroit des enfants).

**Ph.D., professeur titulaire au département de psychologie de l'Université de Montréal et membre du PRIMASE.

***Ph.D., professeur agrégé au département d'éducation spécialisée de l'Université de Sherbrooke, membre du PRIMASE et du GRISE (Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance).

Remerciements : Nous tenons à remercier les intervenants des Centres jeunesse de Montréal et les adolescentes qui ont collaborés à cette étude. Cette étude a bénéficié du soutien financier des Centres jeunesse de Montréal, du Conseil québécois de la recherche sociale et de l'Institut de recherche pour le développement social des jeunes.

Résumé

Cette étude s'intéresse aux symptômes de 30 adolescentes prises en charge et suivies par les services de protection de la jeunesse à la suite d'agressions sexuelles. En plus de tracer un profil psychologique de ces adolescentes, l'étude décrit les agressions sexuelles vécues, les services reçus et identifie les facteurs susceptibles d'être liés aux symptômes. Les résultats montrent que les adolescentes présentent plusieurs problèmes psychologiques et que la majorité d'entre elles vivent une détresse nécessitant une intervention clinique. Les agressions sexuelles se situent à l'extrémité la plus sévère du large éventail rapporté dans la littérature et les services sont peu fréquents et irréguliers. Les symptômes sont associés au temps écoulé depuis la fin des agressions et aux services reçus. La discussion souligne l'importance de l'adéquation entre les services et le profil psychologique de chaque adolescente en proposant un modèle de guérison.

Abstract

This study examines the symptoms of 30 adolescent girls under child protection services following sexual abuses. In addition to describing the psychological profile of these adolescents, the study describes sexual abuse characteristics, services received, and identifies factors susceptible to be linked to symptoms. Results show that adolescents present many psychological problems and that the majority experience distress necessitating clinical attention. Sexual abuses are at the extreme end of the large continuum reported in the literature and services are infrequent and irregular. Symptoms are associated with the time elapsed since last sexual abuse and with services received. The discussion highlights the importance of adequacy between services and psychological profile of each adolescent while suggesting a model of recovery.

L'agression sexuelle dans l'enfance est un facteur de risque pour une diversité de troubles psychologiques à court, moyen et long termes (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, & Akman, 1991 ; Beitchman et al., 1992 ; Briere & Elliott, 1994 ; Dinwiddie et al., 2000 ; Polusny & Follette, 1995). Trois groupes de variables permettraient de mieux comprendre les divers profils psychologiques des personnes ayant vécu des agressions sexuelles, soit les caractéristiques personnelles, de l'environnement et des agressions (Harvey, 1996 ; Spaccarelli, 1994).

Les agressions sexuelles représentent officiellement entre 6% et 11% des cas pris en charge par les Centres jeunesse au Québec (Roberge, 1998). Toutefois, une étude québécoise de Pauzé et collaborateurs (2000) suggère que 30% des adolescentes suivies sous différents alinéas de la loi de la protection de la jeunesse rapportent avoir vécu des agressions sexuelles. Dans le contexte actuel de redéfinition de certains programmes dans les Centres jeunesse, il devient important pour déterminer la pertinence de futures interventions d'évaluer les besoins de la clientèle et les services actuels (Paquette & Chagnon, 2000). Cette étude vise à décrire de façon détaillée le profil psychologique, les agressions sexuelles, les autres mauvais traitements et les services reçus d'adolescentes suivies par les services de protection de la jeunesse ainsi que les liens entre certaines de ces variables et les symptômes à un moment de la prise en charge.

Profil psychologique

Au cours des 20 dernières années, la recherche auprès d'adolescents a montré que ceux ayant vécu des agressions sexuelles présentent plus de symptômes de dépression, d'anxiété, de stress post-traumatique, d'agressivité, de colère, de préoccupations

sexuelles, de dissociation, de problèmes de comportements internalisés et externalisés, de comportements suicidaires et de problèmes relationnels, que ceux n'en ayant pas vécus (Atlas & Ingram, 1998 ; Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1996 ; Green, Russo, Navratil, & Loeber, 1999 ; Hart, Mader, Griffith, & deMendonca, 1989 ; Mennen & Meadow, 1993 ; Silverman, Reinherz, & Giaconia, 1996 ; Swanston, Nunn, Oates, Tebbutt, & O'toole, 1999 ; Williamson, Borduin, & Howe, 1991). Dans leur recension d'études portant sur les séquelles à court terme des agressions sexuelles, Kendall-Tackett, Williams et Finkelhor (1993) rapportent que les comportements autodestructeurs sont les seuls symptômes présents chez une majorité d'adolescents (53% abuseraient de substances et 71% s'automutileraient). Ils trouvent néanmoins des proportions importantes d'adolescents présentant des problèmes de dépression (46%), de retrait (45%), suicidaires (41%) et d'estime de soi (33%).

Outre les études sélectionnant uniquement des adolescents symptomatiques (dépression majeure par exemple - Haley, Fine, & Marriage, 1988), les proportions d'adolescents asymptomatiques varient entre 25% et 47% (Morrow, 1991 ; Spaccarelli & Kim, 1995). Certaines hypothèses sont avancées pour expliquer l'apparente absence d'impacts des agressions sexuelles chez certains : les symptômes sont latents ou mal évalués, les enfants sont résilients ou ont vécu des agressions moins sévères (Fergusson et al., 1996 ; Kendall-Tackett et al., 1993).

Si certains enfants sont asymptomatiques à un moment précis, d'autres voient leurs symptômes diminuer avec le temps (Bolger & Patterson, 2001 ; Kendall-Tackett et al., 1993). Plusieurs études démontrent cependant que les symptômes peuvent se

complexifier et persister durant plusieurs années à l'adolescence et l'âge adulte (Briere & Elliott, 1994 ; Dembo et al., 1992 ; Rorty & Yager, 1996 ; van der Kolk, Perry, & Herman, 1991) ; d'où la nécessité d'intervenir tôt pour contrer ces séquelles.

Agressions sexuelles et autres mauvais traitements

Les agressions sexuelles recensées dans les études auprès d'adolescents sont variées, allant d'un seul incident d'exhibitionnisme perpétré par un inconnu à des agressions chroniques et répétées perpétrées par un parent. Cependant, les agressions sont peu souvent décrites de façon détaillée. Ainsi, des enfants, garçons et filles, d'âges très variés et ayant vécu des agressions très diverses sont souvent amalgamés en un seul groupe dit « d'enfants ayant vécu des agressions sexuelles » (Tyler, 2002). Les caractéristiques le plus souvent décrites sont le lien avec l'agresseur, la durée et la sévérité des agressions alors que le temps écoulé depuis la dernière agression n'est presque jamais rapporté (Kendall-Tackett et al., 1993). Ainsi, par exemple, la durée des agressions oscille entre 1 et 5 ans (Hart et al., 1989 ; Mennen & Meadow, 1993) et l'âge au début des agressions oscille entre 8 et 13 ans (Mennen & Meadow, 1993 ; Pedersen & Skrondal, 1996).

D'autre part, certains chercheurs commencent à étudier l'occurrence de divers mauvais traitements chez les adolescents agressés sexuellement. Selon McGee, Wolfe et Wilson (1997), 94% des adolescents pris en charge par un centre de protection de la jeunesse (CPJ) vivent plus d'un type de mauvais traitements. De plus, une proportion importante d'adolescents ayant vécu des agressions sexuelles (28% à 84%) vivent aussi

de la violence physique au sein de leur famille (Green et al., 1999 ; Hart et al., 1989 ; Kisiel & Lyons, 2001 ; Silverman et al., 1996).

Parmi les caractéristiques des agressions, la sévérité est associée aux symptômes de façon consistante parmi des populations d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes (Beitchman et al., 1991 ; Feiring, Taska, & Lewis, 1998 ; Fergusson et al., 1996 ; Kendall-Tackett et al., 1993 ; Morrow, 1991 ; Ruggiero, McLeer, & Dixon, 2000). On retrouve aussi généralement plus de symptômes chez les enfants dont les agressions débutent plus tôt, durent plus longtemps, et dont la relation avec l'agresseur est plus significative (Kendall-Tackett et al., 1993). Cependant, les recherches sont à ce jour équivoques sur l'importance relative de ces dernières caractéristiques et donnent parfois des résultats contradictoires (Beitchman et al., 1991 ; Feiring et al., 1998 ; Kendall-Tackett et al., 1993 ; Ruggiero et al., 2000). En outre, la présence d'autres mauvais traitements en plus des agressions sexuelles serait liée à plus de symptômes chez les adolescents (Fergusson, Woodward, & Horwood, 2000 ; Green et al., 1999 ; Hart et al., 1989 ; McGee et al., 1997 ; Naar-King, Silvern, Ryan, & Sebring, 2002 ; Ney, Fung, & Wickett, 1994 ; Ruggiero et al., 2000).

Services reçus

Les taux de participation à des services thérapeutiques dans le cadre de CPJ sont faibles chez les enfants et les adolescents ayant vécu des agressions sexuelles (Bagley & LaChance, 2000 ; Daigneault, Tourigny, & Cyr, 1999 ; Lynn, Jacob, & Pierce, 1988 ; Pierce & Pierce, 1985 ; Tourigny, 1997). Les services de protection offerts aux enfants québécois agressés sexuellement semblent durer au moins un an, mais les services

thérapeutiques dont ils bénéficient et les rencontres avec l'intervenant délégué à leur dossier sont peu fréquents (une à deux rencontres par mois - Messier, 1986 ; Tourigny, Péladeau, & Doyon, 1993). En outre, plus du tiers des enfants vivent une instabilité au niveau de leur délégué (Messier, 1986).

Dans une recension des recherches évaluatives sur les interventions thérapeutiques offertes aux enfants et adolescents ayant vécu des agressions sexuelles, Tourigny (1997) conclut que les thérapies individuelles et de groupe s'avèrent efficaces, particulièrement pour réduire les troubles de comportement. Certains symptômes semblent néanmoins plus résistants au changement (Finkelhor & Berliner, 1995 ; Kendall-Tackett et al., 1993 ; O'Donohue, 1992), tels que l'agressivité ou l'isolement social (Tourigny, 1997). De plus, entre 10% et 60% des enfants et des adolescents voient des aspects de leur fonctionnement psychologique se détériorer après leur participation à une thérapie (Tourigny, 1997), alors qu'entre 7% et 50% sont à nouveau agressés sexuellement après avoir été pris en charge par des services de protection (Bagley & LaChance, 2000 ; Daigneault et al., 1999 ; Faller, 1991 ; Lynn et al., 1988 ; Messier, 1986 ; Tourigny, 1997).

Les facteurs énumérés plus tôt semblent avoir un impact sur les symptômes des adolescents agressés sexuellement et nous aident ainsi à mieux les comprendre. Toutefois, peu d'études ont à ce jour tenu compte de plusieurs de ces facteurs en relation avec les symptômes d'adolescents. Parmi les recommandations visant l'amélioration de nos connaissances du profil psychologique de ces enfants, on souligne la nécessité : d'étudier des groupes d'âges spécifiques plus restreints, d'évaluer les symptômes de

façon plus complète et plus spécifique, de documenter plusieurs caractéristiques des agressions surtout le temps écoulé depuis la fin des agressions, de documenter les autres types de mauvais traitements, de documenter les services réguliers offerts à cette population (Beutler, 1993 ; Kendall-Tackett et al., 1993 ; MacMillan & Munn, 2001 ; McGee et al., 1997 ; Ney et al., 1994 ; Ruggiero et al., 2000 ; Wolfe & Birt, 1995).

La présente étude vise ainsi à décrire le profil d'adolescentes ayant vécu des agressions sexuelles et qui sont suivies par les services de protection de la jeunesse. Les objectifs sont d'abord de décrire le plus exhaustivement possible les symptômes des adolescentes, les agressions sexuelles, les autres mauvais traitements, et les services reçus. Ensuite, dans une approche exploratoire, les liens unissant les symptômes des adolescentes avec les autres variables seront examinés.

Méthode

Procédures

Les adolescentes âgées entre 13 et 17 ans ayant un dossier actif aux Centres jeunesse de Montréal (CJM) sous l'alinéa 38g(s) (agressions sexuelles) de la Loi de la protection de la jeunesse au cours d'une période d'un an entre 1998 et 1999 ont été sélectionnées. Des 80 dossiers recensés, 65 concernaient des dossiers toujours actifs d'adolescentes qui vivaient dans la région de Montréal et qui n'avaient ni trouble psychotique, ni déficit intellectuel.

Les intervenants délégués ont été contactés afin qu'ils sollicitent la participation des adolescentes. Celles ayant accepté de participer à l'étude ont été contactées par l'auteure principale afin de fixer un rendez-vous. L'entrevue d'environ trois heures s'est effectuée

à leur lieu de résidence, à l'Université de Montréal ou aux CJM selon leur préférence. Les adolescentes ont donné leur consentement éclairé, ainsi qu'un parent lorsque l'adolescente avait moins de 14 ans. Elles ont été informées qu'elles pouvaient arrêter l'entrevue à tout moment si elles le désiraient, et ce, sans aucune conséquence.

Trente des 65 adolescentes éligibles ont accepté de participer (46%). Pour les 35 autres adolescentes, les refus de participation provenaient de l'adolescente (63%), de l'intervenant délégué (31%), des parents (3%), et de la fugue d'une adolescente (3%).

Participant

Les adolescentes avaient en moyenne 15,5 ans ($\text{ÉT}=1,4$) et 23% étaient d'origine haïtienne. Au moment de l'étude, 40% d'entre elles fréquentaient l'école secondaire régulière, 43% des classes spéciales de niveau secondaire (insertion au travail, années combinées), 10% le Cégep et 7% ne fréquentait pas l'école.

Une majorité d'entre elles était placée au moment de l'étude (64%), les autres vivaient avec leur mère (23%) ou un membre de la famille élargie (13%). Les parents de 80% des adolescentes étaient séparés ou divorcés alors que 7% des mères et 17% des pères étaient décédés.

Une majorité d'adolescentes (57%) avaient un seul signalement en agression sexuelle au moment de l'entrevue. Les 13 autres adolescentes présentaient 22 signalements supplémentaires survenus après un premier signalement retenu en agression sexuelle, dont 15 pour d'autres agressions sexuelles.

Mesures

Profil psychologique

La dépression, l'anxiété, les préoccupations sexuelles, le stress post-traumatique, la dissociation et la colère ont été évalués à l'aide de la version française (Wright & Sabourin, 1996) du Trauma Symptoms Check-list for Children (TSCC - Briere, 1996), développé pour déterminer la détresse associée à des événements traumatisants chez les enfants de 8 à 17 ans. L'échelle en quatre points comporte 54 items. Les scores plus élevés sont associés à plus de problèmes. La consistance interne pour les six échelles varie de modérée à très élevée (alpha de ,77 à ,89 - Briere, 1996). Des normes cliniques américaines (score T de 65 ou plus excédant les scores de 94% des enfants de l'échantillon normatif, sauf pour l'échelle de préoccupations sexuelles – score T de plus de 70) sont proposées par l'auteur et sont utilisées dans cette étude. Les auteurs d'une étude québécoise utilisant la traduction française du TSCC auprès de 1556 enfants rapportent que la structure factorielle demeure la même que pour l'échelle originale et que la consistance interne varie entre ,70 et ,84 (Jouvin, Cyr, Thériault, & Wright, 2001).

Les problèmes de comportement internalisés et externalisés ont été évalués à l'aide du Youth Self-Report (Achenbach, 1991). L'échelle en trois points compte 119 items. Plus les scores sont élevés, plus la présence de problèmes est marquée. Un score T de plus de 63 (90ième percentile) reflète des problèmes nécessitant une attention clinique selon des normes américaines (Achenbach, 1991).

L'échelle de problèmes relationnels est composée de 12 items du YSR proposés par Eltz et Shirk (1995). Les scores possibles vont de 0 à 24. Les scores plus élevés dénotent plus de problèmes relationnels.

L'inventaire des comportements autodestructeurs (Sadowsky, 1995), traduit et adapté (Cinq-Mars & Wright, 1997), a servi à évaluer la présence de 21 de ces comportements survenus au cours de la dernière année. Les items incluaient des comportements automutilatoires et suicidaires, des troubles alimentaires, ainsi que la consommation d'alcool.

Agressions sexuelles et autres mauvais traitements

Les caractéristiques des agressions suivantes ont été colligées à partir des dossiers : présence de contact physique, de pénétration, d'agressions fréquentes (au moins une fois par semaine), durée, âge au début, temps écoulé depuis la fin des agressions et lien avec l'agresseur.

Les adolescentes ont décrit l'occurrence de la violence physique et verbale envers elles dans leur famille et la violence conjugale physique et verbale à l'aide du questionnaire sur les événements vécus dans l'enfance (Thériault, Cyr, & Wright, 1996).

Services reçus

Le nombre et le type de signalements, la durée de la prise en charge, le nombre d'intervenants délégués au dossier depuis son ouverture, ainsi que le nombre total de rencontres avec le délégué ont été colligés aux dossiers. Les adolescentes ont rapporté les types de services professionnels supplémentaires reçus au cours de la dernière année et, pour chacun, le nombre de rencontres.

Analyses

Des analyses descriptives ont été effectuées afin de détailler chacune des caractéristiques concernant les adolescentes, les agressions et les services reçus. Des

analyses corrélationnelles ont aussi été effectuées afin d'explorer les liens unissant le profil psychologique des adolescentes, tel que décrit par les dix échelles de symptômes, à sept variables associées aux agressions et aux services reçus. Un nombre restreint de variables (sept) a été choisi selon des critères statistiques (sans données manquantes, cas extrêmes, ou corrélations élevées entre les prédicteurs) afin de limiter le nombre d'analyses effectuées sur un petit nombre de sujets.

Résultats

Afin de vérifier si les participantes étaient différentes des adolescentes n'ayant pas participé, les deux groupes sont comparés sur les variables suivantes : âge, origine ethnique, nombre de signalements et caractéristiques des agressions (Tableau 1). Les deux groupes ne différaient aucunement sur ces variables à un degré de signification en deçà de ,01. Les participantes semblent donc représentatives des adolescentes suivies aux CJM sous l'alinéa 38g(s), au moins au niveau de ces variables.

Insérer Tableau 1.

Profil psychologique

Les problèmes internalisés et externalisés atteignaient le seuil clinique pour une majorité des adolescentes (respectivement de 53% et 63%), de même que les préoccupations sexuelles (63% – Tableau 1). Pour les autres symptômes, une adolescente sur cinq atteint un seuil clinique d'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique et de colère et seulement 7% pour la dissociation. Parmi les huit symptômes spécifiques et généraux évalués par le TSCC et le YSR, 17% des adolescentes ne

présentaient aucun symptôme clinique. En moyenne, pour ces mêmes huit échelles, elles présentaient 2,7 problèmes nécessitant une attention clinique ($\overline{ET}=2,0$).

Insérer Tableau 2.

Les adolescentes rapportaient un score moyen relativement peu élevé pour les problèmes relationnels (Tableau 2). Les principaux problèmes rencontrés étaient : se disputer beaucoup (90% des adolescentes), le sentiment que personne ne les aime (73%), ne pas être aimé des autres jeunes (57%), taquiner ou agacer les autres (83%) et se tenir à l'écart des autres (67%).

Finalement, au niveau des comportements autodestructeurs deux items du YSR révèlent que dans les six derniers mois 47% des adolescentes ont pensé parfois (40%) ou souvent (7%) à se suicider et que 33% ont tenté de se blesser ou de se suicider. Les adolescentes rapportaient en moyenne 5,7 comportements autodestructeurs au SIBQ (Tableau 2), les plus fréquents étaient : donner des coups dans les murs (50%), ne pas demander de l'aide lorsque souffrante (67%), et refuser de manger (63%). Les comportements les plus sévères étaient moins fréquents, mais au cours de l'année précédant l'évaluation, 10% se sont ouvert les veines, 23% ont cherché à s'étrangler et 7% ont excédé la dose prescrite d'un médicament.

Agressions sexuelles et autres mauvais traitements

Les agressions vécues par les adolescentes sont décrites au Tableau 1. Pour près de six adolescentes sur dix il y eut plus d'un agresseur, les agressions comportaient de la pénétration, étaient fréquentes et chroniques. Elles ont débuté dans l'enfance vers l'âge de 8,0 ans perdurant jusqu'au début de l'adolescence (11-12 ans). Toutes ont subi des

agressions intrafamiliales, soit de leur père (60%) d'un beau-père (17%), d'un frère, d'un oncle ou d'un grand-père (24%). En plus des agressions intrafamiliales, 23% ont été agressées par des hommes ne faisant pas partie de leur famille. Le dernier incident d'agression rapporté est survenu en moyenne 3,3 ans avant la présente étude.

Néanmoins, 12 adolescentes (40%) ont à nouveau fait l'objet de signalements en agressions sexuelles au cours de leur prise en charge ou après un premier signalement retenu et trois ont vécu des agressions sexuelles durant l'année précédant l'étude.

La majorité des adolescentes ont rapporté avoir vécu de la violence physique (70%), de la violence verbale (63%) ainsi qu'avoir été témoin de violence conjugale (77%) dans leur famille. La moitié des adolescentes (50%) a rapporté les deux types de violence à leur endroit (physique et verbale) et seulement 17% n'a rapporté aucun des deux types de violence.

Services reçus dans la dernière année

Au moment de l'évaluation, les dossiers des adolescentes étaient actifs aux CJM depuis 3,6 ans en moyenne (Tableau 3). Au cours de ces années, les adolescentes ont vu 2,8 délégués se succéder à leur dossier. Dans la dernière année, la majorité des adolescentes ont conservé le même délégué (67%), mais le tiers d'entre elles ont vécu un et même deux changements. D'ailleurs, plus les dossiers des adolescentes étaient ouverts depuis longtemps plus les délégués ont été nombreux ($r=,65$, $p=,00$). En moyenne, elles ont vu leur délégué une fois toutes les six semaines au cours de la dernière année. Enfin, celles ayant bénéficié d'autres services (réadaptation, thérapie individuelle, etc.) n'ont

pas une fréquence de rencontres avec leur délégué significativement différente de celle des adolescentes n'ayant eu aucun autre service ($t=-,85$; $p=,40$).

Le type de thérapie le plus fréquent consistait en des rencontres individuelles avec un thérapeute autre que le délégué (43%). En moyenne le groupe a bénéficié d'environ une rencontre de thérapie individuelle par mois. D'autres types de thérapie ont été rapportés mais d'une façon trop marginale pour être analysés plus en détail. Disons seulement que deux et trois adolescentes rapportaient avoir participé à des rencontres de thérapie familiale ou dyadique, et que quatre adolescentes ont participé à une thérapie de groupe.

Au total, 53% des adolescentes ont rapporté avoir bénéficié d'au moins une rencontre de l'un ou l'autre des quatre types de thérapie dans l'année précédente. Ces 16 adolescentes rapportaient une moyenne d'environ 2,6 rencontres par mois avec différents intervenants. La moyenne pour l'ensemble des 30 adolescentes était d'environ 1,4 rencontres par mois.

Insérer Tableau 3.

Les symptômes en lien avec les caractéristiques des agressions sexuelles, des autres mauvais traitements et des services reçus

Le Tableau 4 révèle peu de liens significatifs entre les 10 symptômes et les caractéristiques des agressions. Toutefois, plus les agressions étaient terminées depuis longtemps et moins les comportements autodestructeurs étaient nombreux.

On observe également que plus les adolescentes étaient suivies depuis longtemps et moins elles présentaient des scores élevés au niveau de la dissociation et du stress post-

traumatique. Cependant, les adolescentes qui rapportaient avoir participé à des rencontres de thérapie individuelle au cours de l'année précédant l'étude, avaient des scores d'anxiété, de préoccupations sexuelles, de colère, d'internalisation et des problèmes relationnels plus élevés que les autres. Après avoir contrôlé pour l'âge, la durée de prise en charge et le temps écoulé depuis la dernière agression, tous les liens précédents sont demeurés significatifs.

Insérer Tableau 4

Discussion

Cette étude trace un profil détaillé des symptômes, des agressions vécues et des services reçus d'un groupe d'adolescentes prises en charge pour agression sexuelle par les CJM (i.e. sous l'alinéa 38g(s)). Conséquemment, les résultats ne peuvent être généralisés qu'à ce type de population et excluent les adolescentes qui ont vécu des agressions sexuelles, mais qui sont suivies sous d'autres alinéas ou celles présentant une déficience intellectuelle ou un trouble psychotique. De plus, le schème transversal, les données rétrospectives ainsi que les analyses corrélationnelles ne permettent pas d'établir de lien de causalité alors que le petit nombre de sujets restreint la puissance statistique des analyses.

Cette étude a néanmoins permis de mettre en lumière plusieurs résultats importants dont le profil psychologique des adolescentes qui s'est révélé dans l'ensemble très sévère et varié. En effet, les adolescentes présentent en moyenne non seulement près de trois symptômes atteignant un seuil clinique, mais aussi de nombreuses autres difficultés

psychologiques (par ex. : tentatives de suicide). Les symptômes pris individuellement sont souvent semblables et rarement plus sévères que ceux d'autres études utilisant les mêmes instruments de mesure (Atlas & Ingram, 1998 ; Fergusson et al., 1996 ; Kisiel & Lyons, 2001 ; Silverman et al., 1996 ; Sinclair et al., 1995 ; Swanston et al., 1999), mais force nous est de constater que le profil global incluant tous ces symptômes est largement plus sévère que ce que l'on retrouve en général dans la littérature (Kendall-Tackett et al., 1993).

Les adolescentes de notre étude ont de plus vécu les agressions sexuelles les plus sévères du large éventail rapporté dans la littérature – en majorité intrafamiliales, fréquentes, de longue durée, avec contact physique et pénétration – et une proportion alarmante d'entre elles ont vécu d'autres agressions sexuelles alors qu'elles étaient connues ou suivies par les services de protection de la jeunesse. Aux caractéristiques très sévères des agressions et à la revictimisation, s'ajoute la présence de violence physique, verbale et conjugale dans la famille d'une majorité des adolescentes. Ceci concorde avec les études trouvant une comorbidité élevée (53% à 94%) de mauvais traitements parmi des populations évalués par des CPJ (Bolger & Patterson, 2001 ; McGee et al., 1997).

Le profil des symptômes, bien que globalement plus sévère, est cohérent avec les études qui établissent des liens assez clairs entre la sévérité des agressions, la présence de violence physique et la sévérité des symptômes (Beitchman et al., 1991 ; Fergusson et al., 1996 ; Green et al., 1999 ; Naar-King et al., 2002 ; Ruggiero et al., 2000 ; Trickett, Noll, Reiffman, & Putnam, 2001). Cependant, dans notre étude, outre le fait que les adolescentes dont les agressions sont terminées depuis plus longtemps présentent moins

de comportements autodestructeurs, les caractéristiques des agressions et la violence physique ne sont pas liées de façon significative aux symptômes. Le fait que la sévérité et la fréquence soient des variables dichotomiques et que les agressions vécues par ce petit échantillon d'adolescentes soient relativement homogènes, peut toutefois limiter la capacité de trouver des liens significatifs (Trickett et al., 2001). Des auteurs suggèrent de plus que lorsque les agressions physiques sont autorapportées elles ne sont pas associées à plus de symptômes contrairement à lorsqu'elles sont rapportées officiellement par des CPJ (Cohen, Brown, & Smailes, 2001 ; Silverman et al., 1996).

Toutes les adolescentes bénéficient d'interventions de la part du délégué responsable de leur dossier, mais seulement la moitié d'entre elles ont accès à des services thérapeutiques offerts surtout de façon individuelle, alors que très peu ont accès à des rencontres familiales, dyadiques ou en groupe. De plus, ces rencontres, avec leur délégué ou un autre professionnel, apparaissent trop peu fréquentes considérant leurs nombreux symptômes. Certaines adolescentes vivent également de nombreux changements d'intervenants qui rendent vraisemblablement instable ce suivi déjà peu fréquent. Finalement, elles reçoivent en moyenne moins de services que les enfants et les adolescents de deux études québécoises (Messier, 1986 ; Tourigny et al., 1993), malgré le fait qu'elles rapportent plus de symptômes et que les services de ces deux études étaient eux-mêmes peu fréquents. En somme, les services offerts aux adolescentes semblent nettement insuffisants pour répondre à leurs besoins.

Les liens observés entre les symptômes et les services reçus sont inconsistants. D'abord, la durée de prise en charge est liée à des symptômes de dissociation et de stress

post-traumatique moindres, et ce, peu importe l'âge des adolescentes et le temps écoulé depuis la dernière agression. Malgré les limites inhérentes au devis rétrospectif et aux analyses corrélationnelles, ces résultats semblent indiquer que ces symptômes diminuent au cours de la prise en charge.

Par contre, le fait de participer à une thérapie individuelle est quant à lui associé à plus de symptômes d'anxiété, de préoccupations sexuelles, de colère, d'internalisation et de problèmes relationnels, et ce, peu importe l'âge, le temps écoulé depuis la dernière agression et la durée de la prise en charge. Ces liens peuvent se comprendre d'au moins deux façons : 1) la thérapie aurait un effet négatif ou ; 2) les adolescentes présentant plus de symptômes reçoivent plus souvent de la thérapie.

Il pourrait être suggéré que l'exacerbation des symptômes fait partie inhérente d'un processus thérapeutique. Cependant, plusieurs processus sont terminés au moment de l'étude et ces adolescentes présentent toujours des symptômes cliniques qui sont de surcroît plus marqués que ceux d'adolescentes n'ayant pas participé à une thérapie individuelle dans l'année. La seconde hypothèse pour expliquer ces résultats s'accorde avec l'étude de Messier (1986) qui observe que dans les dossiers de filles présentant des problèmes multiples comparativement à celles en présentant moins on retrouve plus de types de suivis différents et une collaboration plus fréquente avec un psychologue ou un psychiatre.

Ces résultats soulèvent plusieurs questions importantes. Pourquoi après plus de trois ans de prise en charge ces adolescentes, qui présentent des symptômes cliniques, ne reçoivent pas les services dont elles auraient besoin? Est-ce parce que les services ne

sont pas disponibles, parce que les adolescentes refusent ou terminent prématurément? Bien que cette recherche ne permette pas de répondre à ces questions, certaines études suggèrent que les services sont plutôt offerts sur la base de leur disponibilité dans le cadre des CPJ que sur la base des besoins de la clientèle (Lynn et al., 1988), et qu'une large portion des services effectivement offerts (60% à 65%) ne sont jamais ou peu utilisés (Lynn et al., 1988 ; Pierce & Pierce, 1985). Il est également possible que le nombre élevé de cas suivis par les intervenants, de même que la grande variation dans le type de clientèles (enfants négligés, abusés physiquement ou sexuellement) aient un effet direct sur la capacité à offrir les services.

À la lumière de ces résultats, la pertinence de développer des programmes d'intervention ne semble plus faire de doute. Le type d'intervention qui peut le mieux répondre aux besoins criants de ces adolescentes demeure cependant à préciser. Ces services, peu importe leur provenance, doivent reposer sur une évaluation systématique des besoins et des symptômes de chaque adolescente. Pour s'assurer de l'adéquation entre les services et les besoins, nous croyons que l'utilisation d'un modèle théorique et clinique adapté à la réalité des survivants de violences interpersonnelles doit servir de guide.

Par exemple, le modèle écologique du processus de guérison à la suite de violences interpersonnelles proposé par plusieurs auteures (Harvey, 1996 ; Herman, 1992 ; Lebowitz, Harvey, & Herman, 1993) s'avère particulièrement inspirant. Ce modèle comprend trois grandes étapes de guérison. La première étape vise l'établissement de la sécurité, autant physique que psychologique. L'étape intermédiaire consiste en

l'intégration des souvenirs, des affects et des cognitions liés à l'expérience d'agression à l'intérieur d'un sens de soi cohérent et continu. La dernière étape est caractérisée par le rétablissement actif de liens interpersonnels mutuels et égaux et la création d'une vie remplie de sens. Bien qu'une des tâches centrales de ce modèle soit l'exploration du trauma en vue de son intégration, étape reconnue par plusieurs auteurs comme nécessaire au processus de guérison (Chaffin, 1992 ; De Young et Corbin, 1994 ; Trolley, 1995), une grave erreur serait de s'acharner à explorer les agressions sexuelles (Lebowitz et al., 1993). En outre, ce modèle propose que pour entreprendre cette exploration caractérisant la seconde étape sans que cela ne soit à nouveau traumatisant, il est nécessaire d'avoir préalablement atteint et consolidé une sécurité minimale au niveau de l'estime de soi et de l'attachement, qui se refléterait entre autres par une amélioration de la gestion de la symptomatologie (Lebowitz et al., 1993).

En présence de l'ampleur des symptômes notée chez ces adolescentes, particulièrement les comportements autodestructeurs et suicidaires, il semble qu'en premier lieu un temps considérable doit être dévolu à la première étape afin d'établir un environnement de vie sécuritaire et de favoriser le développement de routines de soins quotidiens, l'acquisition de stratégies d'adaptation positives, la diminution des symptômes et une gestion plus adéquate des émotions. Pour l'instant, il semble qu'il n'y ait pas de réponse suffisante à ces besoins de sécurité de base au sein des CJM, malgré leur mandat de protection (par ex. : la revictimisation sexuelle et les tentatives de suicides importantes durant la prise en charge). Une intervention plus soutenue et surtout

plus continue dans le temps nous apparaît nécessaire afin d'arriver aux objectifs de protection de la direction de la protection de la jeunesse auprès des adolescentes ayant vécu des agressions sexuelles.

Références

- ACHENBACH, T. M., 1991, *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*, Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- ATLAS, J. A., & INGRAM, D. M., 1998, Betrayal trauma in adolescent inpatients. *Psychological Reports*, 83, no.3, 914.
- BAGLEY, C., & LACHANCE, M., 2000, Evaluation of a family-based programme for the treatment of child sexual abuse. *Child & Family Social Work*, 5, no.3, 205-213.
- BEITCHMAN, J. H., ZUCKER, K. J., HOOD, J. E., DACOSTA, G. A., & AKMAN, D., 1991, A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15, no.4, 537-556.
- BEITCHMAN, J. H., ZUCKER, K. J., HOOD, J. E., DACOSTA, G. A., AKMAN, D., & CASSAVIA, E., 1992, A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16, no.1, 101-118.
- BEUTLER, L. E., 1993, Designing outcome studies: treatment of adult victims of childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, no.3, 402-414.
- BOLGER, K. E., & PATTERSON, C. J., 2001, Pathways from child maltreatment to internalizing problems: perceptions of control as mediators and moderators. *Development & Psychopathology*, 13, no.4, 913-940.
- BRIERE, J., 1996, *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC): Professional Manual*, Odessa: Psychological Resources, Inc.
- BRIERE, J. N., & ELLIOTT, D. M., 1994, Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4, no.2, 54-69.

- CINQ-MARS, C., & WRIGHT, J., 1997, *Traduction française de l'inventaire de comportement autodestructeurs (self-destructive behaviors inventory)*, (Document inédit): Département de psychologie, Université de Montréal.
- COHEN, P., BROWN, J., & SMAILES, E., 2001, Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Development & Psychopathology*, 13, no.4, 981-999.
- DAIGNEAULT, I., TOURIGNY, M., & CYR, M., 1999, *Rapport d'évaluation de l'implantation et de l'efficacité d'une thérapie de groupe pour adolescentes victimes d'agressions sexuelles et d'une intervention post-dévoilement*, Montréal: Institut de recherche pour le développement social des jeunes.
- DEMBO, R., WILLIAMS, L., SCHMEIDLER, J., BERRY, E., WOTHKE, W., GETREU, A., WISH, E. D., & CHRISTENSEN, C., 1992, A structural model examining the relationship between physical child abuse, sexual victimization, and marijuana/hashish use in delinquent youth: A longitudinal study. *Violence & Victims*, 7, no.1, 41-61.
- DINWIDDIE, S. H., HEATH, A. C., DUNNE, M. P., BUCHOLZ, K. K., MADDEN, P. A. F., SLUTSKE, W. S., BIERUT, L. J., STATHAM, D. B., & MARTIN, N. G., 2000, Early sexual abuse and lifetime psychopathology: A co-twin-control study. *Psychological Medicine*, 30, no.1, 41-52.
- ELTZ, M. J., & SHIRK, S. R., 1995, Alliance formation and treatment outcome among maltreated adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 19, no.4, 419-431.
- FALLER, K. C., 1991, What happens to sexually abused children identified by child

- protective services? *Children & Youth Services Review*, 13, no.1-2, 101-111.
- FEIRING, C., TASKA, L. S., & LEWIS, M., 1998, Social support and children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, no.2, 240-260.
- FERGUSON, D. M., HORWOOD, J. L., & LYNSKEY, M. T., 1996, Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, no.10, 1365-1374.
- FERGUSON, D. M., WOODWARD, L. J., & HORWOOD, L. J., 2000, Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30, no.1, 23-39.
- FINKELHOR, D., & BERLINER, L., 1995, Research on the treatment of sexually abused children : A review and recommendations. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, no.11, 1408-1423.
- GREEN, S. M., RUSSO, M. F., NAVRATIL, J. L., & LOEBER, R., 1999, Sexual and physical abuse among adolescent girls with disruptive behavior problems. *Journal of Child & Family Studies*, 8, no.2, 151-168.
- HALEY, G. M. T., FINE, S., & MARRIAGE, K., 1988, Psychotic features in adolescents with major depression. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, no.4, 489-493.
- HART, L. E., MADER, L., GRIFFITH, K., & DEMENDONCA, M., 1989, Effects of sexual and physical abuse: A comparison of adolescent inpatients. *Child Psychiatry*

& *Human Development*, 20, no.1, 49-57.

HARVEY, M. R., 1996, An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *Journal of Traumatic Stress*, 9, no.1, 3-23.

HERMAN, J. L., 1992, *Trauma and Recovery*, New-York: Basic Books.

JOUVIN, É., CYR, M., THÉRIAULT, C., & WRIGHT, J., 2001, *Étude des qualités psychométriques de la traduction française du Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C)*, Montréal: Département de Psychologie, Université de Montréal.

KENDALL-TACKETT, K. A., WILLIAMS, L. M., & FINKELHOR, D., 1993, Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, no.1, 164-180.

KISIEL, C. L., & LYONS, J. S., 2001, Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 158, no.7, 1034-1039.

LEBOWITZ, L., HARVEY, M. R., & HERMAN, J. L., 1993, A stage-by-dimension model of recovery from sexual trauma. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, no.3, 378-391.

LYNN, M., JACOB, N., & PIERCE, L., 1988, Child sexual abuse: A follow-up study of reports to a protective service hotline. *Children & Youth Services Review*, 10, no.2, 151-165.

MACMILLAN, H. L., & MUNN, C., 2001, The sequelae of child maltreatment. *Current Opinion in Psychiatry*, 14, no.4, 325-331.

MCGEE, R. A., WOLFE, D. A., & WILSON, S. K., 1997, Multiple maltreatment

experiences and adolescent behavior problems: Adolescents' perspectives.

Development & Psychopathology, 9, no.1, 131-149.

MENNEN, F. E., & MEADOW, D., 1993, The relationship of sexual abuse to symptom levels in emotionally disturbed girls. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 10, no.4, 319-328.

MESSIER, C., 1986, *Le traitement des cas d'inceste père-fille: une pratique difficile*, Québec: Ministère de la Justice.

MORROW, K. B., 1991, Attributions of female adolescent incest victims regarding their molestation. *Child Abuse & Neglect*, 15, no.4, 477-483.

NAAR-KING, S., SILVERN, L., RYAN, V., & SEBRING, D., 2002, Type and severity of abuse as predictors of psychiatric symptoms in adolescence. *Journal of Family Violence*, 17, no.2, 133-149.

NEY, P. G., FUNG, T., & WICKETT, A. R., 1994, The worst combination of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 18, no.9, 705-714.

O'DONOHUE, W., 1992, Treatment of the sexually abused child: A review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, no.3, 218-228.

PAQUETTE, F., & CHAGNON, F., 2000, *Cadre de référence pour le développement et l'évaluation des programmes aux Centres jeunesse de Montréal*, Montréal: Les Centres jeunesse de Montréal - Direction de la recherche et du développement.

PAUZÉ, R., TOUPIN, J., DÉRY, M., MERCIER, H., CYR, M., CYR, F., & FRAPPIER, J.-Y., 2000, *Les soins aux jeunes en difficulté - QC-411 - Volet 1. Portrait des jeunes inscrits à la prise en charge des centres jeunesse du Québec et*

- descriptions des services reçus au cours des premiers mois*. : GRISE, Université de Sherbrooke et Université de Montréal.
- PEDERSEN, W., & SKRONDAL, A., 1996, Alcohol and sexual victimization: A longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*, 91, no.4, 565-581.
- PIERCE, R. L., & PIERCE, L. H., 1985, Analysis of sexual abuse hotline reports. *Child Abuse & Neglect*, 9, 37-45.
- POLUSNY, M. A., & FOLLETTE, V. M., 1995, Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied & Preventive Psychology*, 4, no.3, 143-166.
- ROBERGE, P., 1998, *Enfants et adolescents signalés à la direction de la protection de la jeunesse: Les parcours de six cohortes*, Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- RORTY, M., & YAGER, J., 1996, Histories of childhood trauma and complex post-traumatic sequelae in women with eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19, no.4, 773-791.
- RUGGIERO, K. J., MCLEER, S. V., & DIXON, F. J., 2000, Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 24, no.7, 951-964.
- SADOWSKY, C. M., 1995, *Self-Injurious Behaviors Questionnaire*, Unpublished document. Available from the author - Mayo Clinic, Rochester, MN.
- SILVERMAN, A. B., REINHERZ, H. Z., & GIACONIA, R. M., 1996, The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child*

Abuse & Neglect, 20, no.8, 709-723.

SINCLAIR, J. J., LAZELERE, R. E., PAINE, M., JONES, P., GRAHAM, K., &

JONES, M., 1995, Outcome of groupe treatment for sexually abused adolescent females living in a group home setting. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, no.4, 533-542.

SPACCARELLI, S., 1994, Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116, no.2, 340-362.

SPACCARELLI, S., & KIM, S., 1995, Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19, no.9, 1171-1182.

SWANSTON, H. Y., NUNN, K. P., OATES, R. K., TEBBUTT, J. S., & O'TOOLE, B.

I., 1999, Hoping and coping in young people who have been sexually abused. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8, no.2, 134-142.

THÉRIAULT, C., CYR, M., & WRIGHT, J., 1996, *Questionnaire sur les événements vécus dans l'enfance et l'adolescence*, (Document inédit), Montréal: Département de psychologie, Université de Montréal.

TOURIGNY, M., 1997, Efficacité des interventions pour enfants abusés sexuellement : une recension des écrits. *Revue Canadienne de Psycho-Éducation*, 26, no.1, 39-69.

TOURIGNY, M., PÉLADEAU, N., & DOYON, M., 1993, *Évaluation sommative du programme de traitement des enfants abusés sexuellement implanté dans la région de Lanaudière par le centre des services sociaux Laurentides-Lanaudière*, Montréal: Laboratoire de Recherche en Écologie Humaine et Sociale. Université du Québec à Montréal.

- TRICKETT, P. K., NOLL, J. G., REIFFMAN, A., & PUTNAM, F. W., 2001, Variants of intrafamilial sexual abuse experience: Implications for short- and long-term development. *Development & Psychopathology*, 13, no.4, 1001-1019.
- TYLER, K. A., 2002, Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression & Violent Behavior*, 7, no.6, 567-589.
- VAN DER KOLK, B. A., PERRY, J. C., & HERMAN, J. L., 1991, Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, no.12, 1665-1671.
- WILLIAMSON, J. M., BORDUIN, C. M., & HOWE, B. A., 1991, The ecology of adolescent maltreatment: A multilevel examination of adolescent physical abuse, sexual abuse and neglect. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 59, no.3, 449-457.
- WOLFE, V. V., & BIRT, J. A., 1995, The psychological sequelae of child sexual abuse. *Advances in Clinical Child Psychology*, 17, 233-263.
- WRIGHT, J., & SABOURIN, S., 1996, *Traduction française du Trauma Symptom Checklist for Children*, (Document inédit), Montréal: Département de Psychologie, Université de Montréal.

Tableau 1.

Principales caractéristiques sociodémographiques et des agressions sexuelles :
comparaisons entre participantes et non-participantes

Variables	Participantes (N=30)	Non- participantes (N=31)	Tests statistiques
	Moyenne (ÉT) ou %		
Âge (an)	15,5 (1,4)	15,0 (1,4)	$t=1,3^1$
Origine haïtienne	23%	15%	$\chi^2=0,7^2$
Nombre de signalements	1,7 (1,1)	1,4 (0,8)	$t=1,2$
Contact physique	100%	100%	--
Pénétration	63%	60%	$\chi^2=0,1$
Père agresseur	60%	55%	$\chi^2=0,2$
Agresseurs multiples	57%	36%	$\chi^2=2,8$
Agressions fréquentes	67%	48%	$\chi^2=2,5$
Âge début des agressions (an)	8,0 (3,7)	6,8 (3,3)	$t=1,3$
Durée des agressions sexuelles (an)	3,6 (2,6)	3,4 (2,6)	$t=0,3$
Temps écoulé depuis fin agressions (an)	3,3 (2,1)	3,4 (2,3)	$t=0,0$

¹tests-t, dl=59

²chi-carré, dl=1

Tableau 2.

Scores moyens de chaque symptôme et pourcentage de cas cliniques

Symptômes	Moyenne (<u>ÉT</u>) (<u>N</u> =30)	% clinique (<u>N</u> =30)
TSCC		
Anxiété	11,1 (4,3)	20
Dépression	11,2 (4,5)	17
Stress post-traumatique	15,1 (4,3)	23
Préoccupations sexuelles	8,9 (4,0)	63
Colère	9,9 (5,1)	20
Dissociation	11,9 (4,7)	7
YSR (scores- <u>T</u>)		
Problèmes internalisés	66,4 (9,7)	53
Problèmes externalisés	64,0 (8,8)	63
Problèmes relationnels (score brut)	7,4 (4,2)	--
SIBQ (nombre de comportements)	5,7 (3,3)	--

Tableau 3.

Caractéristiques des services reçus au cours de la dernière année

	Moyenne (ÉT) ou % (N=30)
Durée de la prise en charge (an)	3,6 (3,3)
Nombre de délégués / dernière année	1,4 (0,7)
Nombre de délégués / total	2,8 (1,9)
Nombre de rencontres délégué / dernière année	8,6 (6,6)
Participation – psychothérapie individuelle	43%
Nombre de rencontres	11,3 (19,6)
Participation – psychothérapie de groupe	13%
Nombre de rencontres	2,9 (9,3)
Participation – psychothérapie familiale	10%
Nombre de rencontres	0,6 (2,3)
Participation – psychothérapie dyadique	7%
Nombre de rencontres	1,6 (6,1)
Participation totale (au moins un des quatre types de thérapie)	53%
Nombre de rencontres si au moins une rencontre (N=16)	30,9 (23,8)
Nombre de rencontres	16,5 (23,2)

Tableau 4.

Corrélations entre dix symptômes et sept variables décrivant les agressions et les services pour les 30 participantes

Symptômes	Fréquence	Sévérité	fin des agressions	Violence physique	Délégués/an	Thérapie individuelle	Durée prise en charge
Dépression	,04	,09	-,25	,09	,03	,30	-,20
Anxiété	-,08	-,01	-,21	,11	-,08	,45**	-,13
Stress post-traumatique	-,24	,05	-,21	-,11	-,12	,29	-,46**
Préoccupations sexuelles	,05	,09	-,22	,08	-,26	,41*	-,05
Dissociation	,29	,03	-,21	,19	-,26	,26	-,49**
Colère	,19	,15	-,14	-,06	-,20	,51**	-,17
Internalisation	,01	,13	-,20	,18	-,08	,45*	-,19
Externalisation	,13	,14	-,17	-,07	-,31	,32	-,19
Problèmes relationnels	,11	,30	-,09	,03	-,17	,50**	-,05
SIBQ	-,32	-,01	-,45**	,12	,27	,23	-,19

*p<,05 ** p<,01

Article 2

Trauma and resilience in sexually abused adolescents:

An integrated assessment

Running head: TRAUMA AND RESILIENCE IN SEXUALLY ABUSED
ADOLESCENTS

Description of Trauma and Resilience in Sexually Abused Adolescents:

An Integrated Assessment

Isabelle Daigneault

Marc Tourigny and Mireille Cyr

Isabelle Daigneault, M.Ps., is a clinical psychologist and PhD candidate at the Université de Montréal. Marc Tourigny, PhD, is a professor at the Faculty of Education of the Université de Sherbrooke. Mireille Cyr, PhD, is a professor at the Psychology Department of the Université de Montréal. The three authors are members of the Research and Intervention Partnership in the Field of Child Sexual Abuse (PRIMASE).

This paper is part of the first author's doctoral dissertation. The authors wish to acknowledge financial support from the Quebec council for social research (CQRS) and the Research institute for youth's social development (IRDS) as doctoral fellowships to the first author and to PRIMASE.

Abstract

This study describes multidimensional manifestations of trauma and resilience in sexually abused adolescents through an integrated interview and scale, the Multidimensional Trauma Recovery and Resiliency (MTRR). The construct validity of the scale is explored by comparing it with known symptom measures and with factors associated with childhood sexual abuse (CSA). Thirty French-speaking Canadian female adolescent survivors of confirmed CSA answered questions regarding life history from the MTRR Interview developed by Harvey et al. (1998) and completed questionnaires assessing symptoms and symptom correlates. All of the adolescents were partially recovered, presenting areas of both trauma and resilience. As expected, many relationships emerged between the MTRR results and the other measures. The discussion explores the uniqueness of the MTRR, its utility and its validity for research and clinical purposes.

Keywords: Child sexual abuse, adolescence, resilience, trauma, assessment

Description of Trauma and Resilience in Sexually Abused Adolescents:

An Integrated Assessment

Survivors of childhood sexual abuse (CSA) can present with complex manifestations of trauma that encompass a wide range of psychological disturbances in the cognitive, emotional, behavioral, somatic, characterological and relational spheres of human experience (Briere & Elliott, 1994; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; van der Kolk, 1996). Studies that have focused specifically on adolescents have revealed elevated symptoms of depression, anxiety, post-traumatic stress disorder (PTSD), low self-esteem, somatization, psychosis, behavior problems, self-destructive behaviors (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, & Akman, 1991; Kendall-Tackett et al., 1993), running away, truancy (Green, Russo, Navratil, & Loeber, 1999), substance abuse, promiscuity, prostitution (Beitchman et al., 1991), and personality disturbances (Grilo, Sanislow, Fehon, Martino, & McGlashan, 1999).

Three major conclusions have been drawn from the results of the many studies of symptoms in CSA survivors. First, no single symptom -- not even classic PTSD -- seems to characterize a majority of victims across gender and age categories (Kendall-Tackett et al., 1993). Second, approximately one third of child and adolescent survivors present no measurable symptom (Kendall-Tackett et al., 1993). Third, adolescent CSA survivors present with more diagnostic comorbidity than do other adolescents (e.g., PTSD and depression), including those under psychiatric care who were not sexually abused (Brand, King, Olson, Ghaziuddin, & Naylor, 1996; Silverman, Reinherz, & Giaconia, 1996).

The purpose of this study was to describe the multidimensional profile of adolescent CSA survivors. In an attempt to integrate what are often disconnected research efforts and to better understand the complex and varied outcomes of CSA, three avenues of investigation were considered: (1) complex post-traumatic stress, (2) resilience and (3) correlates of CSA. The study also sought to explore the construct validity of a multidimensional measure of trauma, recovery and resilience.

Complex post-traumatic stress reactions

Specific populations such as CSA survivors frequently present with high levels of comorbidity that might reflect a “failure of syndromic integrity” rather than truly separate co-occurring “diseases” (Sroufe, 1997, p. 257). In the past decade, researchers and clinicians have addressed this failure by developing new diagnostic categories describing complex symptomatic presentations regarded as forms of post-traumatic stress resulting not from single events but from prolonged and repeated interpersonal violence (Herman, 1992a, 1992b; Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk, & Mandel, 1997; van der Kolk, 1996). This complex syndrome has been referred to as Complex PTSD (Herman, 1992a), Type II trauma (Terr, 1991), Disorders of extreme stress not otherwise specified (DESNOS - Pelcovitz, van der Kolk, Roth, Mandel, & Resick, 1997), and Enduring personality change after a catastrophic experience (WHO, 1992). This new syndrome broadens the array of post-traumatic stress reactions by integrating symptoms that often co-occur in survivors of early and chronic interpersonal trauma and that are not accounted for in the current PTSD model (Pelcovitz et al., 1997; van der Kolk et al., 1996; Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 2001). It includes symptoms such

as post-traumatic stress, dissociation, somatization and addiction problems that evidence an alteration in systems of self-regulation, self-concept, interpersonal functioning and characterological development (Herman, 1992a; Pelcovitz et al., 1997).

Despite considerable advances in the assessment of exposure to CSA and its impact, most measures generally fail to evaluate the complex responses to such exposure across all the systems affected by prolonged and repeated interpersonal trauma. Researchers working on the notion of Complex PTSD have attempted to seize this symptomatic profile through the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES) that serves to assess alterations in six areas of functioning: regulation of affect, consciousness, self-perception, relationships, somatization and meaning (Pelcovitz et al., 1997; Roth et al., 1997). Recent research into Complex PTSD has been conducted primarily with populations of adult survivors of different types of interpersonal trauma. Despite a paucity of studies of short-term complex forms of PTSD, there is some evidence that Complex PTSD is present in sexually abused children and adolescents (Hall, 1999; Roth et al., 1997; Tremblay, Hébert, & Piché, 2000) and is a “fit” conceptualization of the impact of CSA (Wolfe & Birt, 1995).

Resilient or adaptive outcome post trauma

While there is increasing recognition of the need to develop and use multidimensional and integrated measures to better describe CSA impact, a growing number of researchers and clinicians underscore the importance of also studying resilience (Gore & Eckenrode, 1994; Luthar & Cicchetti, 2000). With its focus on factors and underlying mechanisms that modify the effects of maltreatment and abuse

and foster adaptive outcomes, this avenue of research could provide guidance for interventions and social policy (Luthar & Cicchetti, 2000). Moreover, it offers a health- or strengths-based approach to treatment missing in the medical “disease” model (Anderson, 1997).

While very few studies have ever even reported the number of asymptomatic adolescents (Boney-McCoy & Finkelhor, 1996; Morrow, 1991; Naar-King, Silvern, Ryan, & Sebring, 2002), which is often used as a resilience criterion (Dufour, Nadeau, & Bertrand, 2000), practically none has specifically focused on resilience in sexually abused adolescents (for the exception see Spaccarelli & Kim, 1995). Certain researchers have suggested considering different sources of evaluation and different definitions of resilience to determine a “true” or global resilience (Spaccarelli & Kim, 1995) or studying well functioning populations, such as college students, who manage to overcome adversity (Jumper, 1995). Others instead have proposed examining domains of relative resilience in the presence of symptoms or distress (Anderson, 1997; Luthar, 1993; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Luthar et al. (2000), for instance, have recommended assessing positive adaptation in areas of functioning that are theoretically or empirically linked to the adversity or risk factor investigated. Unfortunately, current instruments used to assess trauma impact neglect the phenomenon of resilience and the possibility of adaptive functioning post trauma, regardless of how resilience is defined.

In order to remedy this absence of a comprehensive measure of both trauma and resilience in survivors of interpersonal traumatic events, clinicians and researchers developed the Multidimensional Trauma Recovery and Resiliency interview and

scoring-form package (MTRR), which serves to assess functioning in eight domains most similar to those of complex PTSD mentioned above (Harvey et al., 2003). Like the SIDES, the MTRR is an integrated measure of traumatic impact based on the concept of Complex PTSD. But unlike the SIDES, the MTRR also serves to assess resilience and positive adaptation in domains that are not only clinically relevant to but also empirically associated with CSA.

Correlates of symptoms in CSA survivors

In order to gain a better understanding of the complex recovery and resilience profile of CSA survivors, the present study also looked at the known correlates of CSA impact. A number of factors, such as CSA intrusiveness and co-occurrence of physical abuse, have been investigated empirically and found to be statistically related to a higher level of symptoms in adolescent survivors (Beitchman et al., 1991; Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1996; Ney, Fung, & Wickett, 1994; Ruggiero, McLeer, & Dixon, 2000) and to symptoms consistent with Complex PTSD in adults (Roth et al., 1997). Two other factors, parental support and participation in psychotherapy, have been found to be related to less severe symptomatology (Feiring, Taska, & Lewis, 1999; Fergusson et al., 1996; Finkelhor & Berliner, 1995; Shapiro & Levendosky, 1999; Spaccarelli & Fuchs, 1997; Thériault, Cyr, & Wright, 1997; Tourigny, 1997). Moreover, studies of disclosure (or talking about past abuses), which has long been considered a necessary process towards recovery (Chaffin, 1992; De Young & Corbin, 1994; Trolley, 1995), have yielded contradictory results, which indicate that this factor can be either positively or negatively related to symptomatology (Gomes-Schwartz, Horowitz, & Cardarelli, 1990;

Himelein & McElrath, 1996) depending on response from environment and time elapsed since disclosure (Dufour et al., 2000).

Purpose of the study

The purpose of this study was to describe the multidimensional manifestations of both trauma and resilience in a population of sexually abused adolescents through use of the MTRR, a new clinician-coded integrated measure. In addition, the study sought to explore the construct validity of the MTRR by comparing it against symptom measures used to assess psychological, behavioral and cognitive areas of traumatic adaptation and against known symptom correlates.

Method

Procedures

The study sample consisted of French-speaking Canadian female adolescents aged 13 to 17 years in Montreal's Youth Center following confirmation of their sexual abuse. They were recruited amongst the 65 active cases of adolescent girls living in the greater Montreal documented over a period of one year (1998-1999). One adolescent was excluded because of a psychotic disorder.

Caseworkers were asked to discuss the project with the adolescents and report those interested in taking part in the study. The first author then contacted these adolescents in order to inform them further of the duration and content of the interview and to schedule a meeting. Adolescents were interviewed either at their place of residence, at the Université de Montréal or in Montreal's Youth Center, according to their preference. All provided their informed consent, as did a legal guardian in the case of adolescents less

than 14 years old. The adolescents were advised that they could terminate the interview at any time without consequence. In addition, the Child Protection Services (CPS) files of all the eligible adolescents were screened and scored for sexual abuse characteristics and sociodemographic variables by a trained research assistant.

Of the 65 eligible adolescents, 30 agreed to participate (46%). For the 35 others, the refusal came from the adolescent (63%), her caseworker (31%) or her parents (3%); one adolescent had run away and was untraceable (3%). When participants ($N = 30$) and refusers ($N = 35$) were compared, no significant difference emerged in terms of sociodemographic and CSA variables at a significance level below .01.

Measures

Multidimensional trauma, recovery and resiliency

The Multidimensional Trauma Recovery and Resiliency (MTRR) interview (MTRR - Harvey et al., 1994) is a semi-structured instrument for eliciting information from subjects regarding psychological functioning in eight domains of trauma and recovery. The data is later scored by a clinician using the MTRR scale (Harvey, Westen, Lebowitz, Saunders, & Harney, 1998). The domains in question are the following: authority over memory, integration of memory and affect, affect tolerance and regulation, symptom mastery, self-esteem, self-cohesion, safe attachment, and meaning making (for a detailed description see: Harvey et al., 2003; Lebowitz, Harvey, & Herman, 1993). The 99 items composing the eight domains of the MTRR scale are rated on a 5-point Likert scale ranging from 1 ("Not at all descriptive") to 5 ("Highly descriptive"). An average score is computed for each domain and for a global resilience

scale composed of 23 items of positive functioning selected from across the eight domains. Higher scores are associated with more adaptive functioning and less symptomatology. The interview and the scale were translated into French and adapted for an adolescent population (Daigneault, 1998).

Although the MTRR scale has never been used with an adolescent population before, a study yet to be published with adult survivors of traumatic events, including CSA, yielded strong indications of the scale's consistency, validity and reliability. Harvey et al. (2003) demonstrated that the inter-rater reliability for the instrument was reasonable with both clinical and research samples (Pearson product-moment correlations between .48 and .89). In the present study, a second psychologist scored 30% of all the taped interviews. All the scales except integration of memory and affect ($r = .39$; $p < .10$) obtained significant intraclass correlation coefficients. These ranged from .48 (self-esteem) to .81 (meaning making), with more than half of the domains above .70.

Furthermore, the MTRR is based on a three-stage model of recovery from interpersonal trauma. The first stage is characterized by the establishment of personal safety, the second by remembrance, integration and mourning, and the third by reconnection with others (Herman, 1992b). This model of recovery and the process by which a survivor progresses from one stage to another in the eight domains examined has been described in greater detail elsewhere (Herman, 1992b; Lebowitz et al., 1993). With respect to the MTRR scale, the first stage is characterized by consistently low scores in most domains the third by consistently high scores in most domains, and the second by greater variability across domains and average scores falling in between

those for the first and third stages (Harvey et al., 2003). In the present study, for all the domains and for the global resilience scale, the cutoffs for the three stages were set at one standard deviation from the mean total score for the 99 items of the MTRR ($M = 3.0$, $SD = 0.5$). Thus, the cutoffs were at 2.5 and 3.5. Adolescents in stage 1 are described as “largely unrecovered”, those in stage 2 as “partially recovered” and those in stage 3 as “largely recovered”.

Self-report symptom measures

Psychological symptoms of depression, anxiety, sexual preoccupations, post-traumatic stress, dissociation and anger were assessed using the Trauma Symptoms Checklist for Children or TSCC (Briere, 1996; French version Wright & Sabourin, 1996), a 54-item questionnaire that serves to assess the degree of distress associated with traumatic events in children 8 to 17 years of age. Clinical norms from American populations were used in this study (Briere, 1996). The factorial structure and internal consistency of the French-language translation of the instrument have been shown to be comparable to those of the original version with alphas of .70 to .84 (Jouvin, Cyr, Thériault, & Wright, 2001).

Internalized (withdrawal, somatization, depression and anxiety) and externalized (delinquency and aggression) behavior problems were assessed using the Youth Self-Report and Profile or YSR (Achenbach, 1991), which comprises 112 items rated on a Likert scale. A T score of 64 and up (90th percentile) indicates the presence of clinical problems (Achenbach, 1991).

Self-destructive behaviors were assessed using the Self-Injurious Behaviors Questionnaire or SIBQ (Sadowsky, 1995; French version - Cinq-Mars & Wright, 1997), a checklist covering the presence of 21 behaviors in the past year. A total score was used for this study ($\alpha = .71$).

Cognitive distortions often seen in the aftermath of CSA, stigmatization and interpersonal mistrust were assessed using two subscales of the Children's Attitudes and Perceptions Scale (Mannarino, Cohen, & Berman, 1994; French version - Daigneault, Cyr, & Tourigny, 1998). Scores from the nine items can vary from 4 to 20 for stigmatization (four items) and from 5 to 25 for interpersonal mistrust (five items). Higher scores denote more feelings of being different from peers and more interpersonal mistrust. The internal consistency of the French-language version of the two scales has been shown to be comparable to that of the original instrument ($\alpha = .68$ and $.72$).

Symptom correlates

Sexual abuse characteristics – physical contact, penetration, frequency (at least once a week), duration, age at onset, time elapsed since last abuse, relationship with principal perpetrator and total number of perpetrators – were all documented on the basis of information contained in the adolescents' CPS files.

Eight family adversity events – verbal and physical violence towards adolescents, verbal and physical marital violence, violence between siblings, parents' alcohol problems, incarceration of an immediate family member and abandonment of the adolescent by a parent – were self-reported by adolescents using the questionnaire of

events occurring in childhood and adolescence (Thériault, Cyr, & Wright, 1996). The eight events were combined to yield two scores: global occurrence of lifetime adversity ($\alpha = .67$) and global occurrence of adversity in the past year ($\alpha = .63$). The two scales were significantly correlated ($r = .44$; $p = .02$).

The number of people to whom the adolescents disclosed their sexual abuse was scored using a “past history of sexual abuse” questionnaire (Thériault, Cyr, & Wright, 1995). Each adolescent indicated whether she talked about her abuse to a list of eight people including, but not limited to, family members. The total number of disclosures per adolescent was used for this study.

Emotional support provided by mother (present = 1, absent = 0) was assessed using the corresponding section of the Children Inventory of Social Support or CISS (Sandler, Wolchik, & Braver, 1984; French version - Drapeau, 1989).

Finally, adolescents reported whether they received psychotherapy in the past year (yes = 1, no = 0) and, if so, the number of sessions per month.

Participant characteristics across correlates

The average age for the participants was 15.5 years ($SD = 1.4$). Nearly one fourth of the population was of Haitian descent (23%). Most had been placed in residential centers, foster homes, group homes or supervised apartments (63%). The rest lived with their mother (23%) or an extended family member (13%).

Of the 30 adolescents, 13 (43%) had other CPS reports of neglect, physical abuse, behavioral problems or additional sexual abuse. In fact, 40% of the adolescents had

additional reports of sexual abuse after being identified as such by CPS (either already in CPS or from previous reports). All sexual abuses involved physical contact and 63% involved penetration. Moreover, 57% of the adolescents were abused by more than one perpetrator. In addition, 67% of abuses were frequent (occurring at least once a week) with onset in childhood at an average of 8.0 years ($SD = 1.4$) and with an average duration of 3.6 years ($SD = 2.6$). The last reported sexual abuse incident occurred on average 3.3 years before the study ($SD = 2.1$). The principal perpetrator was the father for 60% of the adolescents, the stepfather for 17% and another family member for 23%. Aside from being sexually abused by a family member, 23% of the adolescents were also sexually abused by someone outside their family.

Furthermore, the adolescents reported an average of 4.4 ($SD = 2.1$) lifetime adversity events. According to them, 1.4 ($SD = 1.5$) of those events occurred in the past year. The most frequently mentioned were marital verbal violence and verbal violence towards them (30% respectively).

The adolescents reported an average of 2.7 clinical symptoms ($SD = 2.0$) from among the eight scales of the TSCC and the YSR. The most common were internalized and externalized behavior problems (53% and 65% - YSR) and sexual preoccupations (63% - TSCC). They also reported an average of 5.7 ($SD = 3.3$) self-destructive behaviors in the past year on the SIBQ scale. On average, they reported feeling “sometimes” to “often” different from their peers ($M = 13.8$; $SD = 3.6$) and being “sometimes” distrustful of others ($M = 14.9$; $SD = 4.4$).

Of the 29 adolescents who completed the social support questionnaire, 45% reported receiving emotional support from their mother. The adolescents disclosed their abuses to an average of 4.9 people ($SD = 1.2$). They had been in child protective services for an average of 3.6 years ($SD = 3.3$), and 43% of all the participants reported at least one individual therapy session in the past year. Those in therapy reported an average of 2.2 sessions a month ($SD = 1.9$).

Analyses

Descriptive analyses were carried out for the nine MTRR scales. For the second objective of the study, two-tailed Pearson correlations were computed to explore the relationship between the nine MTRR scales and the twelve self-report symptom measures and between the nine MTRR scales and six correlates. The correlates were chosen from across different categories of factors (sexual abuse characteristics, other abuses, support, disclosure and services). Given the large number of analyses performed and the small number of participants, correlations were considered significant at the .01 level, while correlations reaching the .05 level were considered to tend towards significance.

Results

Description of trauma, recovery and resilience profiles

The adolescents' average MTRR domain scores placed them in the second stage of recovery (see Table 1). Meaning making showed the least resilience with 60% of the adolescents in the first stage of recovery, while self-esteem showed the most resilience with 53% of the adolescents in the third stage of recovery.

Most domains, however, showed areas of both resilience and traumatic adaptation. Although the adolescents were not always able to consciously link feelings with past events, they had not experienced memory gaps and were able to recount a relatively complete life story. Although memory was quite intact, the meanings ascribed to past life events were often incoherent or absent. They also had difficulty recalling memories with appropriate content and intensity of affect and experiencing new feelings about what happened in the past or remembering what they felt at the time. Some had engaged on the path to recovery by being able to feel and name a range of feelings. They also anticipated, managed and prevented certain symptoms (dissociation, intrusion), even though they still manifested depressive and post-traumatic symptomatology. Their sense of self-worth fluctuated between self-blame and a more positive and balanced assessment of themselves. They sometimes experienced themselves as fragmented in terms of thought, feeling and action, although clinical dissociation was rare and almost no one showed evidence of alter personalities. Generally speaking, they had started to reconnect with others by developing trusting relationships with friends and boyfriends as well as with certain adults responsible for their care. However, they had not yet assigned a realistic meaning to the trauma or to the self as a survivor. They could neither incorporate the complex, contradictory and ambiguous nature of reality, nor feel a realistic sense of hope and optimism about the future. They also had difficulty deriving meaning from past abuses.

Insert Table 1.

Individual scores on the more global resilience scale of the MTRR showed that 37% of the adolescents were in stage 1 (largely unrecovered), 53% in stage 2 (partially recovered) and 10% (only 3) in stage 3 (largely recovered – see Table 1). In order to verify whether stage 2 was indeed characterized by greater variability across domains within this sample, as expected by the authors' definition, the average standard deviation for the eight MTRR domain scores of each adolescent in stage 2 ($n = 16$) was compared with the average standard deviation for the eight MTRR domain scores of each adolescent in stage 1 or 3 ($n = 14$). The average standard deviation for the MTRR scores of the adolescents in stage 2 ($M = .60, SD = .16$) tended to be greater than that of adolescents in stages 1 or 3 ($M = .45, SD = .13; t = 2.67, p < .017$). Thus, the adolescents in the second stage of recovery tended to show greater variability across domains than did those in the first or third stages.

Validity of the MTRR Scales

Comparisons with symptom measures

Correlations between the nine scales of the MTRR and the twelve self-report symptom measures are presented in Table 2. Of the eight domain scores, three were expected to be related to general symptomatology: Affect tolerance and regulation, symptom mastery and self-esteem. Symptom mastery and self-esteem were found to be moderately to highly correlated with six and five symptoms, respectively, while affect

tolerance and regulation was correlated only with internalized behavior problems, although coefficients tended towards significance with many other symptoms.

Safe attachment and self-cohesion were each expected to be related to a specific symptom, namely, interpersonal mistrust and dissociation, respectively. Unsurprisingly, safe attachment was found to be negatively correlated with interpersonal mistrust, whereas, contrary to expectations, the correlation between self-cohesion and dissociation only tended towards significance. On the other hand, Self-cohesion correlated with internalized behavior problems.

The first two domains, authority over memory and integration of memory and affect, and the last domain, meaning making, were not expected to be related to symptomatology and, accordingly, none of the correlations with the 12 symptom measures reached significance.

Finally, the resilience scale, which was considered as a global measure of adaptive functioning across the eight domains, was not expected to be related to specific symptoms. However, higher scores of overall resilience were correlated with lower scores of sexual preoccupations and anger. As resilience was expected to be related to a global measure of “comorbidity” of clinical symptoms, the resilience score was compared with a composite score of total clinical symptoms using the six scales of the TSCC and the two scales of the YSR. Results showed that the adolescents with higher resilience scores indeed had fewer clinical symptoms ($r = -.46; p < .001$).

Insert Table 2.

Comparisons with symptom correlates

The correlations between the nine MTRR scales and the six correlates are reported in Table 3. Two of the correlates were not significantly correlated with the MTRR scales: length of time elapsed since last sexual abuse and presence of mother as a source of emotional support.

Penetration was the only CSA characteristic to be correlated with MTRR scores. As expected, when abuses did not include penetration, adolescents had higher scores on six of the nine domains: Authority over memory, symptom mastery, self-cohesion, safe attachment, meaning making and resilience. Adversity in the past year, too, was negatively correlated with two domains as per expectations. Adolescents who reported less adversity in the past year had higher scores on symptom mastery and safe attachment.

The number of people to whom the adolescents disclosed their abuse was positively correlated with two domains. Adolescents who disclosed their abuse to a greater number of people had higher scores on integration of memory and affect and on meaning making.

Finally, the fact that adolescents had participated in individual therapy in the past year was unexpectedly negatively correlated with four domains. This meant that adolescents who reported participating in individual therapy in the past year had lower

scores on affect tolerance and regulation, symptom mastery, safe attachment and resilience than did those who did not report participating in such therapy.

Insert Table 3.

Discussion and Conclusions

Description of trauma, recovery and resilience profiles

By using more integrated measures of trauma impact, investigating resilience as well as traumatic adaptation, and including often-neglected factors linked to CSA, as recommended in the literature, this exploratory study of resilience, recovery and trauma yielded a number of interesting findings. First, the adolescents were scattered across all three stages of recovery, presented with varying resources and needs and, consequently, necessitated a wide array of services. More than half of the adolescents (53%) showed a partially recovered profile characteristic of stage 2 described by Herman (1992b) and Lebowitz et al. (1993), while over a third (37%) were largely unrecovered (stage 1) and only a few (10%) were largely recovered (stage 3). Moreover, with a majority of adolescents at least partly affected in most domains, their general profile is coherent with a diagnosis of Complex PTSD.

These profiles are consistent with a population in need of protection and security. After all, the adolescents were under CPS because their security and development had been compromised and they had suffered severe sexual and other abuses. However,

many did not live in safe environments after more than three years on average of being in CPS. Indeed, 40% of the adolescents had reportedly suffered further sexual abuse after being taken in charge by CPS, which confirmed their need for continued protection. Other studies of sexually abused children in CPS also found relatively high rates (7% to 50%) of sexual revictimization (Bagley & LaChance, 2000; Faller, 1991; Lynn, Jacob, & Pierce, 1988; Messier, 1986). Furthermore, the intrusiveness of abuse and the greater and recent experience of family adversity were the factors most associated with recovery profiles, whereas time elapsed since last abuse appeared to be irrelevant. Moreover, it was surprising to note that only half of the adolescents had received therapy in the past year. These results are alarming and underscore the high need for intervention with these adolescents, many of whom remain unrecovered and unsafe even years after being identified by CPS.

On the other hand, half of the adolescents, those partially recovered in stage 2, showed areas of resilience in certain domains despite presenting with a clinically symptomatic profile. In this regard, these adolescents presented with almost three clinical symptoms on average as well as many self-destructive behaviors that warrant continued child protection attention and services.

These results attest to the MTRR's utility and capacity in assessing multiple domains affected by trauma in adolescents within an integrated concept of complex traumatic adaptation. It serves to examine not only symptoms, but areas of resilience as well. For example, in the two domains related to memory investigated in the present study, it was found that the adolescents showed strengths in a relatively intact recollection of their

lives, including their abuses, but had greater difficulty linking these abuses to present symptoms in a coherent manner. Using the MTRR interview and scale makes it easier to uncover survival abilities often hidden under dysfunctional behaviors.

This in turn can help focus therapy on strengths in order to foster positive adaptation within a broadened definition of resilience (Anderson, 1997). For example, high meaning making and high Integration of memory and affect were associated with disclosures of sexual abuse to a greater number of people. The simple fact of talking about abuse has long been considered a necessary step in the recovery process (DeYoung & Corbin, 1994; Trolley, 1995) and might well help these adolescents make sense of their feelings in light of their particular life story. What's more, adolescents who hold a more integrated and meaningful discourse about their abuses may be able to use this as a strength to obtain and maintain helping relationships with people they disclose to. This in turn can encourage them to further disclose and thus generate helpful transactions with their environment.

The models of recovery proposed by Herman (1992b) and Lebowitz et al. (1993) provide coherent guidance for determining the specific therapy needs of individuals according to their MTRR recovery profile. For example, as mentioned earlier, although the exploration of the integration of traumatic memories and emotions is a necessary endeavor, it is not recommended at certain moments of the recovery process (Briere, 1992; Chaffin, Bonner, Worley, & Lawson, 1996; Friedrich, 1996; Herman, 1992b; Lebowitz et al., 1993; Littrell, 1998). In her comprehensive review of research on the impact of emotional expression and of outcome studies of therapies designed to

enhance emotional experience, Littrell (1998) suggested that within clinical samples the unstructured expressing and experiencing of painful emotions could be harmful when there was no adaptive way of coping with them. The use of both the MTRR scale and the recovery model can help distinguish between those adolescents for whom disclosing and exploring abuse could be helpful and those for whom it could be unduly destabilizing. For example, before any exploratory work, Lebowitz et al. (1993) recommended that basic safety be established as evidenced by achievement of the “basic tasks laid out in stage One under Self-esteem and Attachment [...] some capacity to keep themselves safe, [...] to employ positive coping strategies, and [...] at least one safe attachment (which can be a therapist)” (p. 387).

In the present study, the adolescents who received therapy were those who fared worse in terms of recovery. At least two hypotheses can be proposed to explain this finding. Either adolescents with less resilient outcomes are more frequently referred for therapy or individual therapy has a detrimental impact on recovery and resilience. The results of prospective studies with similar populations in Quebec and the United States showed that children with multiple problems or children who were initially more depressed, received services from more professionals or were more often referred to psychotherapy than did children with fewer problems or fewer depressive symptoms (Messier, 1986; Oates, O'Toole, Lynch, Stern, & Cooney, 1994). Similar results were obtained in the present study upon further analysis of the data: The adolescents who received individual therapy in addition to regular services had a significantly greater number of clinical symptoms ($M = 3.0$, $SD = 1.5$) compared with the adolescents who

did not ($M = 1.6$, $SD = 1.2$; $t = -2.8$, $p < .01$). Other studies of the effectiveness of psychotherapy for sexually abused children and adolescents found that receiving more services was for some types of therapy associated with a deterioration over time (Tourigny, Péladeau, Doyon, & Bouchard, 1998). It would be interesting in future research to use the MTRR scale to verify the hypothesis to the effect that specific treatment modalities (uncovering traumatic memories, experiencing painful emotions) are linked to positive impact only if they are compatible with the individual's stage of recovery and degree of resilience.

Validity of the MTRR

As an exploratory endeavor, the study also sought to verify the construct validity of the MTRR. This scale is capable of detecting and describing a variety of recovery profiles even in a relatively homogenous population, which shows its sensitivity to varying degrees of trauma, recovery and resilience. The domains of functioning assessed with the MTRR seem to be relevant and applicable to an adolescent population with minimal adaptation. What's more, analyses confirmed the significantly greater across-domain variability of the second stage of recovery compared with the first and third, as per the definition of these stages by the authors of the instrument (Harvey et al., 2003).

Comparisons with symptom measures

The results of the correlations between the MTRR scales and the self-reported symptoms confirmed in large part the construct validity of the MTRR domains. More specifically, most of the theoretically expected relationships were statistically corroborated by analyses and many others tended towards significance. While the

MTRR can detect general and specific areas of maladaptive functioning associated with CSA that are assessed by traditional self-report measures, it can also detect key areas of unique importance that are not covered by these measures.

First, two of the three domains most expected to be related to symptom measures -- symptom mastery and self-esteem -- were correlated with half of the symptoms. This validates in part the MTRR domains. Affect tolerance and regulation tended to be related to more than half of the symptoms but reached significance only with internalized behavior problems.

Second, two of the three expected relationships between self-esteem, self-cohesion and safe attachment, respectively, and a specific symptom were confirmed. Self-esteem, which measures both the experience of self-regard (being worthy of care) and the capacity for self-care (the behavioral expression of self-regard), was appropriately the only scale associated with self-destructive behaviors. Safe attachment was negatively associated with self-reported interpersonal mistrust, with which it seems to share a similar construct. Although the correlation between Self-cohesion and dissociation only tended towards statistical significance, this relationship merits further inquiry with larger samples or measures more specific to the domain. Indeed, the symptom measures in this study are the ones most often used in CSA research, but more direct measures of affect regulation or attachment, for example, could shed light on the specific constructs of these MTRR domains.

Finally, no significant relationship emerged between authority over memory, integration of memory and affect and meaning making, respectively, and symptoms.

Although these are areas of functioning known to be impacted by traumatic exposure, they are exclusively assessed by the MTRR in this study. This specific contribution of the MTRR could provide guidance for future research into processes underlying resilient outcomes. For example, the inability to create adaptive meaning in the wake of trauma has already been associated with the presence of PTSD and Complex PTSD symptomatology (Newman, Riggs, & Roth, 1997). Further studies could explore the role of the process-oriented domain of meaning making in CSA survivors with varying severity of complex PTSD symptomatology and of abuse, perhaps as a mediator between abuse and trauma.

Comparisons with symptom correlates

Four of the six correlates included in the analyses were related to the MTRR scales, which gives an indication of the sensitivity of this measure of trauma impact to variations in severity of sexual abuse and family adversity as well as to level of disclosure and participation in therapy. Conversely, in the present study, the MTRR did not vary significantly with the normally protective factor of maternal support (Thériault, Cyr, & Wright, in press) or with time elapsed since last sexual abuse. This last result adds to the inconclusive results reported to date by other studies that have investigated this factor (Kendall-Tackett et al., 1993; Tebbutt, Swanston, Oates, & O'Toole, 1997).

In accordance with previous research results, the more resilient adolescents across domains were those who experienced less intrusive abuses and less adversity (Beitchman et al., 1991; Diaz, Simantov, & Rickert, 2002; Feiring, Taska, & Lewis,

1998; Fergusson et al., 1996; Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1997; Green et al., 1999; Kendall-Tackett et al., 1993; Ney et al., 1994; Ruggiero et al., 2000).

Although a very crude measure, the number of people disclosed to was interestingly linked to meaning making and to integration of memory and affect in a positive way, which suggests that disclosure might have a positive impact on these recovery domains. Study results have been inconsistent to this day regarding the impact of disclosure (Gomes-Schwartz et al., 1990; Himelein & McElrath, 1996). Future research could focus on a more refined measure of the “process” of disclosure to further elucidate this relationship.

Finally, participation in therapy was surprisingly negatively related to four MTRR scales. As this was a retrospective correlational design and there was no data on availability of services, those refused, those received prior to the year covered in this study, or the content and focus of therapy, this relationship could not be further elucidated. To better understand this link, further research needs to address these factors.

The present study described the trauma, recovery and resilience profiles of a group of female adolescent survivors of severe intrafamilial sexual abuse in CPS. Consequently, results can only be applied to this type of population, excluding adolescents presenting psychotic disorders. Among other limits affecting the validity of the results, it should be noted that the retrospective data and correlational analyses did not demonstrate causal links and that the small sample size limited the statistical power. In this regard, whereas certain key correlations only tended towards significance, a greater number of adolescents might have confirmed these tendencies. In addition, the fact that this

population was specific and homogenous precluded the finding of significant relationships on account of the restricted variability in CSA characteristics and severity of symptoms. Finally, the MTRR had to be adapted for use with this age group and further adaptation would be needed for younger populations of school-age children.

This notwithstanding, aside from showing its clinical utility in assessing multiple domains of functioning in a sensitive and integrated manner, the MTRR also proved to be an interesting research tool for studying concepts like Complex PTSD, resilience and recovery, as well as processes at play when severely sexually traumatized individuals manage resilient outcomes. This study also confirmed that complex traumatic outcomes were present early on in the lives of adolescents. Because of its uniqueness, the MTRR scale could prove very useful in determining survivors' needs, especially in the context of child protection, and in monitoring changes in recovery over time.

References

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*.
Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Anderson, K. M. (1997). Uncovering survival abilities in children who have been sexually abused. *Families in Society, 78*, 592-599.
- Bagley, C., & LaChance, M. (2000). Evaluation of a family-based programme for the treatment of child sexual abuse. *Child & Family Social Work, 5*, 205-213.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., & Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 15*, 537-556.
- Boney-McCoy, S., & Finkelhor, D. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1406-1416.
- Brand, E., King, C. A., Olson, E., Ghaziuddin, N., & Naylor, M. (1996). Depressed adolescents with a history of sexual abuse: Diagnostic comorbidity and suicidality. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*, 34-41.
- Briere, J. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*.
Newbury Park, CA: Sage.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) : Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. N., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual

- abuse. *The Future of Children*, 4, 54-69.
- Chaffin, M. (1992). Factors associated with treatment completion and progress among intrafamilial sexual abusers. *Child Abuse & Neglect*, 16, 251-264.
- Chaffin, M., Bonner, B. L., Worley, K. B., & Lawson, L. (1996). Treating Abused Adolescents. In J. Briere, L. Berliner, J. A. Bulkley, C. Jenny & T. Reid (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (pp. 119-139). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cinq-Mars, C., & Wright, J. (1997). *French translation of the "Self-destructive behaviors inventory"* (Unpublished manuscript). Montreal: Psychology Department, Université de Montréal.
- Daigneault, I. (1998). *French translation of the Multidimensional Trauma Recovery and Resiliency Interview and Scale* (Unpublished manuscript). Montreal: Psychology Department, Université de Montréal.
- Daigneault, I., Cyr, M., & Tourigny, M. (1998). *French translation of the Children's Attitude and Perception Scale* (Unpublished manuscript). Montreal: Psychology department, Université de Montréal.
- deYoung, M., & Corbin, B. A. (1994). Helping early adolescents tell: A guided exercise for trauma-focused sexual abuse treatment groups. *Child Welfare*, 73, 141-154.
- Diaz, A., Simantov, E., & Rickert, V. I. (2002). Effect of abuse on health - Results of a national survey. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, 811-817.
- Drapeau, S. (1989). *Réseau de soutien et ajustement des filles et des garçons de familles intactes et séparées*. Unpublished Dissertation in Psychology, Université du Québec à Montréal.

- Dufour, M. H., Nadeau, L., & Bertrand, K. (2000). Factors in the resilience of victims of sexual abuse: An update. *Child Abuse & Neglect, 24*, 781-797.
- Faller, K. C. (1991). What happens to sexually abused children identified by child protective services? *Children & Youth Services Review, 13*, 101-111.
- Feiring, C., Taska, L. S., & Lewis, M. (1998). Social support and children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 13*, 240-260.
- Feiring, C., Taska, S., & Lewis, M. (1999). Age and gender differences in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 23*, 115-128.
- Fergusson, D. M., Horwood, J. L., & Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*, 1365-1374.
- Fergusson, D. M., Horwood, J. L., & Lynskey, M. T. (1997). Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect, 21*, 789-803.
- Finkelhor, D., & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children : A review and recommendations. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*, 1408-1423.
- Friedrich, W. N. (1996). An integrated model of psychotherapy for abused children. In J. Briere, L. Berliner, J. A. Bulkley, C. Jenny & T. Reid (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (pp. 104-118). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Gomes-Schwartz, B., Horowitz, J. M., & Cardarelli, A. P. (1990). *Child Sexual Abuse: The Initial Effects*. London: Sage.
- Gore, S., & Eckenrode, J. (1994). Context and process in research on risk and resilience. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents* (pp. 19-63). Cambridge: Cambridge University Press.
- Green, S. M., Russo, M. F., Navratil, J. L., & Loeber, R. (1999). Sexual and physical abuse among adolescent girls with disruptive behavior problems. *Journal of Child & Family Studies, 8*, 151-168.
- Grilo, C. M., Sanislow, C., Fehon, D. C., Martino, S., & McGlashan, T. H. (1999). Psychological and behavioral functioning in adolescent psychiatric inpatients who report histories of childhood abuse. *American Journal of Psychiatry, 156*, 538-543.
- Hall, D. K. (1999). "Complex" posttraumatic stress disorder/disorders of extreme stress (CP/DES) in sexually abused children: An exploratory study. *Journal of Child Sexual Abuse, 8*, 51-71.
- Harvey, M. R., Liang, B., Harney, P. A., Koenen, K., Tummala-Narra, P., & Lebowitz, L. (2003). A multidimensional approach to the assessment of trauma impact, recovery and resiliency. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 6*, 87-109.
- Harvey, M. R., Westen, D., Lebowitz, L., Saunders, E., Avi-Yonah, O., & Harney, P. A. (1994). *Multidimensional Trauma Recovery and Resiliency Interview*. Cambridge, MA: The Cambridge Hospital Victims of Violence Program.
- Harvey, M. R., Westen, D., Lebowitz, L., Saunders, E., & Harney, P. A. (1998).

- Multidimensional Trauma Recovery and Resiliency Scale: 1998-1999 Clinical Rating Form with Handscoring Instructions* (Unpublished manuscript). Cambridge, Mass.: The Cambridge Hospital Victims of Violence Program.
- Herman, J. L. (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 377-391.
- Herman, J. L. (1992b). *Trauma and Recovery*. New-York: Basic Books.
- Himelein, M. J., & McElrath, J. A. V. (1996). Resilient child sexual abuse survivors : cognitive coping and illusion. *Child Abuse & Neglect, 20*, 747-758.
- Jouvin, É., Cyr, M., Thériault, C., & Wright, J. (2001). *Study on the psychometric qualities of the French version of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C)*. Montreal: Psychology Department, Université de Montréal.
- Jumper, S. A. (1995). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child Abuse & Neglect, 19*, 715-728.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*, 164-180.
- Lebowitz, L., Harvey, M. R., & Herman, J. L. (1993). A stage-by-dimension model of recovery from sexual trauma. *Journal of Interpersonal Violence, 8*, 378-391.
- Littrell, J. (1998). Is the reexperience of painful emotion therapeutic? *Clinical Psychology Review, 18*, 71-102.
- Luthar, S. S. (1993). Annotation: Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 34*, 441-453.

- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development & Psychopathology, 12*, 857-885.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*, 543-562.
- Lynn, M., Jacob, N., & Pierce, L. (1988). Child sexual abuse: A follow-up study of reports to a protective service hotline. *Children & Youth Services Review, 10*, 151-165.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Berman, S. R. (1994). The Children's Attributions and Perceptions Scale: A new measure of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Child Psychology, 23*, 204-211.
- Messier, C. (1986). *Le traitement des cas d'inceste père-fille: une pratique difficile*. Québec: Ministère de la Justice.
- Morrow, K. B. (1991). Attributions of female adolescent incest victims regarding their molestation. *Child Abuse & Neglect, 15*, 477-483.
- Naar-King, S., Silvern, L., Ryan, V., & Sebring, D. (2002). Type and severity of abuse as predictors of psychiatric symptoms in adolescence. *Journal of Family Violence, 17*, 133-149.
- Newman, E., Riggs, D. S., & Roth, S. (1997). Thematic resolution, PTSD, and complex PTSD: The relationship between meaning and trauma-related diagnoses. *Journal of Traumatic Stress, 10*, 197-213.
- Ney, P. G., Fung, T., & Wickett, A. R. (1994). The worst combination of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect, 18*, 705-714.

- Oates, R. K., O'Toole, B. I., Lynch, D. L., Stern, A., & Cooney, G. (1994). Stability and change in outcomes for sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 945-953.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress, 10*, 3-16.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV field trials for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 10*, 539-555.
- Ruggiero, K. J., McLeer, S. V., & Dixon, F. J. (2000). Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse & Neglect, 24*, 951-964.
- Sadowsky, C. M. (1995). *Self-Injurious Behaviors Questionnaire*. Unpublished manuscript. Available from the author - Mayo Clinic, Rochester, MN.
- Sandler, I., Wolchik, S., & Braver, S. (1984). Social Support and Children of Divorce. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), *Social Support: Theory, Research & Application*. Netherlands: The Hague.
- Shapiro, D. L., & Levendosky, A. A. (1999). Adolescent survivors of childhood sexual abuse: the mediating role of attachment style and coping in psychological and interpersonal functioning. *Child Abuse & Neglect, 23*, 1175-1191.
- Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse &*

- Neglect*, 20, 709-723.
- Spaccarelli, S., & Fuchs, C. (1997). Variability in symptom expression among sexually abused girls: developing multivariate models. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 24-35.
- Spaccarelli, S., & Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1171-1182.
- Sroufe, A. L. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development & Psychopathology*, 9, 251-268.
- Tebbutt, J., Swanston, H., Oates, R. K., & O'Toole, B. I. (1997). Five years after child sexual abuse: Persisting dysfunction and problems of prediction. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 330-339.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas : An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (1995). *Past history of sexual abuse: Translation and adaptation from the "Incest History Questionnaire" and the "Parental Reaction to Disclosure Scale"* (Unpublished manuscript). Montreal: PRIMASE, Université de Montréal.
- Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (1996). *Questionnaire on events from childhood and adolescence* (Unpublished manuscript). Montreal: Department of psychology, Université de Montréal.
- Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (1997). Soutien maternel aux enfants victimes d'abus sexuel : Conceptualisation, effets et facteurs associés. *Revue Québécoise de*

Psychologie, 18, 147-167.

Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (in press). Facteurs contextuels associés aux symptômes d'adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale. *Child Abuse & Neglect*.

Tourigny, M. (1997). Efficacité des interventions pour enfants abusés sexuellement : une recension des écrits. *Revue Canadienne de Psycho-Éducation, 26, 39-69.*

Tourigny, M., Péladeau, N., Doyon, M., & Bouchard, C. (1998). Efficacité d'un programme de traitement pour enfants abusés sexuellement. *Child Abuse & Neglect, 22, 25-43.*

Tremblay, C., Hébert, M., & Piché, C. (2000). Type I and type II posttraumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse, 9, 65-90.*

Trolley, B. C. (1995). Group issues and activities for female teen survivor of sexual abuse. *Child and Adolescent Social Work Journal, 12, 101-119.*

van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, & society* (pp. 182-213). New York, NY, US: The Guilford Press.

van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A. C., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry, 153, 83-93.*

WHO. (1992). *The International Statistical Classification of Diseases and Related*

Health Problems (10th ed.). Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Wolfe, V. V., & Birt, J. A. (1995). The psychological sequelae of child sexual abuse.

Advances in Clinical Child Psychology, 17, 233-263.

Wright, J., & Sabourin, S. (1996). *French translation of the "Trauma symptom checklist*

for children". Montreal: Department of psychology, Université de Montréal.

Zlotnick, C., Mattia, J., & Zimmerman, M. (2001). Clinical features of survivors of

sexual abuse with major depression. *Child Abuse & Neglect*, 25, 357-367.

Table 1

Mean MTRR scale scores and proportion of adolescents across recovery stages according to individual scale scores (N = 30)

MTRR Scales	Mean	SD	Min - Max	Range	%Stage 1	%Stage 2	%Stage 3
Authority over memory	3.1	.56	1.9 – 4.3	2.4	17	70	13
Integration of memory and affect	2.7	.74	1.2 – 4.2	3.0	50	33	17
Affect tolerance and regulation	2.9	.68	1.7 – 4.3	2.6	13	56	31
Symptom mastery	3.1	.53	2.2 – 4.0	1.8	6	63	31
Self-esteem	3.5	.81	1.9 – 5.0	3.1	13	33	53
Self-cohesion	3.3	.95	1.5 – 4.9	3.4	23	30	47
Safe attachment	3.1	.63	1.7 – 4.0	2.2	20	47	33
Meaning making	2.5	.63	1.8 – 4.3	2.5	60	30	10
Resilience	2.8	.65	2.0 – 4.4	2.5	37	53	10

Stage 1 = 2.4 and under; Stage 2 >2.4 and <3.6; Stage 3 = 3.6 and above

Table 2

Correlations between the nine MTRR scales and the 12 self-report symptom measures (N = 30)

Self-report measures	Authority over memory	Integration memory affect	Affect tolerance- regulation	Symptom mastery	Self- esteem	Self- cohesion	Safe attachment	Meaning making	Resilience
Anxiety	-.15	.16	-.25	-.35	-.40	-.24	-.26	-.16	-.26
Depression	-.14	.06	-.35	-.47	-.64**	-.44	-.33	-.24	-.37
PTSD	-.26	.00	-.37	-.48*	-.41	-.18	-.31	-.27	-.40
Sexual preoccupations	-.24	-.19	-.45	-.50*	-.47*	-.26	-.40	-.37	-.48*
Dissociation	-.30	-.24	-.33	-.37	-.42	-.38	-.41	-.19	-.33
Anger	-.23	.02	-.41	-.53*	-.39	-.31	-.44	-.41	-.47*
Internalized	-.27	-.01	-.53*	-.62**	-.65**	-.46*	-.45	-.27	-.38
Externalized	-.23	.06	-.45	-.50*	-.27	-.19	-.34	-.26	-.32
Self-destructive behaviors	-.01	.05	-.33	-.19	-.49*	-.33	-.19	-.06	-.12
Stigmatization	.16	.36	-.02	-.05	-.10	-.00	-.19	-.14	-.07
Interpersonal mistrust	.13	-.02	-.43	-.39	-.50*	-.29	-.63**	-.12	-.36

* $p < .01$ ** $p < .001$

Table 3

Correlations between the nine MTRR scales and six symptom correlates (N = 30)

	Authority over memory	Integratio n memory affect	Affect tolerance- regulation	Symptom mastery	Self- esteem	Self- cohesion	Safe attachment	Meaning making	Resilience
Penetration	-.53*	-.35	-.38	-.53*	-.43	-.50*	-.54*	-.57**	-.58**
Time since end	.03	-.07	.18	.07	.33	.26	-.04	.30	.18
Adversity/ last year	-.32	-.13	-.32	-.49*	-.25	-.06	-.47*	-.12	-.31
Emotional support ¹	.29	.39	.14	.18	.24	.25	.30	.39	.37
Number of disclosures	.36	.64**	.19	.29	.21	.24	.15	.55*	.48*
Therapy/ last year	-.43	-.31	-.54*	-.51*	-.36	-.40	-.58**	-.34	-.48*

¹ One missing value (n = 29) *p < .01 **p < .001

Article 3

Exploration of recovery trajectories and associated factors in sexually abused
adolescents

Running head: FOLLOW-UP OF SEXUALLY ABUSED ADOLESCENTS

Exploration of recovery trajectories and associated factors in sexually abused
adolescents

Isabelle Daigneault

Mireille Cyr and Marc Tourigny

Isabelle Daigneault, M.Ps., is a clinical psychologist and PhD candidate at the Université de Montréal. Mireille Cyr, PhD, is a full professor at the Psychology Department of the Université de Montréal. Marc Tourigny, PhD, is an adjunct professor at the Education Faculty of the Université de Sherbrooke. The three authors are members of the Research and Intervention Partnership in the Field of Child Sexual Abuse (PRIMASE).

This paper is part of the first author's doctoral dissertation. The authors wish to acknowledge financial support from the Quebec council for social research (CQRS) and the Research institute for youth social development (IRDS) as doctoral Fellowships to the first Author as well as financial support from PRIMASE.

Abstract

This study documents recovery and symptom changes in a one-year follow-up of sexually abused adolescent girls in child protection services (CPS). Participants answered questions regarding life history from the Multidimensional Trauma Recovery and Resiliency (MTRR) interview as well as questionnaires regarding symptoms, forms of maltreatment and services. Participants were initially aged between 13 and 17 years ($M = 15,2$ years) and have experienced severe sexual abuses. Analyses showed statistically significant changes towards greater recovery and less symptomatology. Although the majority of adolescents seem to be more resilient/recovered at follow-up an important number are in the first two stages of recovery (largely unrecovered and partially recovered) and a minority show more symptoms and less resilience. No factor was significantly related to change. The discussion addresses the usefulness of the resilience measure in child sexual abuse (CSA) cases.

Key words: child sexual abuse, adolescence, recovery, resilience, child protective services

Exploration of recovery trajectories and associated factors in sexually abused
adolescents

Child protective services' (CPS) involvement in cases of child sexual abuse consists in the application of legal or voluntary measures designed to protect the child from further abuse. Psychosocial services supervise the different protection measures and the continued security and development of the adolescent or child and, when necessary, psycho-educational and therapeutic services are offered. Today, CPS workers have the difficult task to deal with the most serious cases of behavior problems in sexually abused adolescents and/or adolescents whom nobody in the family or environment is able to protect from sexual abuse or to assure their psychosocial development.

Sexually abused adolescents and children constitute a very heterogeneous group with many degrees of abuse (Putnam, 2003) and sexual abuse alone cannot determine the particular recovery trajectories of these adolescents. Because of the diversity in sexually abused populations' profiles, their security and development are at different levels when they first receive protective services, as well, their service needs may vary and evolve quite differently from case to case. Consequently, CPS workers should take into account maladaptation as well as potential for adaptation and factors that are related to these outcomes when planning interventions with sexually abused adolescents.

In that context, resilience has not been given the needed attention. Because of its focus on factors and underlying mechanisms that modify the effects of maltreatment and

abuse to foster adaptive outcomes, resilience is thought to be an important research avenue with the potential for guiding interventions and social policy (Luthar & Cicchetti, 2000). Moreover, it offers a “health” or strengths based approach to treatment which the medical “disease” model lacks (Anderson, 1997). This study first aims to document changes over a year in symptoms and resilience of adolescents in CPS. Secondly, the relationship between these changes and events occurring during CPS involvement (sexual re-abuse, maltreatment and services) will be explored in order to gain a better understanding of factors related to survivor trajectories.

Mental health profiles

Specific manifestations of sexual trauma in adolescent survivors of childhood sexual abuse (CSA) are numerous and encompass a wide range of psychological disturbances. More specifically, studies that have focused on adolescents have revealed elevated symptoms of depression, anxiety, post-traumatic stress disorder (PTSD), low self-esteem, somatization, psychosis, behavior problems, self-destructive behaviors (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta, & Akman, 1991; Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993), running away, truancy, substance abuse, promiscuity and prostitution (Beitchman et al., 1991), personality disturbances (Grilo, Sanislow, Fehon, Martino, & McGlashan, 1999), and complex forms of post-traumatic stress disorder (Roth, Newman, Pelcovitz, van der Kolk, & Mandel, 1997). Yet, with all these possible symptom presentations, approximately one third of children and adolescents show no

measurable symptoms (Kendall-Tackett et al., 1993). Many hypotheses have been proposed to explain this apparent absence of CSA impact in certain children: possible symptomatic presentations are not well assessed or not assessed at all, less severe abuses are less traumatic, symptoms are latent and will emerge at later developmental stages or children are resilient (Fergusson, Horwood, & Lynskey, 1996; Kendall-Tackett et al., 1993).

Considering these varied results, researchers and clinicians have begun to underscore the importance of studying adaptive outcomes or resilience as well as symptoms (Gore & Eckenrode, 1994; Luthar & Cicchetti, 2000). There is indeed an increasing interest in the concept of resilience with recent studies shifting their focus towards studying positive outcomes in varied populations of, for example, disadvantaged, homeless or maltreated children (Cicchetti, Rogosch, Lynch, & Holt, 1993; Garnezy, 1993; Rew, Taylor-Seehafer, Thomas, & Yockey, 2001). Different factors are associated with resilience in these specific adolescent populations such as ego-control, self-esteem, life-threatening behaviors or connectedness. However, despite the large and growing amount of research on the specific impact of childhood sexual abuse in adolescent populations, many efforts to date have been centered on describing symptoms and related factors and few studies have documented resilience or adaptive functioning (for an exception see Spaccarelli & Kim, 1995).

Recovery

Longitudinal studies of symptoms in sexually abused children have found that they significantly abate over time (Bolger & Patterson, 2001; Kendall-Tackett et al., 1993; Oates, O'Toole, Lynch, Stern, & Cooney, 1994). However, despite general improvement in symptomatology, high percentages of these children continue to show clinical symptoms at various assessment points during their childhood and adolescence (Cohen, Brown, & Smailes, 2001; Leifer & Shapiro, 1995; Oates et al., 1994). Furthermore, between 10% and 33% of sexually abused children show more symptoms over time that become increasingly complex and persist for many years (Briere & Elliott, 1994; Dembo et al., 1992; Rorty & Yager, 1996; van der Kolk, Perry, & Herman, 1991), including some children who were asymptomatic at the initial assessment (Kendall-Tackett et al., 1993; Oates et al., 1994). To explain the increase of symptoms found in many studies, Downs (1993) proposes that when the impact of the trauma is not resolved, the dynamics resulting from CSA may affect later development causing a "progressive accumulation" of symptoms as children mature. These findings underscore the importance not only of protecting children from further abuses, but also of treating CSA impact in the hope of limiting the accumulation of detrimental impact; two goals that are part of CPS' mandate.

Related factors

Both these trajectories, abatement and deterioration of symptoms, have been related

to participation in psychotherapy. Therapy is one of the factors often found to be generally more effective than the simple passage of time for reducing psychological problems in children and adolescents (Kazdin, 1994). Results of studies on the effects of specialized sexual abuse therapeutic interventions show that individual and group therapy are effective for diminishing a range of treatment-related symptoms, particularly behavior problems (Berliner & Kolko, 2000; Finkelhor & Berliner, 1995; Tourigny, 1997). Alternatively, a sizable number of participants (up to 60%) of these abuse-specific treatments see aspects of their psychological functioning deteriorate. Indeed, some symptoms seem more resistant to therapeutic change (Finkelhor & Berliner, 1995; Kendall-Tackett et al., 1993; Oates et al., 1994; O'Donohue, 1992), such as aggression or social withdrawal (Tourigny, 1997).

Abuse-specific therapy within CPS was also found to be efficient (Sinclair et al., 1995), even more efficient than naturally occurring services (Bagley & LaChance, 2000). However, even in these specific interventions, 15% of participants are known to be reabused and some detrimental impact is observed after the therapeutic process (Bagley & LaChance, 2000; Tourigny, Péladeau, & Doyon, 1993). Unfortunately, specialized services are not offered or received by the majority of sexual abuse cases within child protective agencies (Bagley & LaChance, 2000; Messier & Champlain, 1984). Consequently to the paucity of abuse specific services in CPS, studies have tended to document child protective services as they naturally occur. Results of these

studies show that sexually abused children receive few protection services in general (Levine, Doueck, Freeman, & Compaan, 1998) and also few psychotherapeutic services (between 12% and 38% receive individual therapy - Kolko, Seleyo, & Brown, 1999; Lynn, Jacob, & Pierce, 1988; Messier & Champlain, 1984).

Other factors, such as physical abuse, have been related to poorer outcomes in sexually abused populations (Diaz, Simantov, & Rickert, 2002; Green, Russo, Navratil, & Loeber, 1999; Naar-King, Silvern, Ryan, & Sebring, 2002; Ruggiero, McLeer, & Dixon, 2000). According to McGee, Wolfe and Wilson (1997), 94% of adolescents in child protective agencies have experienced more than one type of abuse and studies of sexually abused adolescents show that between 28% and 84% of them have also experienced physical abuse within their family (Green et al., 1999; Hart, Mader, Griffith, & deMendonca, 1989; Kisiel & Lyons, 2001; Silverman, Reinherz, & Giaconia, 1996). Furthermore, between 7% and 50% of children are known to be further sexually abused while under child protective services, which can affect the course of recovery for both children who receive treatment and those who do not (Bagley & LaChance, 2000; Daigneault, Tourigny, & Cyr, 1999; Faller, 1991; Lynn et al., 1988; Messier, 1986). However, to our knowledge, no study has looked at the psychological impact of being further sexually victimized or maltreated while under CPS.

In addition to studying resilience, other recommendations were made to improve our understanding of CSA impact. One is to follow the development of symptoms and

recovery in the context of naturally occurring treatments (Beutler, 1993), another is to study more specific age groups such as adolescents (Kendall-Tackett et al., 1993). To our knowledge, no study has documented symptoms and resilience in sexually abused adolescents while relating these changes to naturally occurring child protective services. The current exploratory study aims to describe resilience and symptom changes of adolescents in child protective services over a one-year period as well as services and maltreatment occurring during that time. Another aim is to explore the relationship between these services and maltreatment, respectively, and the changes observed in symptoms and resilience.

Method

Procedures

A total of 16 French-speaking Canadian female adolescents aged between 13 and 17 years in Montreal's Youth Center for confirmed sexual abuse were interviewed for this study. The cases represented 53% of the 30 adolescents who were recruited from active cases and seen in the first phase of the present study (see Daigneault, Cyr, & Tourigny, in press, for a detailed description of selection procedures). The first author contacted adolescents who accepted to participate to inform them about the duration and content of the interview and to schedule a first meeting. Adolescents were interviewed either at their place of residence, at the Université de Montréal or in Montreal's Youth Centers, according to their preference. They all gave informed consent as well as a legal guardian

if the adolescent was less than 14 years old. Adolescents were advised that they could terminate the interview at any time if they wanted without any consequence regarding the services they received from the protection agency. In addition, a trained research assistant screened adolescents' CPS files to score sexual abuse characteristics and sociodemographic variables.

Twenty-nine of the 30 (97%) accepted to be contacted a year later to continue the research with a second similar interview and gave their address and telephone number as well as those of a close friend or family member who could be contacted in case they moved. In order to maintain contact during the one-year interval, the 29 adolescents who accepted to be contacted for the follow-up received birthday cards and Christmas cards. Thirteen adolescents who had accepted to be re-interviewed did not participate in the follow-up. Of these, five refused (17%) to participate, one ran away and was unreachable and seven had moved, changed phone numbers and were unreachable even with their contact information.

No significant difference was found between participants and non-participants in the MTRR domains or the symptoms assessed, in services received, characteristics of abuse or sociodemographic variables at a significance level below .01.

Measures

All measures described have been used at Time 1 and 2, except for the CSA characteristics that were described from CPS files at Time 1 only. At the time 2 follow-

up interview, adolescent were asked if they experienced further sexual abuse, but were not requested to describe these incidents in detail.

Multidimensional trauma, recovery and resilience.

The Multidimensional Trauma Recovery and Resiliency (MTRR) interview (MTRR - Harvey et al., 1994) is a semi-structured instrument for eliciting information from subjects regarding psychological functioning in eight domains of trauma and recovery. The data is later scored by a clinician using the MTRR scale (Harvey, Westen, Lebowitz, Saunders, & Harney, 1998). The domains in question are the following: authority over memory, integration of memory and affect, affect tolerance and regulation, symptom mastery, self-esteem, self-cohesion, safe attachment, and meaning making (for a detailed description see: Harvey et al., 2003; Lebowitz, Harvey, & Herman, 1993). The 99 items composing the eight domains of the MTRR scale are rated on a 5-point Likert scale ranging from 1 ("Not at all descriptive") to 5 ("Highly descriptive"). An average score is computed for each domain and for a global resilience scale composed of 23 items of positive functioning selected from across the eight domains, hereby referred to as "resilience". Higher scores are associated with more adaptive functioning or resilience and less symptomatology. The interview and the scale were translated into French and adapted for an adolescent population (Daigneault, 1998).

Although the MTRR scale had never been used with an adolescent population before, a study yet to be published with adult survivors of traumatic events, including

CSA, yielded strong indications of the scale's consistency, validity and reliability.

Harvey et al. (2003) demonstrated that the inter-rater reliability for the instrument was reasonable with both clinical and research samples (Pearson product-moment correlations between .48 and .89). In the present study, a second psychologist scored 30% of all the taped interviews. All the scales except integration of memory and affect ($r = .39; p < .10$) obtained significant intraclass correlation coefficients. These ranged from .48 (Self-esteem) to .81 (Meaning making), with more than half of the domains above .70.

The MTRR is based on a three-stage model of recovery from interpersonal trauma. The first stage is characterized by the establishment of personal safety, the second by remembrance, integration and mourning, and the third by reconnection with others (Herman, 1992). This model of recovery and the process by which a survivor progresses from one stage to another in the eight domains examined has been described in greater detail elsewhere (Herman, 1992; Lebowitz et al., 1993). With respect to the MTRR scale, the first stage is characterized by consistently low scores in most domains the third stage by consistently high scores in most domains, and the second one by greater variability across domains and average scores falling in between those for the first and third stages (Harvey et al., 2003). In the present study, for all the domains and for the global resilience scale, the cutoffs for the three stages were set at one standard deviation from the mean total score for the 99 items of the MTRR ($M = 3.0, SD = 0.5$). Thus, the

cutoffs were at 2.5 and 3.5. Adolescents in stage 1 are described as “largely unrecovered”, those in stage 2 as “partially recovered” and those in stage 3 as “largely recovered”.

Self-reported symptom measures.

All self-report measures were used in a structured interview format and adolescents answered questions asked by the interviewer. Psychological symptoms of depression, anxiety, sexual preoccupations, post-traumatic stress, dissociation and anger were assessed using the Trauma Symptoms Checklist for Children or TSCC (Briere, 1996; French version Wright & Sabourin, 1996), a 54-item questionnaire that serves to assess the degree of distress associated with traumatic events in children 8 to 17 years of age. Clinical norms from American populations were used in this study (Briere, 1996). The factorial structure and internal consistency of the French-language translation of the instrument have been shown to be comparable to those of the original version with alphas of .70 to .84 (Jouvin, Cyr, Thériault, & Wright, 2001).

Internalized (withdrawal, somatization, depression and anxiety) and externalized (delinquency and aggression) behavior problems were assessed using the Youth Self-Report and Profile or YSR (Achenbach, 1991), which comprises 112 items rated on a Likert scale. A *T* score of 64 and up (90th percentile) indicates the presence of clinical problems (Achenbach, 1991).

Factors associated with symptom and recovery changes.

Sexual abuse characteristics – physical contact, penetration, frequency (at least once a week), duration, age at onset, time elapsed since last abuse, relationship with principal perpetrator and total number of perpetrators – as well as *services*, namely the time since the case has been opened and if the case has been closed during the one-year interval were documented on the basis of information contained in the adolescents' CPS files. Adolescents have also reported all professional services they have received in the past year and the number of sessions with these professionals.

Eight family adversity events – verbal and physical violence towards adolescents, verbal and physical marital violence, violence between siblings, parents' alcohol problems, incarceration of an immediate family member and abandonment of the adolescent by a parent – were self-reported by adolescents using a questionnaire of events occurring in childhood and adolescence (Thériault, Cyr, & Wright, 1996). The eight events were combined to yield two scores: global occurrence of lifetime adversity ($\alpha = .67$) and global occurrence of adversity in the past year ($\alpha = .63$).

Participant characteristics across variables at Time 1

Participant characteristics documented at Time 1 are presented in Table 1. Adolescents were 15 years old on average, the majority was placed outside of their home while only two still lived with a biological parent and a significant proportion was from Haitian origin.

Almost half of them had more than one report to CPS, including physical abuse and negligence, while 38% was sexually abused while under child protective services or already known to them from previous reports. Sexual abuses were all intrafamilial, fathers being the principal perpetrators in the majority of cases. Although principal perpetrators were all family members, two adolescents were also abused by non-family members. On average, these adolescents' sexual abuses were severe, chronic and frequent with more than one perpetrator and an early onset in childhood lasting through to early adolescence. The last sexual abuse incident occurred more than three and a half years before the study and adolescents have been in CPS for more than three and a half years.

In addition to severe sexual abuses, adolescents reported many lifetime adversity events. Forty-four percent reported experiencing both physical and verbal violence within their family and only two did not experience either types of violence (13%). According to adolescents, 1.2 ($SD = 1.3$) of those lifetime adversity events still occurred in the year before the study.

Insert Table 1.

Events and services occurring between Time 1 and Time 2

These events are also reported in Table 1. At the follow-up interview, three

adolescents reported being sexually abused by different perpetrators (boyfriend, acquaintance and stranger) since the first interview. They also reported an average of almost two events on the adversity scale during that period. Verbal violence is the most frequently reported event, both towards them and between parents, as well as alcohol problems of a parent.

Five adolescents stopped receiving services from the child protective agency. A third of the adolescents have not seen the caseworker assigned to their case during that year, while very few have seen a psychologist in individual therapy and more than half has seen an educational therapist. Adolescents reported a total average of almost three sessions a month with these three different professionals combined, while two adolescents reported zero sessions during the past year (their cases were closed soon after T1).

Analyses

T-tests were done on all scales of the MTRR, the TSCC and the YSR to see if scores at T2 significantly differed from those at T1. In addition, a change score was computed for every scale of the MTRR, TSCC and YSR by subtracting T1 scores from T2 scores (T2-T1). Positive change scores on the MTRR represent improvements in recovery and resilience while positive change scores on symptom scales represent an increase in symptomatology. Correlational analyses comparing services (total number of sessions with three professionals, case was closed), sexual abuse and adversity endured in the

past year, respectively, with MTRR, TSCC and YSR scales' change scores, respectively, were done to assess these four factors' relationships to change. Because of the very low number of participants, the high number of analyses and the exploratory nature of this study, a significance level of $p < .01$ was used instead of a Bonferonni correction.

Results

Description of recovery changes and symptom changes over a year

Results of the paired t-tests in Table 2 showed a general pattern of recovery on the MTRR scales and of lower symptomatology on the TSCC and YSR. In fact, all MTRR scale scores were on average higher at T2 than they were at T1, indicating a general improvement in recovery. Test results showed significant improvements on five of the nine MTRR scales. At follow-up, adolescents thus generally showed a significantly better integration of their memories and affects, a higher self-esteem and better self-caring abilities, safer attachment relationships, they gave more meaning to their lives in general including meaning about their abuses, and finally, they showed more resilience than they initially did. Furthermore, adolescents had on average lower scores on all symptom scales at follow-up indicating a general reduction of problems. Test results showed significant improvements on three of the eight symptom scales. Adolescents thus generally showed fewer symptoms of depression, PTSD and anger at follow-up than they initially did. In addition, a score of the average number of each adolescent's clinical symptoms on the TSCC and the YSR was computed and it's mean was also significantly lower at T2 than at T1, changing from an average of 4,0 ($SD = 2.7$) to an average of 2.2 clinical symptoms ($SD = 1.9$; $t = 3.1$, $p = .01$).

Authority over memory, self-cohesion and sexual preoccupations showed neither significant improvements, nor tendencies towards improvement. Although the majority

of adolescents were largely recovered in these two MTRR domains, 44% of them showed clinical sexual preoccupations at T2. Moreover, at follow-up, considering any one of the MTRR scales, between zero and four adolescents were largely unrecovered and between 4 and 10 adolescents (25% to 63%) were only partially recovered. What is more, depending on the symptom scale, between zero and seven adolescents were symptomatic at follow-up.

Insert Table 2.

Although in general adolescents seemed to improve in many domains and symptoms, when looking at individual score changes, on the resilience scale for example, results show that not all of them did (see Figure 1). Indeed, while, seven have improved, changing from stage 1 to stage 2 ($n = 5$) or from stage 2 to stage 3 ($n = 2$), eight adolescents have not improved in their stage of recovery on the resilience scale during the study and one adolescent has deteriorated and moved down from stage 2 to stage 1.

Insert Figure 1.

The same results occurred when looking at individual changes in other MTRR scales and symptom measures (see Table 2). Using stages of recovery cut-points for MTRR

scales, results show that although more adolescents improved in each domain (25% to 56%), between 0% and 19% of them deteriorated. Similar results were observed for symptom scores using clinical norms as cut-points. Results show that even though more adolescents reported symptom improvements from a clinical level to a normal level on all symptom measures (6% to 31%), between 0% and 13% of them showed a deterioration in symptoms from a normal level to a clinical level. Finally, although four adolescents who initially had at least one symptom became asymptomatic at follow-up, two of the three initially asymptomatic adolescents on the TSCC and the YSR developed one clinical symptom each at follow-up.

Factors related to MTRR and symptom changes

Results of correlations between MTRR, TSCC and YSR score changes, respectively, and related factors (case was closed in CPS, number of sessions with three professionals, sexual abuse and adversity during the study) showed some relatively high relationships (above .50, see Table 3.). However, using a p value of .01, no significant correlations emerged. Thus, having or not an active file in CPS during the study, the intensity of services (number of sessions with three professionals), being sexually abused between T1 and T2 or the adversity experienced between T1 and T2 were not related to recovery and symptom changes. Significant changes measured over a year with the MTRR scales and the symptom measures thus seem to be equally unrelated to the factors studied.

Insert Table 3.

Discussion

After exposure to sexual abuse, adolescents in the present study initially showed evidence of both trauma and resilience. A general decline in symptomatology is observed after a year which is consistent with the results of many other studies that report symptom abatement over time (Bolger & Patterson, 2001; Kendall-Tackett et al., 1993; Oates et al., 1994). In addition to symptom abatement, the present study sheds a new light on the general and individual changes on many domains of the MTRR scale. Indeed, this instrument is able to detect improvements in recovery and resilience, in addition to symptomatic abatement. In this regard, results attest that while adolescents were symptomatically recovering, they were also linking their memories with their present affects and giving more meaning to their lives and their abuses. This reveals that even in severely and chronically abused populations such as this one, it is possible to see improvements over a relatively short period, not only in symptoms but in resilience as well.

However, another result that is consistent with findings of other studies is the considerable proportion of symptomatic adolescents at follow-up (Cohen et al., 2001; Leifer & Shapiro, 1995; Oates et al., 1994). Indeed, two thirds of them were clinically symptomatic with an average of approximately two symptoms each after four years of

receiving child protective services. In addition, when using the global resilience scale as a criterion, only four adolescents were assessed as largely recovered while most were still partially recovered or largely unrecovered at follow-up. These profiles were nonetheless consistent with the fact that most adolescents were still receiving child protective services at the end of the study. This suggests that their need for security were adequately assessed as compromised by CPS during the study. However, the cases that were closed during the study did not experience greater improvements in symptoms or recovery in the interim than those who remained open. In fact, cases were usually closed because the adolescents were 18 years old (four out of five cases) and were no longer eligible for CPS, rather, it seems, than because they were recovered, asymptomatic or did not need services. The question remains as to what happens to these young adults when CPS decide to end their involvement with them and cease to protect them. Do they seek other services? Are there resources in the community for them if they do? The present results suggest that there should be a transition period in terms of services these young adults are entitled to, especially when they have lived in residential placement or have been separated from their family for a long time.

While some adolescents did obviously improve in recovery, resilience and symptomatology, some experienced little or no changes in their resilience and symptoms and some even deteriorated during the study. Unfortunately, with the limited statistical power of such a small sample, none of the factors that could have helped us explain

these differing trajectories was related to outcome.

On the other hand, the analysis of individual profiles illustrates that recovery is possible with or without services. For example, when the profiles of the only two adolescents who received no services during the study were examined, very different outcomes were found. First, both cases were closed in CPS because adolescents were 18 years old. However, at follow-up, one deteriorated in MTRR's resilience as well as in other domains and had one more symptom, while the other improved her stage of recovery in MTRR's resilience as well as in other domains and had two symptoms less. Similar divergent trajectories are found when the two adolescents who reportedly received the most services during the study were compared (76 and 96 sessions respectively with three different professionals). The first adolescent showed a relatively stable profile with no improvement in resilience, a deterioration in one MTRR domain and one symptom less, while the second adolescent showed a generally improved profile in resilience, in most MTRR domains and in two symptoms (both adolescents were initially in the first stage of recovery in MTRR's resilience scale). These results are consistent with Oates et al.'s (1994) conclusions that the simple involvement in therapy does not necessarily relate to symptom abatement for sexually abused children. One of the reasons might be that a considerable proportion of children experience instability in their CPS care provision (David, 1987; Frenken & Van Stolk, 1990; Giard et al., 1985; Messier, 1986), which possibly mitigates the usually positive impact of psychotherapy.

This is the case in the present study where adolescents sometimes received services from three different professionals in addition to having different caseworkers assigned to manage their case.

Since it seems to be the more abuse-specific interventions that are related to change (Bagley & LaChance, 2000; Sinclair et al., 1995), the content and focus of services received by sexually abused adolescents are factors that need to be considered in addition to their quantity, stability and intensity. Indeed, Berliner and Kolko (2000) suggest that for sexually abused children, components of abuse-specific treatments are especially effective in treating trauma impact such as psychoeducational interventions, stress management training, direct discussion of traumatic events or correcting cognitive distortions. Consequently, future studies should document each individual's specific treatment goals (such as enhancing self-esteem or self-image) and treatment modalities used to achieve these goals to be able to relate them to specific outcomes.

Another important result of this study is that at any of the two assessments a proportion of adolescents were asymptomatic on a range of abuse-specific and general symptoms (three to five adolescents), but when considering Time 1 and Time 2 assessments these proportions diminish to only one asymptomatic adolescent at both time. This is concordant with the "sleeper effect" hypothesis that, in transversal studies, symptoms might be latent in apparently asymptomatic children (Kendall-Tackett et al., 1993; Putnam, 2003). These results, while attesting to the non-linearity of recovery,

underscore the importance of longitudinal studies to describe and understand processes associated with both symptoms and resilience in CSA survivors. The understanding of these trajectories “has promise for both effective prevention and broadened approaches to latter interventions” (Sroufe, 1997, p. 266).

Although these results are promising for the future study of resilience and recovery in sexually abused populations, they need to be interpreted with caution because of the small number of participants, their very specific profile of severe intrafamilial sexual abuse and the fact they are receiving child protection services. Nonetheless, the MTRR is a sensitive instrument and offers an interesting alternative to self-reported symptom measures in describing recovery profiles of sexually abused adolescents receiving or not receiving treatment.

References

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Anderson, K. M. (1997). Uncovering survival abilities in children who have been sexually abused. *Families in Society, 78*, 592-599.
- Bagley, C., & LaChance, M. (2000). Evaluation of a family-based programme for the treatment of child sexual abuse. *Child & Family Social Work, 5*, 205-213.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., & Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 15*, 537-556.
- Berliner, L., & Kolko, D. (2000). What works in treatment services for abused children. In M. P. Kluger, G. Alexander & P. A. Curtis (Eds.), *What works in child welfare* (pp. 97-104). Washington, DC: Child Welfare League of America, Inc.
- Beutler, L. E. (1993). Designing outcome studies: Treatment of adult victims of childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 8*, 402-414.
- Bolger, K. E., & Patterson, C. J. (2001). Pathways from child maltreatment to internalizing problems: Perceptions of control as mediators and moderators. *Development & Psychopathology, 13*, 913-940.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) : Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Briere, J. N., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children, 4*, 54-69.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Lynch, M., & Holt, K. D. (1993). Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcome. *Development & Psychopathology, 5*, 629-647.
- Cohen, P., Brown, J., & Smailes, E. (2001). Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Development & Psychopathology, 13*, 981-999.
- Daigneault, I. (1998). *French translation of the Multidimensional Trauma Recovery and Resiliency Interview and Scale* (Unpublished manuscript). Montreal: Psychology Department, Université de Montréal.
- Daigneault, I., Cyr, M., & Tourigny, M. (in press). Profil psychologique d'adolescentes agressées sexuellement et prises en charge par les services de protection de la jeunesse (Psychological profile of sexually abused adolescents under youth protection). *Santé Mentale au Québec*.
- Daigneault, I., Tourigny, M., & Cyr, M. (1999). *Rapport d'évaluation de l'implantation et de l'efficacité d'une thérapie de groupe pour adolescentes victimes d'agressions sexuelles et d'une intervention post-dévoilement* (Assessment report of the implementation and efficiency of a group therapy for sexually abused adolescents and a post-disclosure intervention). Montreal: Research Institute for the social

development of youths.

- David, G. (1987). Nécessité et efficacité d'une approche intégrée dans le traitement de l'inceste (Necessity and efficiency of an integrated approach to the treatment of incest). *Service Social*, 36, 350-368.
- Dembo, R., Williams, L., Schmeidler, J., Berry, E., Wothke, W., Getreu, A., Wish, E. D., & Christensen, C. (1992). A structural model examining the relationship between physical child abuse, sexual victimization, and marijuana/hashish use in delinquent youth: A longitudinal study. *Violence & Victims*, 7, 41-61.
- Diaz, A., Simantov, E., & Rickert, V. I. (2002). Effect of abuse on health - Results of a national survey. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, 811-817.
- Downs, W. R. (1993). Developmental considerations for the effects of childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 331-345.
- Faller, K. C. (1991). What happens to sexually abused children identified by child protective services? *Children & Youth Services Review*, 13, 101-111.
- Fergusson, D. M., Horwood, J. L., & Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 1365-1374.
- Finkelhor, D., & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children : A review and recommendations. *Journal of American Academy of Child &*

- Adolescent Psychiatry*, 34, 1408-1423.
- Frenken, J., & Van Stolk, B. (1990). Incest victims : Inadequate help by professionals. *Child Abuse & Neglect*, 14, 253-263.
- Garnezy, N. (1993). Children in Poverty: Resilience Despite Risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.
- Giard, M., Paiement, H., Paquet-lavallée, L., Alexander, H., David, G., Audette, J., & Rondeau, G. (1985). Programme de traitement de l'inceste selon Giarretto : bilan d'une expérience d'un an au B.S.S. Laval. *Intervention*, 72, 41-55.
- Gore, S., & Eckenrode, J. (1994). Context and process in research on risk and resilience. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garnezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents* (pp. 19-63). Cambridge: Cambridge University Press.
- Green, S. M., Russo, M. F., Navratil, J. L., & Loeber, R. (1999). Sexual and physical abuse among adolescent girls with disruptive behavior problems. *Journal of Child & Family Studies*, 8, 151-168.
- Grilo, C. M., Sanislow, C., Fehon, D. C., Martino, S., & McGlashan, T. H. (1999). Psychological and behavioral functioning in adolescent psychiatric inpatients who report histories of childhood abuse. *American Journal of Psychiatry*, 156, 538-543.
- Hart, L. E., Mader, L., Griffith, K., & deMendonca, M. (1989). Effects of sexual and physical abuse: A comparison of adolescent inpatients. *Child Psychiatry & Human*

Development, 20, 49-57.

Harvey, M. R., Liang, B., Harney, P. A., Koenen, K., Tummala-Narra, P., & Lebowitz, L. (2003). A multidimensional approach to the assessment of trauma impact, recovery and resiliency. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 6, 87-109.*

Harvey, M. R., Westen, D., Lebowitz, L., Saunders, E., Avi-Yonah, O., & Harney, P. A. (1994). *Multidimensional Trauma Recovery and Resiliency Interview* (Unpublished manuscript). Cambridge, MA: The Cambridge Hospital Victims of Violence Program.

Harvey, M. R., Westen, D., Lebowitz, L., Saunders, E., & Harney, P. A. (1998). *Multidimensional Trauma Recovery and Resiliency Scale: 1998-1999 Clinical Rating Form with Handscoring Instructions* (Unpublished manuscript). Cambridge, Mass.: The Cambridge Hospital Victims of Violence Program.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery*. New-York: Basic Books.

Jouvin, É., Cyr, M., Thériault, C., & Wright, J. (2001). *Étude des qualités psychométriques de la version française du Trauma Symptom Checklist for Children* (Study on the psychometric qualities of the French version of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C). Montreal: Department of psychology, Université de Montréal.

Kazdin, A. E. (1994). Psychotherapy for children and adolescents. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 543-594).

New-York: John Wiley & Sons, Inc.

- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*, 164-180.
- Kisiel, C. L., & Lyons, J. S. (2001). Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1034-1039.
- Kolko, D. J., Seleyo, J., & Brown, E. J. (1999). The treatment histories and service involvement of physically and sexually abusive families: Description, correspondence, and clinical correlates. *Child Abuse & Neglect, 23*, 459-476.
- Lebowitz, L., Harvey, M. R., & Herman, J. L. (1993). A stage-by-dimension model of recovery from sexual trauma. *Journal of Interpersonal Violence, 8*, 378-391.
- Leifer, M., & Shapiro, J. P. (1995). Longitudinal study of the psychological effects of sexual abuse in African American girls in foster care and those who remain home. *Journal of Child Sexual Abuse, 4*, 27-44.
- Levine, M., Doueck, H. J., Freeman, J. B., & Compaan, C. (1998). Rush to judgment?: Child protective services and allegations of sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry, 68*, 101-107.
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development & Psychopathology, 12*, 857-885.

- Lynn, M., Jacob, N., & Pierce, L. (1988). Child sexual abuse: A follow-up study of reports to a protective service hotline. *Children & Youth Services Review, 10*, 151-165.
- McGee, R. A., Wolfe, D. A., & Wilson, S. K. (1997). Multiple maltreatment experiences and adolescent behavior problems: Adolescents' perspectives. *Development & Psychopathology, 9*, 131-149.
- Messier, C. (1986). *Le traitement des cas d'inceste père-fille: une pratique difficile*. Québec: Ministère de la Justice.
- Messier, C., & Champlain, J. d. (1984). *La protection sociale des enfants victimes d'abus sexuels: où en sommes-nous au Québec ?* Montréal: Gouvernement du Québec, Ministère de la Justice, Comité de la protection de la jeunesse.
- Naar-King, S., Silvern, L., Ryan, V., & Sebring, D. (2002). Type and severity of abuse as predictors of psychiatric symptoms in adolescence. *Journal of Family Violence, 17*, 133-149.
- Oates, R. K., O'Toole, B. I., Lynch, D. L., Stern, A., & Cooney, G. (1994). Stability and change in outcomes for sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 945-953.
- O'Donohue, W. (1992). Treatment of the sexually abused child: A review. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 218-228.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of*

- the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42, 269-278.*
- Rew, L., Taylor-Seehafer, M., Thomas, N. Y., & Yockey, R. D. (2001). Correlates of resilience in homeless adolescents. *Journal of Nursing Scholarship, 33, 33-40.*
- Rorty, M., & Yager, J. (1996). Histories of childhood trauma and complex post-traumatic sequelae in women with eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 19, 773-791.*
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV field trials for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 10, 539-555.*
- Ruggiero, K. J., McLeer, S. V., & Dixon, F. J. (2000). Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse & Neglect, 24, 951-964.*
- Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect, 20, 709-723.*
- Sinclair, J. J., Lazelere, R. E., Paine, M., Jones, P., Graham, K., & Jones, M. (1995). Outcome of group treatment for sexually abused adolescent females living in a group home setting. *Journal of Interpersonal Violence, 10, 533-542.*
- Spaccarelli, S., & Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect, 19, 1171-1182.*

- Sroufe, A. L. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development & Psychopathology, 9*, 251-268.
- Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (1996). *Questionnaire on events from childhood and adolescence* (Unpublished manuscript). Montreal: Department of psychology, Université de Montréal.
- Tourigny, M. (1997). Efficacité des interventions pour enfants abusés sexuellement : une recension des écrits. *Revue Canadienne de Psycho-Éducation, 26*, 39-69.
- Tourigny, M., Péladeau, N., & Doyon, M. (1993). *Évaluation sommative du programme de traitement des enfants abusés sexuellement implanté dans la région de Lanaudière par le centre des services sociaux Laurentides-Lanaudière*. Montréal: Laboratoire de Recherche en Écologie Humaine et Sociale. Université du Québec à Montréal.
- van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry, 148*, 1665-1671.
- Wright, J., & Sabourin, S. (1996). *French translation of the "Trauma symptom checklist for children"*. Montreal: Department of psychology, Université de Montréal.

Table 1.

Description of demographic variables, CSA characteristics and adversity at T1 and of events occurring between T1 and T2 (adversity, services and sexual abuse) documented at T2

Variables	Mean (SD) or % (n)	
Mean age (years)	15.2 (1.4)	
Place of residence at T1 and T2	<u>T1</u>	<u>T2</u>
% Mother	13	25
% Placement	81	50
% Other family member (grandparents)	6	0
% Alone or with boyfriend	0	25
% Haitian origin	38 (6)	
% Multiple reports to CPS	44 (7)	
% Multiple CSA reports to CPS	38 (6)	
% Sexual abuse with physical contact	100 (16)	
% Sexual abuse with penetration	81 (13)	
% Principal perpetrator		
Father	56 (9)	
Stepfather	13 (2)	
Brother	13 (2)	
Uncle or grandfather	19 (3)	
% Multiple perpetrators	50 (8)	
% Frequent sexual abuse (at least once a week)	69 (11)	
Mean age at onset (years)	7.7 (3.8)	
Mean duration (years)	3.3 (2.6)	
Mean time elapsed since last SA (years) before T1	3.6 (1.9)	
Mean Time in CPS (years) before T1	3.5 (2.9)	
	<u>T1</u>	<u>T2</u>
Mean number of adversity events before T1 and between T1 and T2	4.1 (2.2)	1.2 (1.3)
% Physical marital violence	44	13

% Verbal marital violence	69	25
% Physical violence towards child	69	13
% Verbal violence towards child	63	38
% Violence between siblings	44	19
% Immediate family member in prison	56	13
% Alcohol problems in parents	44	19
% Abandonment by a parent	19	13
% Cases closed between T1 and T2	31 (5)	
% Seen caseworker at least once between T1 and T2	69 (11)	
% Seen educational therapist at least once between T1 and T2	63 (10)	
% Seen psychologist at least once between T1 and T2	25 (4)	
Mean number of sessions with three professionals between T1 and T2	35.2 (28.0)	
% Sexual abuse between T1 and T2	19 (3)	

Table 2.

Mean scores at T1 and T2, paired *t*-tests, number of adolescents in each stage of recovery per domain and number of adolescents showing clinical symptoms per symptom scale at T2, number of clinical and stage improvements and deteriorations between T1 and T2 (*N* = 16)

Domains of recovery and symptoms	T1 Mean (SD)	T2 Mean (SD)	Paired <i>t</i> - tests	Number of adolescents in each stage of recovery or number of adolescents with clinical symptoms at T2	Number of adolescents improved and – deteriorated at T2
MTRR				<u>1–2–3</u>	
Authority over memory	3.0 (.6)	3.4 (.8)	-1.7	3–5–8	6–3
Integration of memory and affect	2.8 (.8)	3.3 (.8)	-2.8*	2–8–6	6–0
Affect tolerance	2.9 (.6)	3.3 (.6)	-2.3	2–9–5	4–2
Symptom mastery	3.1 (.6)	3.3 (.5)	-1.9	1–10–5	4–2
Self-esteem	3.5 (.9)	4.0 (.6)	-3.2*	0–4–12	6–1
Self-cohesion	3.2 (1.0)	3.6 (.8)	-1.5	2–5–9	6–2
Safe attachment	3.0 (.7)	3.4 (.8)	-3.2*	3–4–9	7–1
Meaning making	2.5 (.7)	3.0 (.8)	-3.2*	4–7–5	9–1
Resilience scale	2.8 (.7)	3.2 (.7)	-3.2*	3–9–4	7–1
TSCC					
Anxiety	11.6 (4.0)	9.1 (3.9)	2.1	2	2–1
Depression	12.1 (5.0)	9.3 (4.0)	2.7*	2	2–0
PTSD	14.7 (4.1)	10.3 (3.8)	3.4*	0	3–0
Sexual preoccupations	8.6 (4.1)	7.3 (4.3)	1.4	7	3–1
Anger	11.8 (5.5)	9.1 (3.6)	2.8*	1	1–0
Dissociation	10.3 (6.0)	7.9 (5.5)	2.2	0	4–0
Youth Self Report (<i>t</i> -scores):					
Internalizing	67.6 (11.0)	62.4 (8.6)	2.2	7	5–2
Externalizing	63.8 (10.3)	58.8 (9.8)	2.4	5	4–0

**p* < .01

Table 3.

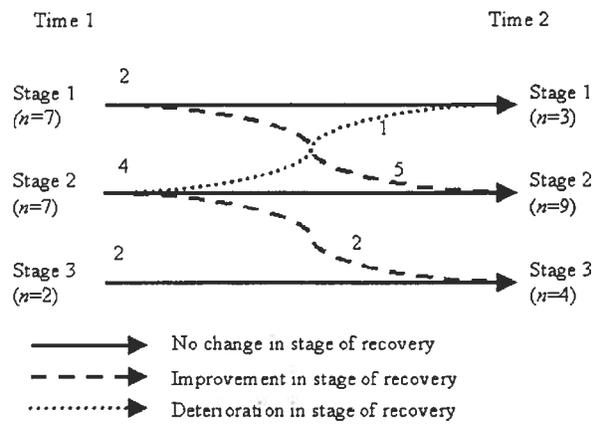
Correlations between "change" scores of MTRR scales, symptoms and associated factors (N=16)

	Case-closed	Total number of sessions (three professionals)	Sexual abuse between T1 and T2	Adversity between T1 and T2
Authority over memory	-.07	.15	-.51	-.32
Integration of memory and affect	-.21	.31	-.47	-.40
Affect tolerance	-.02	.42	-.30	-.56
Symptom mastery	-.05	.12	-.46	-.33
Self-esteem	-.21	.31	-.11	-.22
Self-cohesion	-.34	.32	.21	-.43
Safe attachment	-.45	.16	-.50	-.59
Meaning making	-.32	-.07	-.08	-.44
Resilience scale	-.17	.25	-.20	-.50
TSC-C (t scores)				
Anxiety	-.23	-.06	.19	.30
Depression	-.11	-.11	.05	.22
PTSD	-.03	-.00	.45	.22
Sexual preoccupations	-.18	-.23	.26	.52
Anger	.10	-.25	.27	.02
Dissociation	.02	-.09	.10	.23
Youth Self Report (t scores):				
Internalizing	.03	-.55	.16	.30
Externalizing	-.18	-.35	.16	.22

* p<.01

Figure 1.

Number of adolescents who show no change, improvements or deterioration in stages of recovery between T1 and T2 on the resilience scale



Conclusion

L'objectif premier de la présente thèse a été de décrire le profil psychologique d'adolescentes agressées sexuellement suivies par le CJM, à l'aide de mesures auto-rapportées et standardisées telles que le *Trauma Symptoms Checklist for Children* (TSCC) et le *Youth Self-Report and Profile* (YSR), ainsi que leur profil de guérison et de résilience suivant le modèle intégré du stress post-traumatique complexe (Herman, 1992a) à l'aide d'un instrument clinique, le *Multidimensional Trauma, Recovery and Resiliency* (MTRR - Harvey et al., 2003). Une des contributions de la présente thèse est d'avoir évalué à la fois la symptomatologie et la résilience chez cette population. Ce profil psychologique, de guérison et de résilience a été évalué deux fois à intervalle d'un an afin d'en décrire l'évolution. Les agressions vécues ont de plus été décrites de façon relativement exhaustive ce qui comblait une lacune de plusieurs études antérieures qui bien souvent ne donnait peu ou aucune information concernant la nature des agressions sexuelles. Les services reçus par ces adolescentes ont eux aussi été décrits, ce qui nous a permis d'évaluer leur pertinence compte tenu du profil et des besoins des adolescentes. Un second objectif de cette thèse était d'explorer en partie la validité de construit des échelles du MTRR. Ceci a été réalisé de différentes façons soit, d'une part, en évaluant la validité convergente-divergente et, d'autre part, en développant des points de coupure pour évaluer les trois stades de guérison. La fidélité inter-juges a également été évaluée.

Le profil des adolescentes agressées sexuellement suivies en Centre jeunesse

D'abord, grâce aux comparaisons effectuées entre les participantes et les adolescentes éligibles mais n'ayant pas participé, il a été possible de conclure que celles rencontrées étaient représentatives de l'ensemble de celles suivies en 38GS par le CJM, ce qui nous permet de généraliser les résultats à l'ensemble de cette population d'adolescentes caractérisées par le fait qu'elles ont vécu des agressions intrafamiliales sévères. La généralisation n'étant donc valable que pour cette population particulière.

Ainsi, l'analyse des résultats a permis de conclure qu'en centre jeunesse, du moins à Montréal, les adolescentes suivies en 38GS présentent en général des profils de symptômes et de guérison variés mais généralement sévères, semblables au diagnostic de stress post-traumatique complexe. L'utilisation du MTRR et d'un ensemble de mesures de symptômes a permis de constater que ce syndrome complexe peut se manifester tôt dans la vie des personnes ayant vécu des agressions sexuelles sévères et chroniques. Cette évaluation plus intégrée permet aussi de déterminer l'étendue des traumatismes dans des domaines jusqu'ici peu étudiés chez les enfants et les adolescents agressés sexuellement, comme la mémoire et le sens donné à la vie. Ces deux dimensions ont été documentées parmi des populations adultes et font partie du syndrome de stress post-traumatique complexe. Cependant, jusqu'à maintenant, aucune étude n'avait évalué et décrit de façon aussi détaillée ce syndrome, ni utilisé le MTRR

auprès d'une population d'adolescentes agressées sexuellement.

Dans un premier temps, le profil de guérison situe la moyenne des adolescentes à la deuxième étape de guérison du modèle utilisé dans l'étude (Herman, 1992b ; Lebowitz et al., 1993). Toutefois, plus du tiers se situent toujours au premier stade de guérison. Ce profil concorde avec une population en besoin de protection ainsi qu'avec la sévérité observée au niveau des agressions sexuelles et de l'adversité plus générale vécues, mais il nous semble demeurer problématique après plus de trois ans de prise en charge. Ce profil souligne aussi que malgré la complexité et l'étendue des problèmes et des symptômes, une majorité d'adolescentes présentent aussi des domaines de fonctionnement plus résilients, comme l'autorité sur le processus de remémorisation ou l'estime de soi.

Compte tenu de ce profil complexe et relativement sévère, nous concluons que de manière générale les services offerts sont nettement insuffisants, tant sur le plan de l'intensité que de la stabilité, pour penser qu'ils puissent avoir un impact significatif à long terme sur le rétablissement psychologique des adolescentes. Cette conclusion sur les services se confirme lors de l'analyse de l'évolution des symptômes et de la guérison puisque, malgré le fait qu'une amélioration générale est constatée après un an, la majorité des adolescentes sont toujours symptomatiques et se retrouvent en moyenne au

deuxième stade de guérison à la fin de l'étude. De plus, une proportion non négligeable d'adolescentes n'a vécu aucun changement ou a même subi des détériorations au cours de l'étude. Cependant, aucun lien significatif n'a été trouvé entre les services et les changements observés.

Malgré la nature exploratoire de cette étude, plusieurs constats ont été dégagés des résultats comparant les symptômes et les échelles du MTRR à différents facteurs. Ces analyses ont été effectuées en partie afin d'explorer les liens unissant des facteurs tels que la sévérité des agressions ou les services reçus aux profils présentés par les adolescentes. Cependant, parmi les trois facteurs mis en lien à la fois avec les symptômes et les échelles du MTRR (pénétration, temps écoulé depuis la fin des agressions, et participation à la thérapie individuelle avant l'étude), seule la participation à la thérapie semble liée de façon constante avec plusieurs échelles et est associée à des symptomatologies plus sévères et à des profils moins résilients. La sévérité des agressions (pénétration) quant à elle semble plus liée aux domaines du MTRR qu'aux échelles de symptômes. En somme, outre la participation à la thérapie, cette étude n'a pu dégager de liens significatifs constants parmi une majorité d'échelles de symptômes et de guérison.

L'interprétation des résultats concernant les liens entre les symptômes, les échelles

du MTRR et la thérapie au temps 1 (T1) nous a toutefois laissés avec plus de questions que de réponses. Ainsi, nous avons espéré approfondir le lien trouvé au T1 entre les services, d'une part, et les symptômes et la résilience d'autre part. Cependant, malgré des corrélations élevées, la puissance statistique ne nous a pas permis de trouver des liens significatifs entre les changements de symptômes et de guérison et, par exemple, la revictimisation ou la thérapie. Ainsi, au T1, la participation à la thérapie semble soit liée à une détérioration ou offerte aux adolescentes présentant les profils psychologiques et de guérison les plus problématiques. Ces deux hypothèses ont été soutenues par les résultats d'études longitudinales (Horowitz, Putnam & Noll, 1997 ; Tourigny, Péladeau & Doyon, 1993), mais la seconde partie de cette thèse n'a pas permis de trancher d'un côté ni de l'autre. La poursuite de cette étude avec plus de sujets nous permettrait peut-être de mieux connaître l'impact des services offerts en centre jeunesse sur les symptômes et la résilience des adolescentes.

Pour l'instant, les deux hypothèses demeurent plausibles, il est possible que le peu de services disponibles et offerts soient concentrés sur les adolescentes dont le fonctionnement psychologique et interpersonnel est le plus problématique et dont la comorbidité est la plus élevée et que certaines interventions puissent provoquer une désorganisation du fonctionnement chez ces mêmes adolescentes. Cette impossibilité de conclure demeure une lacune importante de la présente thèse. Bien que l'évaluation de

L'impact des services n'était pas un objectif central de la thèse, plusieurs autres facteurs auraient dû être évalués afin de pouvoir répondre à ces questions et comprendre les liens observés. Ainsi, les études ultérieures qui voudraient davantage évaluer l'impact des services de protection de la jeunesse devraient non seulement en documenter la présence et la quantité, mais aussi leur disponibilité, leur contenu et les raisons pour lesquelles certaines adolescentes n'en reçoivent que très peu ou pas du tout.

La validité et l'utilité du MTRR

La plupart des hypothèses concernant les échelles spécifiques du MTRR et leurs liens avec les symptômes ont été vérifiées et ont démontré que certaines échelles du MTRR étaient liées à un ensemble de symptômes (p. ex., la maîtrise des symptômes et les stratégies d'adaptation positives), que certaines étaient liées à des symptômes spécifiques (p. ex., l'attachement ou l'estime de soi) et que d'autres n'étaient pas du tout liées aux symptômes (p. ex., l'intégration des affects et de la mémoire ou le sens donné au trauma et à la vie). Le MTRR peut ainsi à la fois rendre compte d'une variété de symptômes et de l'ampleur de ces symptômes et à la fois rendre compte de domaines « non-symptomatiques » mais plutôt apparentés à des « processus » de guérison.

La validité du MTRR a aussi été explorée à l'aide de corrélations entre ce dernier et les facteurs décrivant les agressions, l'adversité, le dévoilement et les services et a

démontré peu de liens significatifs. La grande homogénéité de l'échantillon en terme de sévérité des agressions et des symptômes peut avoir limité la possibilité de trouver des liens significatifs. Le temps écoulé entre la fin des agressions et l'étude peut avoir également limité la possibilité de trouver des liens entre les symptômes ou leur évolution et les caractéristique des agressions. Malgré cela et malgré les critères statistiques plus sévères utilisés lors des corrélations incluant le MTRR, cet instrument mesurant l'impact de traumatismes a démontré une sensibilité minimale aux variations de la sévérité de ceux-ci, de l'adversité familiale ainsi qu'au dévoilement et à la participation à la thérapie.

Jusqu'à maintenant, aucune norme concrète n'avait été développée pour déterminer des points de coupures pour les trois stades de guérison décrits dans le modèle. L'utilisation de la moyenne et de l'écart type de la totalité des items de l'échelle comme première tentative pour utiliser des points de coupure n'est qu'une ébauche de ce qu'il serait possible de développer. Cependant, pour une véritable standardisation, d'autres études auprès d'un plus grand nombre de sujets seraient nécessaires afin d'établir des normes cliniques rigoureuses.

La comparaison entre le profil dégagé à l'aide des stades de guérison de l'échelle de résilience du MTRR et celui dégagé à l'aide des mesures de symptômes auto-rapportées

et standardisées a permis de valider en partie la distribution des adolescentes dans les trois stades. Par exemple, étant donnée que très peu d'adolescentes étaient asymptomatiques sur l'ensemble des mesures standardisées, nous nous attendions aussi à ce que très peu d'entre-elles se retrouvent au troisième stade de guérison, ce qui s'est confirmé.

L'adaptation de l'entrevue et de l'échelle à une population québécoise plus jeune a nécessité des ajustements. Ainsi, certaines recommandations ont été faites aux auteurs afin de rendre l'entrevue et l'échelle plus facilement adaptable à d'autres cultures telles que de regrouper les items trop spécifiques concernant les stratégies visant à donner un sens à la vie ou aux traumatismes (voir items 59, 66, 70, 74 et 90, en appendice p. xxxviii) en un seul item plus large, laissant une plus grande place à l'expression des différences individuelles et culturelles.

De plus, nous avons exploré la validité de l'opérationnalisation des stades du modèle de guérison proposée dans cette thèse. En effet, une des caractéristiques du deuxième stade tel que décrit par les auteurs de l'échelle (Harvey et al., 2003), sa plus grande variabilité inter-domaines, a été vérifiée dans cette étude et tendait à être effectivement plus grande que celle des deux autres stades. Le MTRR s'est aussi montré sensible aux variations de facteurs souvent associés aux séquelles d'agressions sexuelles tel que la

sévérité des agressions ou la thérapie. Cette exploration de la validité du MTRR demeure parcellaire et des études plus spécifiques seraient nécessaires pour valider et standardiser davantage cet instrument afin de pouvoir l'utiliser couramment à des fins d'évaluation des besoins et de programmation des services en Centre jeunesse.

Enfin, la fidélité inter-juges de tous les domaines du MTRR et de l'échelle de résilience a été évaluée. Une première clinicienne a évalué directement toutes les adolescentes à l'aide du MTRR et à l'aide des autres questionnaires de l'étude (p. ex., TSCC, YSR). Une seconde clinicienne indépendante a coté l'échelle du MTRR pour 30% des entrevues effectuées au T1 et au T2 par la première clinicienne à l'aide des enregistrements audio de la partie de l'entrevue du MTRR seulement. Certaines informations additionnelles concernant les adolescentes étaient disponibles lors de cette cotation par la deuxième juge, telles que l'âge, le niveau scolaire ou le lieu de résidence, mais les autres informations découlant de l'entrevue, telles que les réponses fournies aux items du TSCC, n'étaient pas disponibles. Dans l'ensemble, l'accord entre les juges était satisfaisant et seul un domaine n'atteignait pas le seuil de signification statistique. Compte tenu du fait que les deux juges cotaient l'entrevue à partir d'informations partiellement différentes, ces résultats démontrent tout de même que les domaines sont évalués de façon relativement semblable par ces deux juges. Cependant, le fait d'avoir accès à des informations additionnelles peut engendrer des différences plus importantes

lors de la cotation et par le fait même des accords inter-juges moindres. Par exemple, pour l'accord inter-juges du domaine de l'estime de soi, qui est le plus faible ($r=.48$), la première clinicienne avait accès aux réponses du questionnaire sur les comportements autodestructeurs et a été en contact direct avec les adolescentes ce qui a pu donner une vision différente des capacités de ces dernières à prendre soin d'elles-mêmes. Bref, l'accord inter-juges des domaines du MTRR utilisés auprès d'adolescentes gagnerait certainement à être reproduit en comparant les cotes de juges ayant des informations strictement semblables.

Pistes de recherche et d'intervention

Toute cette information a été recueillie afin de mieux nous outiller pour faire des recommandations au niveau de l'intervention auprès des adolescentes suivies en centre jeunesse à Montréal et au Québec. L'utilisation d'un modèle théorique du trauma et de la guérison ainsi que d'un instrument découlant de ce modèle a encadré et facilité l'interprétation des résultats et orienté les recommandations que nous avons faites pour l'intervention auprès de cette population. Il semblerait en effet que pour une proportion importante des adolescentes prises en charge en 38GS, la thérapie « centrée sur l'agression » ne serait pas recommandée et pourrait même être dommageable puisque ces dernières n'ont pas atteint les critères de sécurité du premier stade de guérison qui leur permettraient de tolérer ces affects et souvenirs intenses liés aux agressions. Pour

ces adolescentes, une intervention « psychoéducative » plus cognitive qu'exploratoire et surtout centrée sur le développement de stratégies d'adaptation positives (p. ex., gestion de stress) serait plus appropriée, du moins dans un premier temps. Il est aussi possible durant ce type d'intervention d'offrir une partie plus didactique portant sur les syndromes traumatiques, afin de normaliser et mettre des mots sur les réactions émotives et physiologiques parfois déroutantes, sans toutefois s'attarder à explorer les souvenirs associés à ces réactions. Néanmoins, pour la moitié des adolescentes, celles se retrouvant au stade 2 du modèle de guérison, un type d'intervention centrée sur les agressions, l'exploration et les émotions pourrait être offert, du moment où celles-ci seraient suffisamment en sécurité pour en bénéficier.

Hormis les résultats préliminaires liant la thérapie aux symptômes et à la guérison, qui méritent d'être poursuivis et approfondis, un autre des résultats nous suggère une piste d'investigation prometteuse pour les recherches futures. En effet, le lien trouvé entre les dévoilements faits par les adolescentes et leur capacité à intégrer leurs souvenirs et leurs affects et à donner un sens aux traumas vécus et à la vie a soulevé plusieurs questions sur les théories et les processus sous-jacents. Nous ne croyons pas que le simple fait de parler à un grand nombre de personnes s'avère en soi bénéfique, mais plutôt qu'une interaction se produit entre la capacité de comprendre l'impact du passé traumatique sur le ressenti et les comportements actuels, la capacité à donner un

sens à sa vie en y incluant ces événements traumatiques, la façon dont la personne parlera des agressions subies et la réponse de l'environnement, l'un favorisant l'autre dans un contexte optimal. Cette hypothèse demeure à explorer. Le MTRR nous apparaît être un instrument complet pour cette étude en fournissant d'une part, une échelle mesurant différents domaines de fonctionnement et d'autre part, en fournissant par son entrevue semi-structurée un matériel narratif riche et étendu qui pourrait se prêter à diverses analyses. Certaines théories pourraient ainsi être étudiées, comme celle voulant que certaines conditions doivent être remplies pour que le dévoilement ou le fait de parler des agressions ait un effet positif.

Une autre piste intéressante de recherche pourrait porter sur les domaines les plus résilients chez les adolescentes de la présente étude en tentant de comprendre les processus ou les facteurs ayant permis cette meilleure adaptation. Dans la présente thèse on notait que la mémoire semble relativement intacte et que l'estime de soi, malgré certains comportements autodestructeurs, montrait tout de même des aspects positifs, plus positifs en somme que les autres domaines. Il serait intéressant de vérifier si ces élévations correspondent à l'impact d'objectifs spécifiques poursuivis au cours de la prise en charge, s'ils proviennent de caractéristiques des adolescentes elles-mêmes ou d'autres facteurs. Par exemple, dans l'étude de Messier (1986), les intervenants évaluent que 47% des enfants sous leur responsabilité présentent des problèmes de faible estime

de soi alors que ce problème ne représente un des trois premiers objectifs de traitement que pour 21% des enfants. On pourrait ainsi penser que ceux pour qui ce problème est abordé présenteraient des scores élevés dans ce domaine (stade 2 ou 3) comparativement à ceux pour qui ce problème identifié n'est pas abordé et ainsi vérifier le lien unissant les objectifs et le degré de résilience de l'estime de soi et même quels aspects de ce domaine sont les plus résilients (p. ex., la perception positive de soi, la capacité à prendre soin de soi). Par contre, la plus grande résilience au niveau de l'autorité sur le processus de remémorisation pourrait être due au fait que les agressions sont terminées depuis peu chez les adolescentes comparativement à des populations adultes et qu'elles n'ont pas eu le temps de les « oublier » ou de se dissocier de ces souvenirs. Cependant, le fait d'avoir eu à dévoiler les agressions, d'avoir été crue, protégée et soutenue peut aussi leur avoir permis de garder présent à la conscience et de tolérer la mémoire des agressions passées ; ainsi la différence ne se situerait pas tant au niveau de l'âge et de la récence des agressions, qu'au niveau de l'impact du dévoilement ou de la réaction de l'environnement à celui-ci. Ces relations ne sont toutefois probablement pas linéaires et des interactions sont aussi possibles entre ces facteurs. Ces hypothèses et de nombreuses autres en lien avec les services offerts de façon naturelle dans les Centres jeunesse demeurent à explorer.

En terminant, malgré les lacunes de la présente étude qui se voulait surtout

exploratoire et descriptive, telles que le petit nombre de sujet, la faible puissance statistique et la nature corrélationnelles des analyses, elle a permis de documenter le STP complexe parmi des adolescentes agressées sexuellement, de proposer un modèle de guérison applicable à cette population dans le cadre des Centres jeunesse et d'amorcer une validation des stades de guérison et des domaines du MTRR. Les résultats obtenus nous semblent prometteurs pour la poursuite du développement de nos connaissances autant au niveau de la théorie, de la recherche que de la pratique.

Références

(introduction et conclusion)

- Allen, J. G., Coyne, L., & Huntoon, J. (1998). Complex posttraumatic stress disorder in women from a psychometric perspective. *Journal of Personality Assessment, 70*, 277-298.
- Anderson, K. M. (1997). Uncovering survival abilities in children who have been sexually abused. *Families in Society, 78*, 592-599.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., & Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 15*, 537-556.
- Berliner, L., & Kolko, D. (2000). What works in treatment services for abused children. In M. P. Kluger, G. Alexander & P. A. Curtis (Eds.), *What works in child welfare* (pp. 97-104). Washington, DC: Child Welfare League of America, Inc.
- Briere, J. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage.
- Briere, J. N., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children, 4*, 54-69.
- Chaffin, M. (1992). Factors associated with treatment completion and progress among intrafamilial sexual abusers. *Child Abuse & Neglect, 16*, 251-264.
- Chaffin, M., Bonner, B. L., Worley, K. B., & Lawson, L. (1996). Treating Abused Adolescents. In J. Briere, L. Berliner, J. A. Bulkley, C. Jenny & T. Reid (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (pp. 119-139). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dembo, R., Williams, L., Schmeidler, J., Berry, E., Wothke, W., Getreu, A., Wish, E. D., & Christensen, C. (1992). A structural model examining the relationship between physical child abuse, sexual victimization, and marijuana/hashish use in delinquent youth: A longitudinal study. *Violence & Victims, 7*, 41-61.
- DeYoung, M., & Corbin, B. A. (1994). Helping early adolescents tell: a guided exercise for trauma-focused sexual abuse treatment groups. *Child Welfare, 73*, 141-154.
- Dufour, M. H., Nadeau, L., & Bertrand, K. (2000). Factors in the resilience of victims of sexual abuse: An update. *Child Abuse & Neglect, 24*, 781-797.
- Erikson, E. (1974). Les huit étapes de l'homme. In i. é. Delachaux et Niestlé (Ed.), *Enfance et Société* (pp. 169-180). Paris.

- Finkelhor, D., & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children : A review and recommendations. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*, 1408-1423.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1988). Assessing the long-term impact of child sexual abuse : a review and conceptualization. In L. A. E. Walker (Ed.), *Handbook on sexual abuse of children : assessment and treatment issues* (pp. 55-71). New-York: Springer Publishing Company, Inc.
- Forbey, J. D., Ben-Porath, Y. S., & Davis, D. L. (2000). A comparison of sexually abused and non-sexually abused adolescents in a clinical treatment facility using the MMPI-A. *Child Abuse & Neglect, 24*, 557-568.
- Green, S. M., Russo, M. F., Navratil, J. L., & Loeber, R. (1999). Sexual and physical abuse among adolescent girls with disruptive behavior problems. *Journal of Child & Family Studies, 8*, 151-168.
- Grilo, C. M., Sanislow, C., Fehon, D. C., Martino, S., & McGlashan, T. H. (1999). Psychological and behavioral functioning in adolescent psychiatric inpatients who report histories of childhood abuse. *American Journal of Psychiatry, 156*, 538-543.
- Hall, D. K. (1999). "Complex" posttraumatic stress disorder/disorders of extreme stress (CP/DES) in sexually abused children: An exploratory study. *Journal of Child Sexual Abuse, 8*, 51-71.
- Harvey, M. R. (1996). An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 3-23.
- Harvey, M. R., Liang, B., Harney, P. A., Koenen, K., Tummala-Narra, P., & Lebowitz, L. (2003). A multidimensional approach to the assessment of trauma impact, recovery and resiliency. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 6*, 87-109.
- Harvey, M. R., Westen, D., Lebowitz, L., Saunders, E., Avi-Yonah, O., & Harney, P. A. (1994). *Multidimensional Trauma Recovery and Resiliency Interview (document inédit)*. Cambridge, MA: The Cambridge Hospital Victims of Violence Program.
- Harvey, M. R., Westen, D., Lebowitz, L., Saunders, E., & Harney, P. A. (1998). *Multidimensional Trauma Recovery and Resiliency Scale: 1998-1999 Clinical Rating Form with Handscoring Instructions (document inédit)*. Cambridge, Mass.: The Cambridge Hospital Victims of Violence Program.

- Herman, J. L. (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 377-391.
- Herman, J. L. (1992b). *Trauma and Recovery*. New-York: Basic Books.
- Horowitz, L. A., Putnam, F. W., & Noll, J. G. (1997). Factors affecting utilization of treatment services by sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect, 21*, 35-48.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*, 164-180.
- Kumpfer, K. L. (1999). Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework, Glantz, Meyer D. (Ed); Johnson, Jeannette L. (Ed). (1999). *Resilience and development: Positive life adaptations. Longitudinal research in the social and behavioral sciences. 179-224.*
- Lebowitz, L., Harvey, M. R., & Herman, J. L. (1993). A stage-by-dimension model of recovery from sexual trauma. *Journal of Interpersonal Violence, 8*, 378-391.
- Luthar, S. S. (1993). Annotation: Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 34*, 441-453.
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development & Psychopathology, 12*, 857-885.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*, 543-562.
- Lynskey, M. T., & Fergusson, D. M. (1997). Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 21*, 1177-1190.
- Masten, A. S. (1999). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research, Glantz, Meyer D. (Ed); Johnson, Jeannette L. (Ed). (1999). *Resilience and development: Positive life adaptations. Longitudinal research in the social and behavioral sciences. (pp. 281-296). xiv, 303pp.*
- Mennen, F. E., & Meadow, D. (1993). The relationship of sexual abuse to symptom levels in emotionally disturbed girls. *Child & Adolescent Social Work Journal, 10*, 319-328.

- Messier, C. (1986). *Le traitement des cas d'inceste père-fille: une pratique difficile*. Québec: Ministère de la Justice.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress, 10*, 3-16.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*, 269-278.
- Robineault, P. (1998). *Prises en charges actives et nouvelles prises en charges (38 GS) 1997/98, tiré à part du Rapport Statistique Annuel des Centres Jeunesse de Montréal 1997 -1998*. Montréal: Publication du gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.
- Rorty, M., & Yager, J. (1996). Histories of childhood trauma and complex post-traumatic sequelae in women with eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 19*, 773-791.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV field trials for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 10*, 539-555.
- Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse & Neglect, 20*, 709-723.
- Spaccarelli, S., & Kim, S. (1995). Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect, 19*, 1171-1182.
- Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (sous presse). Facteurs contextuels associés aux symptômes d'adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale. *Child Abuse & Neglect*.
- Tourigny, M., Mayer, M., Wright, J., Lavergne, C., Hélie, S., Trocmé, N., Bouchard, C., Chamberland, C., Cloutier, R., Jacob, M., Larrivée, M.-C., & Boucher, J. (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIQ)*. Montréal: Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale.

- Tourigny, M., Péladeau, N., & Doyon, M. (1993). *Évaluation sommative du programme de traitement des enfants abusés sexuellement implanté dans la région de Lanaudière par le centre des services sociaux Laurentides-Lanaudière*. Montréal: Laboratoire de Recherche en Écologie Humaine et Sociale. Université du Québec à Montréal.
- Tremblay, C., Hébert, M., & Piché, C. (2000). Type I and type II posttraumatic stress disorder in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse, 9*, 65-90.
- Trolley, B. C. (1995). Group issues and activities for female teen survivor of sexual abuse. *Child and Adolescent Social Work Journal, 12*, 101-119.
- van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry, 148*, 1665-1671.

Appendice I

Version française adaptée pour adolescents du *Multidimensional Trauma, Recovery and Resiliency Interview and Scale* et Tableau descripteur des huit domaines du MTRR

MTRR-entrevue pour adolescents (version longue)

Traduction et adaptation pour adolescents du *Multidimensional Trauma, Recovery*

and Resiliency Interview - MTRRI v.4 (*long version*) de

Harvey, M.R., Westen, D., Lebowitz, L., Saunders, E. and Harney, P. A.

The Cambridge Hospital Victims of Violence Program (octobre 1995)

par

Isabelle Daigneault

Département de psychologie

Université de Montréal

Février 1998

© Isabelle Daigneault

Ne pas distribuer sans la permission des auteurs

MTRR-entrevue pour adolescents (version longue)

Instructions pour les interviewers: Cette entrevue doit être menée comme une entrevue clinique, à l'aide de questions d'investigation selon le niveau de compétences clinique et d'empathie de l'interviewer et à l'aide d'invitations (prompts) seulement lorsque le discours spontané de l'adolescent(e) ne vous donne pas l'information nécessaire. Si l'adolescent(e) dit quelque chose dont le sens est ambigu ou qui pourrait mener à de l'information importante, l'interviewer devrait explorer davantage dans la mesure du possible, comme lors d'entrevues cliniques. Tout en tenant compte de la limite de temps, l'interviewer devrait demander des exemples spécifiques et concrets plutôt que de se fier aux commentaires généraux de l'adolescent(e) sur ses processus psychologiques. Lorsque des réponses antérieures ont déjà clairement répondu à certaines questions et que les questions d'entrevue deviennent redondantes, il n'est pas nécessaire de les poser. Il est préférable de suivre le discours spontané de l'adolescent(e) en l'aidant à préciser son discours tout en s'assurant que tous les domaines visés par les questions ont été couverts.

Toutes les questions précédées d'un astérisque (4, 6, 9, 11, 13 et 16) explorent, dans la version originale, les changements observés dans la vie adulte depuis l'enfance et l'adolescence dans les différents domaines. Ces questions sont moins pertinentes pour des adolescent(e)s pour qui les événements traumatiques viennent de se terminer ou même sont encore d'actualité. Il peut cependant être important de porter attention dans le discours des adolescent(e)s aux informations qu'ils/elles donnent concernant des changements, même sur un court laps de temps. Par exemple, l'interviewer devrait porter attention à des mots ou des expressions tels que « avant », « au début », « sur le coup », « après », « maintenant ». Il peut alors devenir pertinent d'explorer les

changements, leur étendue, leur durée...

L'interviewer devrait prendre des notes durant l'entrevue sur les commentaires faits par le sujet afin de pouvoir y revenir pour plus d'informations et sur les commentaires qui peuvent être utilisés pour coter l'entrevue (aussi possible lors de la réécoute d'un enregistrement audio). **Si vous évaluez cette entrevue à l'aide de l'échelle Likert, soyez certains de le faire dans les 24 heures suivant l'entrevue ou suivant la réécoute audio ou vidéo de l'entrevue et après avoir révisé vos notes.** Le fait d'attendre plus de 24 heures ajoute une marge d'erreur considérable puisque la mémoire pour les détails spécifiques s'atténue avec le temps. Ne pas relire ses notes avant de coter l'entrevue ajoute aussi de l'erreur à la mesure. Les sujets offrent fréquemment des détails importants sur eux-mêmes au début de l'entrevue, que l'on oublie souvent ultérieurement.

La version courte de l'entrevue ne contient que les questions en caractères gras et les commentaires en caractères italiques qui les suivent. Pour alléger le document et le rendre plus facilement utilisable au cours de l'entrevue, les invitations qui suivent les questions et les commentaires sont omises dans la version courte (*P.*).

MTRR-entrevue pour adolescents (version longue)

J'aimerais commencer par te poser diverses questions sur ta vie. Je vais peut-être devoir t'interrompre à divers moments, pour que l'entrevue dure environ une heure et demie.

1. Peux-tu commencer par me parler de ton enfance, en commençant par les plus vieux souvenirs que tu as, en remontant à travers tes souvenirs de toutes les années passées jusqu'à aujourd'hui, un peu comme si tu me racontais l'histoire de ta vie ou que tu écrivais une autobiographie?

Explorer la présence d'un ou deux souvenirs spécifiques si le sujet ne parle que de généralités. Explorer pour des souvenirs positifs et négatifs si l'un des deux est absent.

2. Maintenant, si tu le peux, parle-moi d'une expérience douloureuse ou traumatique que tu as vécue. Y a-t-il eu d'autres événements dans ton enfance ou ton adolescence qui ont été douloureux ou traumatiques?

P. Quand tu te rappelles des événements comme ceux-là, comme tu le fais maintenant, est-ce que tu ressens quelque chose? Par exemple, est-ce que tu te souviens de la façon dont tu t'es senti au moment des événements ou si tu revis ces sentiments en te rappelant les événements?

3. Maintenant, peux-tu me parler de ta vie actuelle – comment vont tes études, ce que tu fais comme travail si tu travailles; qui sont les personnes importantes dans ta vie; ou tout autre événement qui a été particulièrement important pour toi, bon ou mauvais?

Explorer les domaines suivants, en suivant le discours de la personne pour déterminer l'ordre des questions.

1. Capacité de raconter une histoire de vie cohérente et continue

P. Est-ce qu'il y a des trous dans ta mémoire, de longues périodes qui semblent manquer ou qui sont floues, des semaines, des mois, même des années?

P. D'habitude, te souviens-tu de ce qui t'arrive au jour le jour? Est-ce que tu as tendance à oublier facilement des choses qui viennent juste de t'arriver?

2. Statut et histoire de travail *(le travail est moins pertinent pour les adolescent(e)s surtout les plus jeunes – explorer plutôt l'histoire et le statut scolaire récent) (Est-ce que la personne peut travailler/étudier efficacement lors de périodes de stress, est-ce qu'elle se sert du travail/école pour éviter des sentiments perturbateurs ou éviter des relations, etc. Est-ce que la personne est engagée dans un travail/domaine d'étude motivant et valorisant? Est-ce que la personne se sert du travail/études d'une façon positive (comme structure, routine, soutien financier, estime de soi...?))*

3. Les relations familiales. *Est-ce que la personne maintient des liens avec sa famille d'origine? Est-ce que la personne a établi sa propre famille ou un réseau qui fonctionne comme une famille et distinct des amitiés en général?*

P. Est-ce qu'il y a des membres de ta famille ou tes amis que tu considères comme une famille, sur qui tu sais que tu peux compter et qui peuvent compter sur toi. Est-ce que tu es capable de parler de choses intimes ou importantes pour toi avec ta famille?

4. Histoire de relations amoureuses et sexuelles. *S'assurer d'explorer la qualité des relations - aimantes, abusives... Si le participant reconnaît être actif sexuellement, explorer sa capacité à négocier et à s'engager dans des pratiques sexuelles sécuritaires et consensuelles ou s'il a tendance à s'engager sans discernement dans des relations sexuelles où il y a de l'exploitation.*

P. (pour une ou deux relations amoureuses/sexuelles significatives, incluant la dernière) Peux-tu me décrire un moment que tu as passé avec (nom de la personne) qui est typique de votre relation?

P. Est-ce que ce serait correct si je te posais quelques questions sur la sexualité? C'est comment pour toi le sexe? Généralement, est-ce que tu prends plaisir à la sexualité ou est-ce que ça te fait parfois sentir anxieux(se) ou inconfortable? Est-ce que ça t'arrive de détester cela ou de l'éviter?

5. Vie sociale et qualité des amitiés. *Est-ce que la personne a des amitiés intimes durables?*

P. Est-ce que tu as des amis sur qui tu peux compter et qui peuvent compter sur toi? Est-ce que tu as des amis avec qui tu partages des choses intimes et importantes pour toi? Est-ce que tes amis connaissent ton histoire d'abus sexuel?

P. Est-ce qu'il y a des hommes et des femmes dans tes amis?

P. Est-ce qu'il y a de tes amis qui ont aussi eu une histoire comme la tienne? Est-ce que vous passez du temps à parler de ces expériences ensemble? Parlez-vous aussi d'autres choses?

6. Relations plus générales. *Lorsque nécessaire, explorer les points suivants.*

P. Est-ce que tes relations ont tendances à être égalitaires ou bien si un des deux a le dessus sur l'autre?

P. Est-ce que tu as de la difficulté à faire confiance aux gens? Est-ce que ça t'arrive de faire trop confiance aux autres?

P. D'habitude, est-ce que tu es capable de demander ce que tu veux et ce dont tu as besoin dans une relation? Te sens-tu confortable de dire non aux gens quand tu en as besoin?

P. Est-ce qu'il y a des façons dont tu peux prendre soin des autres? Est-ce qu'il y a des façons dont les autres peuvent prendre soin de toi?

P. Est-ce que tu as déjà été dans une relation avec quelqu'un qui abusait de toi

émotivement, physiquement ou sexuellement? Est-ce que les gens autour de toi s'inquiètent de ton bien-être dans ta relation avec quelqu'un d'autre?

P. Est-ce que ça t'arrive de t'inquiéter de ta colère dans tes relations? Est-ce que cela t'est déjà arrivé d'abuser émotivement, physiquement ou sexuellement de quelqu'un?

***4. Est-ce que le type de relations que tu établis ou la qualité de ces relations ont changés avec le temps (dans les dernières années), autant avec ta famille, qu'avec tes amis ou tes amoureux?**

5. Tu m'as parlé d'expériences pas mal douloureuses (mentionner ce que la personne a dit d'une expérience douloureuse dans l'enfance ou l'adolescence). Est-ce qu'il arrive que des souvenirs de ces expériences ou d'autres expériences douloureuses arrivent tout à coup dans ta tête et t'empêchent de penser à autre chose ou t'empêchent de faire quelque chose?

Si oui, explorer la fréquence et le dernier épisode. Explorer, si approprié, les thèmes suivants

P. Lorsque cela arrive, est-ce qu'il y a des choses que tu peux faire pour te changer les idées, pour t'éloigner de ces souvenirs? Est-ce qu'elles fonctionnent?

P. As-tu des sentiments différents aujourd'hui quand tu repenses à ces événements? Lorsque tu te souviens d'événements qui t'ont déjà fait peur, est-ce qu'il t'arrive d'avoir des réactions surprenantes, comme de partir à rire?

P. Est-ce que tu as déjà eu l'impression que quelque chose d'épouvantable, qui t'est arrivé dans le passé, t'arrivait de nouveau?

P. Est-ce que cela t'arrive d'être tellement bouleversé(e) ou débordé(e) par un souvenir que tu ne peux plus fonctionner, travailler/étudier?

***6. Est-ce qu'il y a eu des changements dans les souvenirs de ton passé, dans la**

façon de te souvenir de ton passé, par exemple dans les détails dont tu te rappelles ou de leur intensité?

7. Crois-tu que les événements traumatisants que tu as vécus affectent ta vie de tous les jours aujourd'hui, de quelque façon que ce soit?

P. As-tu des difficultés à dormir? Fais-tu des cauchemars?

P. Comment sont tes habitudes alimentaires? (explorer pour des problèmes d'appétit reliés à la dépression et à des troubles alimentaires)

P. Es-tu facilement surpris(e) ou sursautes-tu facilement? Te sens-tu souvent sur tes gardes, comme si tu voulais être attentif(ve) au moindre danger?

P. Est-ce que tu as vécu d'autres événements traumatiques depuis qui peuvent ressembler à ce que tu as vécu auparavant?

P. Est-ce que tu fais exprès d'éviter de faire des choses pour ne pas être bouleversé(e)? (si oui) Est-ce que cela interfère/ dérange ta vie?

P. Est-ce que l'alcool et la drogue font ou ont déjà fait partie de ta vie?

8. Quand tu es anxieux(se) ou bouleversé(e), quelles sont les choses que tu peux faire pour t'aider à t'en sortir ou à en venir à bout?

Explorer autant pour des stratégies adaptées que mésadaptées.

P. Est-ce que tu as des moyens de te calmer quand tu en as besoin?

P. Est-ce qu'il y a des activités que tu fais pour le plaisir, ou te relaxer ou diminuer ton stress?

P. Est-ce qu'il y a d'autres choses que tu fais, comme faire partie d'un groupe, qui t'aident à faire face à tes pensées ou tes sentiments qui sont dérangeants?

***9. Est-ce que tu as changé dans la façon que tu as de t'aider à t'en sortir ou de**

venir à bout de tes difficultés?

10. Maintenant, je vais te poser des questions sur tes sentiments et sur la façon dont tu t'en occupes. Quelle est ton humeur normale, c'est-à-dire, comment te sens-tu d'habitude?

P. Es-tu une personne qui ressent toutes sortes d'émotions, comme le bonheur, la tristesse, la colère, la peur, l'excitation, la curiosité, ou est-ce qu'il y a des émotions que tu ne ressens pas souvent?

P. Es-tu une personne émotive? Est-ce que tes émotions ont tendance à être intenses? (demander un exemple spécifique)

P. Te sens-tu souvent triste? Anxieux(se) ou paniqué(e)? Honteux(se)? Coupable? Fâché(e)? (explorer les émotions spécifiques lorsque pertinent)

P. Est-ce qu'il y a des émotions qui sont particulièrement difficiles à tolérer pour toi? Par exemple, est-ce que c'est difficile pour toi de te sentir fâché(e)? ou de te sentir heureux(se) et optimiste? (explorer comment il/elle gère ces émotions en demandant des exemples spécifiques)

P. Est-ce qu'il t'arrive d'avoir de la difficulté à savoir ce que tu ressens? par exemple, y'a-t-il des moments où tu te sens agité(e), mais sans vraiment savoir ce qu'est ce sentiment?

P. Est-ce qu'il y a des moments où tu ne ressens pas grand-chose ou que tu te sens engourdi(e)? As-tu l'impression de te couper de tes émotions?

P. Est-ce qu'il t'arrive d'avoir des sensations intenses ou des sensations corporelles étranges qui semblent provenir de nulle part?

***11. Est-ce qu'il y a eu des changements dans ta vie dans ce que tu ressens, dans l'intensité avec laquelle tu ressens les choses, dans ta capacité à composer avec des**

sentiments plus difficiles?

12. Maintenant, je vais te poser des questions sur la façon dont tu te vois, la façon dont tu te sens face à toi-même, et la façon dont tu prends soin de toi-même. On peut commencer par les sentiments. En général, comment te sens-tu face à toi-même? Est-ce que tes sentiments par rapport à toi ont tendance à changer beaucoup d'un jour à l'autre, ou d'un moment à l'autre?

Explorer, si c'est approprié, les sentiments d'être différent, ou spécial(e), les sensations d'intégration (wholeness) vs. les sensations de fragmentation ou de discontinuité du sens de soi, pour des sentiments d'être féminin ou masculin, des sentiments liés au corps et des informations sur les capacités d'autoprotection du sujet vs. l'automutilation/ destruction.

P. Trouves-tu que tu es une personne spéciale ou différente, que ce soit positivement ou négativement? (si la personne a une faible estime d'elle-même, explorer expérience de soi comme étranger, mauvais ou endommagé)

P. En général, te sens-tu comme une personne entière, ou si parfois tu te sens comme si les différentes parties de toi n'allaient pas ensemble? As-tu déjà utilisé un autre nom que le tien ou donné différents noms pour séparer des parties de toi-même? T'es-tu déjà senti(e) comme si tu étais plusieurs personnes? As-tu tendance à garder des secrets, ou à travailler fort pour garder séparées différentes parties de ta vie?

P. As-tu déjà eu l'impression de quitter ton corps ou que ton corps t'apparaissait étrange ou irréel?

P. Est-ce que tes espoirs et tes objectifs restent pas mal les mêmes de semaine en semaine ou s'ils changent souvent?

P. Comment te sens-tu en tant que femme/homme?

P. Comment te sens-tu face à ton corps? Est-ce que tu prends bien soin de toi et de ton corps ou s'il y a des moments où tu ne le fais pas?

P. Comment te portes-tu physiquement? As-tu souvent des maux de tête, de dos, les muscles tendus, ou des crampes d'estomacs? Est-ce que tu recherches de l'aide médicale quand tu en as besoin? Est-ce qu'il t'arrive d'attendre trop longtemps pour voir le médecin?

P. Est-ce qu'il t'arrive d'avoir l'impulsion/ l'envie de te blesser, comme de te couper ou de te brûler? As-tu des tatouages ou des parties de ton corps, autre que les oreilles, qui sont percées?

P. Est-ce qu'il t'arrive de prendre des risques qui ne sont pas nécessaires, comme de conduire dangereusement, ou te promener seul(e) dans des parties dangereuses de la ville lorsque tu n'as pas à le faire ou de rentrer à la maison avec des étrangers qui pourraient te blesser? Est-ce qu'il t'arrive de te retrouver dans des situations dégradantes où tu te sens humilié(e)?

***13. Avec le temps, est-ce que tu as changé la façon dont tu te traites ou dont tu traites ton corps?**

14. Est-ce que tu trouves que la vie a un sens?

Suggérer : Est-ce que tu as parfois l'impression que la vie n'a pas de sens? Explorer l'intensité et la chronicité de ces sentiments.

P. Qu'est-ce qui donne un sens à ta vie?

P. Est-ce qu'il y a des gens ou des groupes qui donnent un sens à ta vie et avec qui tu partages des valeurs et des buts communs? Sens-tu que tu fais partie d'une communauté plus large? Es-tu impliqué(e) dans des groupes communautaires, des activités ou des causes communautaires?

P. Te perçois-tu comme une personne religieuse ou spirituelle? (si oui) Est-ce qu'il y a des pratiques religieuses ou spirituelles qui sont une partie importante de ta vie?

15. Comment comprends-tu ou expliques-tu les expériences douloureuses ou traumatiques que tu as vécues dans ta vie?

P. Qui ou quoi considères-tu responsable de ce qui t'est arrivé?

P. Jusqu'à quel point est-ce que ta vie actuelle tourne autour de ces événements?

P. Est-ce que le monde t'apparaît être un endroit dangereux? Est-ce que ta façon de voir le monde te sépare des autres ou te fait sentir seul(e)?

***16. Avec le temps, est-ce qu'il y a eu des changements dans ta façon de comprendre ces événements? Comment? As-tu l'impression que la vie a plus de sens ou moins de sens qu'auparavant?**

17. Comment te sens-tu face à l'avenir?

P. Es-tu optimiste face à la façon dont ta vie va se dérouler? Que te vois-tu faire dans les quelques prochaines années? Es-tu optimiste face au déroulement futur de la vie d'autres personnes?

18. J'apprécie vraiment le temps que tu as pris pour répondre à ces questions. Comment ça s'est passé pour toi?

Est-ce qu'il y aurait d'autres difficultés ou d'autres ressources que tu as dont nous n'avons pas parlé?

Est-ce que tu aimerais ajouter quelque chose?

Est-ce que tu as des questions?

Terminer l'entrevue en remerciant le/la participant(e), en l'invitant à poser des questions et en l'assurant de la valeur et de la contribution qu'il/elle nous apporte, à la

recherche et aux autres victimes.

MTRR-échelle

Traduction du (12/95) de

Harvey, M.R., Westen, D., Lebowitz, L., Saunders, E. and Harney, P. A.

The Cambridge Hospital Victims of Violence Program (1995)

Par

Isabelle Daigneault

Département de psychologie

Université de Montréal

Février 1998

© Isabelle Daigneault

Ne pas distribuer sans la permission des auteurs

MTRR-échelle

Item	Domaine I. Autorité sur le processus de remémoration	<u>Encerclez</u> 1 = ne décrit pas bien du tout 5 = décrit tout à fait bien	<u>Cotes</u> 1 à 5	score
3.	Mémoire pour la vie actuelle est relativement continue.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
4.	A de la difficulté à se souvenir d'événements très récents.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
15.r	Peut se rappeler et raconter aux autres une histoire relativement complète de sa vie, de l'enfance à aujourd'hui.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
17.	Peut se souvenir d'événements douloureux, incluant des événements traumatisants, avec détails et clarté.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
26.	A des souvenirs relativement continus d'événements de l'enfance et de l'adolescence.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
27.	Peut se souvenir d'événements autant positifs que négatifs de l'enfance et de l'adolescence.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
33.*	A des cauchemars ou des terreurs nocturnes dans lesquels il/elle revit les événements traumatiques.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
52.*	Des pensées, des souvenirs ou des images non désirées font intrusion dans la conscience.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
62.r**	Fonctionne de façon adaptée après avoir recouvré des souvenirs douloureux, incluant des souvenirs d'événements traumatiques.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
89.*	Se comporte à l'occasion comme si un événement passé (surtout un événement passé traumatique) avait lieu alors qu'il n'a pas lieu.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
97.r	Peut choisir de se rappeler ou de mettre de côté des souvenirs douloureux, incluant des événements traumatiques.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
Note: r = items de l'échelle de résilience		Total de tous les items = _____		
* items évaluant le stress post-traumatique		/ nombre total d'items = _____		
** items optionnels pour l'évaluation		score moyen = _____		

Item	Domaine II. Intégration des affects et de la mémoire	<u>Encerclez</u> 1 = ne décrit pas bien du tout 5 = décrit tout à fait bien	<u>Cotes</u> 1 à 5	score
11.	Lors du rappel d'événements douloureux ou traumatiques, est capable de se souvenir des émotions vécues à ce moment.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
12.	Lors du rappel d'événements douloureux ou traumatiques, est capable de ressentir les émotions vécues à ce moment.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
53. *	Lorsque la personne se rappelle des événements douloureux ou traumatiques, elle alterne entre être submergée par les émotions et ne ressentir aucune émotion.	1 2 3 4 5 6-	_____ =	_____
60.r	Les souvenirs d'événements douloureux ou traumatiques incluent des sentiments du passé et de nouveaux (peuvent être différents) sentiments à propos du passé.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
94.r	Peut réfléchir à propos d'événements douloureux, incluant des événements traumatiques, avec une variété de sentiments appropriés.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
Note: r = items de l'échelle de résilience		Total de tous les items = _____		
* items évaluant le stress post-traumatique		/ nombre total d'items = _____		
** items optionnels pour l'évaluation		score moyen = _____		

Item	Domaine III. Tolérance, étendue et régulation des affects	<u>Encerclez</u> 1 = ne décrit pas bien du tout 5 = décrit tout à fait bien	<u>Cotes</u> 1 à 5	score
18.	Est capable de réguler des affects déplaisants sans avoir recours à des comportements autodestructeurs ou automutilatoires (p. ex., abus de substance...)	1 2 3 4 5	_____ =	_____
21. *	Le fonctionnement quotidien est compromis par l'évitement de pensées ou de situations qui pourraient provoquer des émotions déplaisantes ou difficiles.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
24.r	Est capable de vivre une grande variété d'émotions, spécifiquement: la colère, la peur/anxiété, la tristesse, la honte, le plaisir, l'anticipation, la joie, l'espoir.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
25.r	Est capable de vivre une variété d'intensités de chacune de ces émotions.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
28.	Ressent souvent une rage et une colère intense.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
30. *	Se sent souvent émotionnellement engourdi(e).	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
37.	Ressent souvent de l'impuissance.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
38.	Ressent l'impulsion d'abuser de l'alcool ou de drogues, qu'il/elle s'y adonne ou non.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
39.	Abuse de l'alcool ou de la drogue.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
40.*	Revit rarement les affects intenses liés au trauma, comme la terreur, la rage, une surstimulation submergeante et le désespoir absolu.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
67.	Est troublé(e) par des sentiments de honte et de culpabilité.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
78.	Se sent souvent sans espoir ou déprimé(e).	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
88.	Se sent souvent anxieux(se).	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
93.r	Maintien une vision réaliste des situations même lorsque les émotions sont fortes.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
98.	Est troublé(e) par des sentiments de perte et de deuil.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
Note: r = items de l'échelle de résilience		Total de tous les items = _____		
* items évaluant le stress post-traumatique		/ nombre total d'items = _____		
** items optionnels pour l'évaluation		score moyen = _____		

Item	Domaine IV. Maîtrise des symptômes et stratégies d'adaptation positives	<u>Encerclez</u> 1 = ne décrit pas bien du tout 5 = décrit tout à fait bien	<u>Cotes</u> 1 à 5	score
7.r	Utilise l'humour pour gérer le stress de façon efficace et appropriée.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
10.r	Peut accepter de l'aide et la vivre de façon aidante.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
13. *	Est facilement saisi(e), surpris(e) (sursaute facilement).	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
44.r	Utilise efficacement d'une ou de plusieurs techniques de gestion de stress.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
47.r	Trouve du plaisir à son travail et à ses études et est capable de se concentrer sur une tâche malgré les stressseurs extérieurs.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
51.r	Utilise des capacités imaginatives afin de gérer la détresse.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
54.	A des attaques de panique.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
61.r**	Répond de façon empathique aux besoins des autres.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
65.r	Reconnaît et évite les situations pouvant provoquer de l'anxiété.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
73.**	Est préoccupé(e) ou distrait(e) par des peurs de dangers potentiels.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
82.*	A le sommeil troublé.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
85.**	Est excessivement préoccupé(e) par des soucis d'ordres médicaux ou par des troubles physiques reliés au stress.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
Note: r= items de l'échelle de résilience		Total de tous les items = _____		
* items évaluant le stress post-traumatique		/ nombre total d'items = _____		
** items optionnels pour l'évaluation		score moyen = _____		

Item	Domaine V. Estime de soi (regard positif et soins)	Encerclez 1 = ne décrit pas bien du tout 5 = décrit tout à fait bien	Cotes 1 à 5	score
2.	Prend des risques non nécessaires concernant sa sécurité physique.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
9.r	Démontre une capacité à prendre soin de lui/elle-même en maintenant des routines de sommeil et d'alimentation saines.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
20.r	Attribue une quantité et une variété de qualités positives et valorisées au soi (p. ex., se perçoit comme étant une personne compatissante et aimante, empathique, compétente, créative, travaillante).	1 2 3 4 5	_____ =	_____
22.	Se perçoit comme une personne mauvaise, stigmatisée ou aliénée.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
29.	Démontre une capacité à prendre soin de soi en s'engageant dans une variété équilibrée d'activités qui lui sont significatives.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
35.	Se sent digne de soins et d'attention de la part des autres.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
41.	A des pensées ou des impulsions suicidaires, qu'il/elle passe aux actes ou non.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
42.	Agit parfois sur des impulsions ou des pensées suicidaires.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
45.	A des impulsions de se blesser, comme de se couper, de se brûler, qu'il/elle agisse ou non sur ces impulsions.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
46.	A des comportements automutilatoires, comme de se couper ou de se brûler.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
64.**	Se perçoit comme étant mentalement, émotionnellement ou physiquement endommagé(e).	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
71.	Se perçoit comme une personne « spéciale », de façon inquiétante: p. ex., a été choisie spécialement pour subir des représailles, ou est particulièrement puissante, possédant des pouvoirs mystérieux.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
72.	Reconnaît et évite les situations qui pourraient être dégradantes, humiliantes ou inutilement douloureuses.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
75.**	Est confortable avec son orientation sexuelle.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
84.r	A une occupation ou un niveau scolaire qui est approprié à ses talents et à ses connaissances.	1 2 3 4 5	_____ =	_____

Item **Domaine V. Estime de soi (regard positif et soins)**

<u>Encerclez</u>	<u>Cotes</u>	score
1 = ne décrit pas bien du tout	1 à 5	
5 = décrit tout à fait bien		

Note: r = items de l'échelle de résilience
 * items évaluant le stress post-traumatique
 ** items optionnels pour l'évaluation

Total de tous les items =	_____
/ nombre total d'items =	_____
score moyen =	_____

Item	Domaine VI. Cohésion du soi	<u>Encerclez</u> 1 = ne décrit pas bien du tout 5 = décrit tout à fait bien	<u>Cotes</u> 1 à 5	score
14.	Ressent d'étranges et intenses sensations physiques qui semblent provenir de nulle part.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
16.	La perception de soi change de façon marquée selon l'humeur ou la situation.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
34.	Paraît avoir plusieurs personnalités en compétition pour le contrôle de la conscience et qui peuvent avoir peu conscience les unes des autres.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
57.	Vit des états dissociatifs (p. ex., avoir l'impression de quitter son corps ou que ses sentiments sont ailleurs).	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
63.**	Mène une vie soigneusement compartimentée, caractérisée par le secret et la duplicité.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
69.	A pris le contrôle sur les capacités dissociatives qui ont déjà compromis l'état psychologique et le fonctionnement quotidien.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
79.r	Se sent comme une personne intégrée, dont les actions et les émotions vont ensemble de façon cohérente.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
99.	Semble entrer dans un état second ou dissociatif lorsqu'il/elle raconte des expériences traumatiques.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
Note: r = items de l'échelle de résilience		Total de tous les items = _____		
* items évaluant le stress post-traumatique		/ nombre total d'items = _____		
** items optionnels pour l'évaluation		score moyen = _____		

Item	Domaine VII. Attachement	<u>Encerclez</u> 1 = ne décrit pas bien du tout 5 = décrit tout à fait bien					<u>Cotes</u> 1 à 5	score
5.	S'engage dans des relations où il/elle est émotivement, physiquement ou sexuellement abusif(ve).	1	2	3	4	5	6 - _____ = _____	
6.	S'engage dans des relations où elle est émotivement, physiquement ou sexuellement abusé(e).	1	2	3	4	5	6 - _____ = _____	
19.	Est confortable avec les relations actuelles avec la famille d'origine (incluant le degré de contact).	1	2	3	4	5	_____ = _____	
31.	Est capable d'établir et de maintenir des relations intimes sécuritaires et mutuellement satisfaisantes.	1	2	3	4	5	_____ = _____	
36.	Est inhabituellement sensible ou préoccupé(e) par des questions de pouvoir et de contrôle dans les relations.	1	2	3	4	5	6 - _____ = _____	
43.	A des expériences généralement positives avec les membres du sexe opposé.	1	2	3	4	5	_____ = _____	
55.	A des impulsions agressives envers les autres.	1	2	3	4	5	6 - _____ = _____	
56.	Agit sur ses impulsions agressives envers les autres. (Mets ses impulsions agressives envers les autres en action).	1	2	3	4	5	6 - _____ = _____	
68.r	Établi et maintien des relations d'amitiés sécuritaires et mutuellement satisfaisantes.	1	2	3	4	5	_____ = _____	
76.	A tendance à ressentir des inclinaisons altruistes.	1	2	3	4	5	_____ = _____	
77.	Agit de façon altruiste.	1	2	3	4	5	_____ = _____	
80.	Évite les contacts sexuels.	1	2	3	4	5	6 - _____ = _____	
81.	S'engage sans discernement ou compulsivement dans des activités sexuelles.	1	2	3	4	5	6 - _____ = _____	
83.*	Évite les relations.	1	2	3	4	5	6 - _____ = _____	
86.	A des expériences généralement positives avec les membres de son propre sexe.	1	2	3	4	5	_____ = _____	
87.**	S'engage dans des relations sexuelles plaisantes avec consentement mutuel.	1	2	3	4	5	_____ = _____	
95.**	Est méfiant(e) même lorsque la confiance est de mise.	1	2	3	4	5	6 - _____ = _____	
96.	Fait trop confiance même lorsque la prudence est de mise.	1	2	3	4	5	6 - _____ = _____	

Item **Domaine VII. Attachement**

Encerclez Cotes score
 1 = ne décrit 1 à 5
 pas bien du
 tout
 5 = décrit tout à
 fait bien

Note: r = items de l'échelle de résilience
 * items évaluant le stress post-traumatique
 ** items optionnels pour l'évaluation

Total de tous les items = _____
 / nombre total d'items = _____
 score moyen = _____

Item	Domaine VIII. Sens donné au trauma	<u>Encerclez</u> 1 = ne décrit pas bien du tout 5 = décrit tout à fait bien	<u>Cotes</u> 1 à 5	score
1.r	A développé une narration de sa vie qui est cohérente, réaliste et qui a du sens, y incluant des événements douloureux ou traumatiques.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
8.	Est préoccupé(e) par des questions d'abus et de trauma.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
23.	La compréhension du passé douloureux ou traumatique est caractérisée par une autocritique excessive et déraisonnable.	1 2 3 4 5	6 - _____ =	_____
32.	La compréhension d'événements douloureux ou traumatiques incorpore des aspects conflictuels et ambigus de la réalité.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
48.	Comprend la nature et l'origine de ses difficultés ou vulnérabilités psychologiques.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
49.	Le fait de faire partie d'une plus grande communauté procure un sens à sa vie.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
50.	Sembler être arrivé(e) à accepter les événements douloureux ou traumatiques du passé.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
58.	Est capable d'entretenir un espoir et un optimisme réaliste face à l'avenir.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
59.	S'engage dans des activités créatives et artistiques afin de donner un sens au trauma antérieur.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
66.	S'engage dans des activités éducatives, philanthropiques ou altruistes afin de donner un sens au trauma antérieur.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
70.	Est impliquée, ou trouve un sens, dans des activités visant à aider des victimes de trauma.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
74.	S'engage dans des actions sociales ou politiques afin de tirer un sens des traumas passés.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
90.	Est capable de trouver du réconfort et un sens d'un ensemble cohérent de valeurs religieuses, spirituelles ou morales.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
91.r	La perception de soi incorpore des expériences douloureuses ou traumatiques, sans être dominée par elles.	1 2 3 4 5	_____ =	_____
92.r	Trouve un sens à la vie (et dans les souffrances ou le trauma passé).	1 2 3 4 5	_____ =	_____

Item **Domaine VIII. Sens donné au trauma**

Encerclez Cotes score
 1 = ne décrit 1 à 5
 pas bien du
 tout
 5 = décrit tout à
 fait bien

Note: r = items de l'échelle de résilience
 * items évaluant le stress post-traumatique
 ** items optionnels pour l'évaluation

Total de tous les items = _____
 / nombre total d'items = _____
 score moyen = _____

Cotation de l'échelle du MTRR

Instructions : L'échelle que vous avez complétée est structurée pour vous aider à calculer les « scores » de chacun des items et un score pour chacun des domaines. Si vous le souhaitez, vous pouvez calculer ceux-ci et les reporter sur le graphique qui accompagne l'échelle pour construire un profil multidimensionnel du client ou du participant que vous avez évalué.

Cotation des items : Le « score » final pour n'importe quel item qui est formulé comme un attribut de guérison positif (p. ex., Mémoire pour la vie adulte – vie actuelle pour les adolescents – est relativement continue) est égal à l'évaluation initiale que vous avez faite de cet item. Par exemple, si vous trouviez que cet item décrivait assez le sujet, vous lui avez probablement donné une évaluation de « 4 » sur l'échelle. Alors, le score final de cet item positif serait aussi de « 4 ».

Le score final pour n'importe quel item qui est formulé comme un attribut problématique de guérison (par ex. : A de la difficulté à se souvenir d'événements très récents) est égal au score de 6 moins l'évaluation initiale que vous avez faite de cet item. Par exemple, si vous trouviez que cet item ne décrivait pas bien du tout le sujet, vous lui avez probablement donné une évaluation de « 1 » sur l'échelle. Le score final de cet item serait alors de 6 moins 1, donc « 5 ».

Calculer les scores des domaines : Chaque domaine est composé d'un certain nombre d'items. Pour calculer le score d'un domaine vous devez additionner les scores de chacun des items de ce domaine et diviser le total par le nombre d'items. Par exemple, si le total des items du domaine 1 – Autorité sur le processus de remémoration – est de 44, et que le domaine compte 11 items qui ont tous obtenu un score individuel, le score moyen du domaine serait de 44 divisé par 11, ou « 4 ».

Si vous n'avez pas assez d'informations pour évaluer un sujet sur un item particulier

ou sur plusieurs items à l'intérieur d'un domaine, vous divisez alors le total par le nombre d'items qui ont effectivement obtenus un score. Ainsi, si le total des items du domaine un donne 40, mais que vous n'avez pu évaluer ce sujet que sur 9 items, le score du domaine serait de 40 divisé par 9, ou « 4,4 ».

Construire un profil : Lorsque vous avez calculé les scores de chacun des domaines pour un sujet, vous pouvez les reporter sur le graphique ci-joint. Le profil qui en résulte peut vous donner un aperçu des forces que cet individu apporte dans le défi de se rétablir d'un traumatisme ainsi que des domaines plus affectés qui nécessiteraient une attention clinique.

Exemple d'un graphique

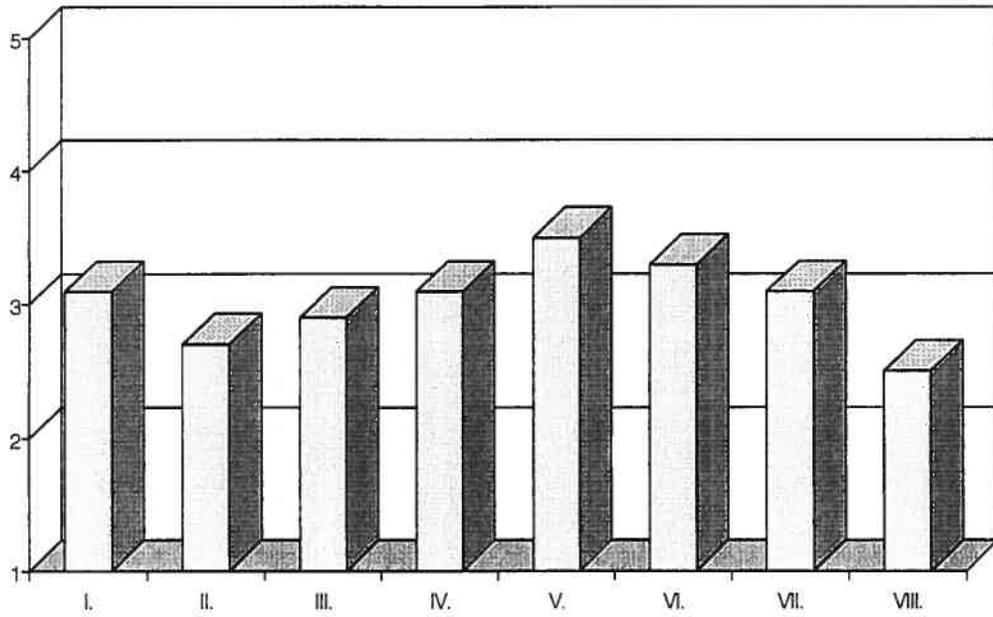


 Tableau descripteur des huit domaines du MTRR

Domaine	Descripteur
Authority over memory	namely, that point in the recovery process at which the trauma survivor is able to choose to recall or not recall the experiences that once eluded meaningful appraisal and/or intruded unbidden into consciousness.
The integration of memory and affect	refers to the survivor's ability to feel what is remembered (i.e. to feel in the present some of the affects that attended the original experience) and to experience new feelings born not only of remembering the past but also of reflecting upon it.
Affect tolerance and regulation	refers to the range of feelings trauma survivors are able to experience and the extent to which they can bear and manage difficult feelings. A hallmark of trauma recovery and a primary goal of trauma-focused treatment is that the survivor gain access to a wide range of feelings and that s/he be able to experience these in a wide but tolerable range of intensities.
Symptom mastery	refers to the degree to which survivors can anticipate, manage, contain, or prevent the cognitive and emotional disruption that arises from posttraumatic arousal. This criterion recognizes that some posttraumatic symptoms will persist. Recovery is apparent not only in the abatement of symptoms, but also in the survivor's ability to anticipate, manage and cope with symptoms that will not abate.

Self-esteem refers to both the experience of self-regard (i.e. regarding oneself as worthy of care) and the capacity for self-care (i.e. the behavioral expression of self-regard). The sign of recovery and the goal of treatment is that the survivor evince a positive sense of self-worth in healthful, self-caring routines and that s/he experience genuine self-regard.

Self-cohesion refers to the extent to which survivors experience themselves as integrated or fragmented, in terms of thought, feeling, and action. Recovery is evident whenever a once highly dissociated patient secures understanding and control over the complex dissociative adaptations that may follow upon early and extreme exposure to violence. It is also evident when the survivor whose life was once organized by secrecy and compartmentalization embraces instead a single, integrated expression of self in the world.

Safe attachment refers to the ability of the survivor to develop feelings of trust, safety, and enduring connection in relationships with others. Recovery from the trauma of interpersonal violence is expressed as a new or renewed capacity for trusting attachment and in the survivor's ability to secure and negotiate personal safety within a relational context.

Meaning making refers to the process by which a survivor struggles to understand and “metabolize” the impact and legacy of a traumatic past. Recovery is evident not in the "settling" or "setting aside" of the past but rather in the sustained search for understanding, hope and optimism about the self, others and the world.

Extrait de l'article de Harvey et collaboratrices (2003)

Appendice II

Questionnaires

Un premier questionnaire d'informations sociodémographiques sur l'adolescente est utilisé. Ce questionnaire nous permet de décrire la composition familiale de l'adolescente (nombre de frères et de sœurs, nombre de frères et de sœurs vivant avec elle, son rang dans la famille), le niveau de scolarité des parents et de l'adolescente, l'âge de l'adolescente et de savoir avec qui elle habite (mère, père, les deux, famille d'accueil, centre de réadaptation...).

Directive: Répond aux questions en encerclant le chiffre qui correspond à ta réponse ou en inscrivant les informations dans les espaces prévus.

- | | |
|--|---|
| 1. Quel est ton sexe? 1. Féminin 2. Masculin | |
| 2. Quel est ton âge: _____ | |
| 3. Combien as-tu de frères et de sœurs? | |
| a) Nombre de frères: _____ | b) Nombre de sœurs: ____ |
| 4. Combien de tes frères et de tes sœurs habitent avec toi? | |
| a) Nombre de frères: _____ | b) Nombre de sœurs: ____ |
| 5. Quel est ton rang dans ta famille (le plus vieux ou la plus vieille de la famille est le premier) | |
| 1. Premier | |
| 2. Deuxième | |
| 3. Troisième | |
| 4. Quatrième | |
| 5. Cinquième | |
| 6. Autre (précise): _____ | |
| 6. En quelle année scolaire es-tu? _____ | |
| 7. En ce moment, avec qui habites-tu? | |
| 1. Mes parents | |
| 2. Ma mère | |
| 3. Mon père | |
| 4. Mes grands-parents | |
| 5. Un membre de la famille élargie (oncle, cousine etc.) | |
| 6. Une famille d'accueil | |
| 7. Centre de réadaptation | |
| 8. Autre. Précisez : _____ | |
| 8. Concernant ta mère, actuellement elle | 9. Concernant ton père, actuellement il |
| 1. Travaille | 1. Travaille |
| 2. Étudie | 2. Étudie |
| 3. Est à la retraite | 3. Est à la retraite |
| 4. Reçoit du bien être social ou du chômage | 4. Reçoit du bien être social ou du chômage |
| 5. N'a aucun revenu | 5. N'a aucun revenu |
| 6. Est décédée | 6. Est décédé |
| 7. Je ne sais pas | 7. Je ne sais pas |
| 10. Approximativement jusqu'où ta mère s'est rendue dans ses études ? | 11. Approximativement jusqu'où ton père s'est rendu dans ses études ? |
| _____ | _____ |
| 12. Quel est ton origine ethnique? | 13. Quelle est ta date de naissance? |
| _____ | _____ |

Le second questionnaire d'information sur le cas est le SARS (Sexuel Abuse Rating Scale - (Friedrich, 1992) - traduction de (Wright, Sabourin et Lussier, 1994). Cet instrument est une échelle de 23 items cotés oui ou non ou en nombre de mois qui est complétée à l'aide des informations déjà contenues aux dossiers des adolescentes. Il permet d'évaluer la sévérité (présence de coercition, de violence physique en plus d'abus sexuel, de pénétration, de négligence), la durée (âge de l'enfant au début des agressions, nombre de mois où a duré l'abus) et la fréquence de l'abus. L'identité de l'abuseur et l'étendue de temps depuis la fin de l'abus sont aussi évaluées. En plus de ces informations, le questionnaire nous permet de savoir si l'adolescente a dénoncé l'abus de façon convaincante, s'il y a des preuves médicales ou autres suggérant l'agression sexuelle, si l'agresseur était un adulte (connu ou inconnu de l'adolescente), si l'autre parent (non abuseur) croit l'adolescente et si l'intervenant croit qu'il acceptera d'agir selon ses recommandations.

Répondre à toutes les questions, en cas d'incertitude répondre non.

1. Oui Non L'enfant a dénoncé l'abus sexuel de façon convaincante.
2. Oui Non Il y a preuve médicale suggérant l'agression sexuelle.
3. Oui Non Il existe d'autres preuves, non médicales, suggérant l'agression sexuelle.
4. Oui Non L'agresseur a attaché l'enfant ou l'a retenu de force.
5. Oui Non Il y eut violence physique (en plus d'agression sexuelle).
6. Oui Non Il y eut négligence de l'enfant (en plus d'agression sexuelle).
7. Oui Non Il y eut pénétration (bouche, anus, vagin).
8. Oui Non Il y eut contact physique sexuel (en plus d'exposition des organes génitaux).
9. Oui Non L'agresseur était une personne significative pour l'enfant (parent, gardien/gardiennne, frère ou sœur aîné, professeur, etc.)
10. Oui Non L'agresseur était un membre de la famille immédiate.
11. Oui Non L'agresseur était un membre de la famille élargie.
12. Oui Non L'agresseur n'était pas un membre de la famille.
13. Oui Non L'agresseur était inconnu de l'enfant.
14. Oui Non L'agresseur principal était un adulte (18 ans et plus).
15. Oui Non Outre votre évaluation, l'abus sexuel fut confirmé par une autre source (services sociaux, police, autre professionnel, aveu de l'agresseur).
16. Oui Non Il y eut plus d'un abuseur.
17. Oui Non Les agressions étaient fréquentes (au moins une fois par semaine).
18. Oui Non L'autre parent (non-abuseur) croit l'enfant.
19. Oui Non Vous croyez que le parent acceptera d'agir selon vos recommandations.
20. Oui Non Ce cas est lié à une situation de garde contestée.
21. Quel âge avait l'enfant lorsque l'abus sexuel a commencé? _____
22. Combien de mois a duré l'abus sexuel? _____
23. Combien de mois se sont écoulés depuis la dernière agression? _____

Le Trauma Symptoms Checklist for Children (TSC-C; Briere, 1989) peut-être utilisé avec des enfants de 8 à 17 ans et mesure différentes séquelles de détresse post-traumatique d'enfants ayant vécu un événement traumatisant. Il comprend deux échelles de validité et six échelles cliniques. Les échelles cliniques mesurent la perception de l'adolescente relativement à son niveau d'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique, de préoccupations sexuelles, de dissociation et de colère. Les deux échelles de validité évaluent la tendance des adolescentes à nier la présence de symptômes qui sont généralement rapporté par la plupart des répondants (moins)³ ainsi que la tendance à démontrer plus de symptômes que la norme (plus)⁴. Des normes sont disponibles pour évaluer si les scores obtenus sont limites (symptomatologie importante qui n'atteint pas un score de population clinique) ou cliniques (scores qui excèdent les scores de 94% des sujets de l'échantillon normatif) pour chacune des sous-échelles (sauf pour l'échelle de colère pour les adolescentes de 17 ans). La consistance interne de quatre des cinq échelles cliniques est très élevée (α de .82 à .89) alors que celle de l'échelle de dissociation présente une consistance interne modérée (α de .77; Briere, 1996). Les deux échelles de validité ont des coefficients α de .85 (moins) et de .66 (plus). La validité, convergente, discriminante et de construit ont toutes été étudiée et semblent démontrer des résultats satisfaisants.

³ Calculé à partir du nombre d'items de l'échelle où l'enfant ou l'adolescent a répondu 0 = « jamais ».

⁴ Calculé à partir du nombre d'items de l'échelle où l'enfant ou l'adolescent a répondu 3 = « presque toujours ».

Instructions:

Les énoncés qui suivent illustrent certaines expériences que tu peux avoir vécues. Pour chacune de ces expériences, encercle le chiffre qui correspond à la fréquence à laquelle tu vis ces différentes situations. Encerchez le "0" si tu ne vis jamais ce genre d'expériences, "1" si cela t'arrive parfois, "2" si cela t'arrive souvent et "3" si tu vis ces expériences presque toujours.

0 1 2 3
 Jamais Parfois Souvent Presque toujours

Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
--------	---------	---------	------------------

Mauvais rêves ou cauchemars.	0	1	2	3
Avoir peur qu'un événement malheureux se produise.	0	1	2	3
Des idées ou des images angoissantes me viennent à l'esprit.	0	1	2	3
Vouloir dire des mots vulgaires.	0	1	2	3
Prétendre que je suis quelqu'un d'autre.	0	1	2	3
Trop m'obstiner avec quelqu'un.	0	1	2	3
Me sentir seul-e.	0	1	2	3
Trop toucher mes parties intimes.	0	1	2	3
Me sentir triste ou malheureux-se.	0	1	2	3
Me rappeler des événements que je n'ai pas aimés.	0	1	2	3
M'évader dans ma tête, essayer de ne pas penser.	0	1	2	3
Me rappeler des choses angoissantes.	0	1	2	3
Vouloir crier et casser quelque chose.	0	1	2	3
Pleurer.	0	1	2	3
Avoir peur tout d'un coup, sans savoir pourquoi.	0	1	2	3
Me fâcher sans pouvoir me calmer.	0	1	2	3
Penser à faire l'amour.	0	1	2	3
Avoir la tête qui tourne.	0	1	2	3

	Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Vouloir crier après les gens.	0	1	2	3
Vouloir me faire mal.	0	1	2	3
Vouloir faire mal à quelqu'un d'autre.	0	1	2	3
Penser à toucher les parties intimes de quelqu'un d'autre.	0	1	2	3
Penser au sexe quand je ne le veux pas.	0	1	2	3
Avoir peur des hommes.	0	1	2	3
Avoir peur des femmes.	0	1	2	3
Me laver parce que je me sens sale à l'intérieur.	0	1	2	3
Me sentir stupide ou méchant-e.	0	1	2	3
Avoir l'impression d'avoir fait quelque chose de mal.	0	1	2	3
Avoir l'impression que les choses ne sont pas réelles.	0	1	2	3
Oublier des choses, ne pas pouvoir m'en rappeler.	0	1	2	3
Avoir l'impression de ne pas être dans mon corps.	0	1	2	3
Me sentir nerveux-se ou agité-e à l'intérieur.	0	1	2	3
Avoir peur.	0	1	2	3
Ne pas faire confiance aux gens de peur qu'ils désirent une relation sexuelle.	0	1	2	3
Toujours penser à un événement malheureux qui m'est arrivé.	0	1	2	3
Me bagarrer avec d'autres.	0	1	2	3
Me sentir méchant-e.	0	1	2	3
Prétendre que je suis ailleurs.	0	1	2	3
Avoir peur du noir.	0	1	2	3
Devenir effrayé-e ou choqué-e en pensant au sexe.	0	1	2	3
M'inquiéter de quelque chose.	0	1	2	3

	Jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Avoir l'impression que personne ne m'aime.	0	1	2	3
Me rappeler des choses que je voudrais oublier.	0	1	2	3
Ressentir des sensations sexuelles dans mon corps.	0	1	2	3
Ma tête se vide.	0	1	2	3
Avoir l'impression de haïr les gens.	0	1	2	3
Ne pas pouvoir m'empêcher de penser au sexe.	0	1	2	3
Essayer d'éprouver aucun sentiment.	0	1	2	3
Me sentir fou-folle.	0	1	2	3
Avoir peur que quelqu'un me tue.	0	1	2	3
Souhaiter que des événements malheureux ne se soient jamais produits.	0	1	2	3
Vouloir me tuer.	0	1	2	3
Rêvasser.	0	1	2	3
Être choqué-e quand les gens parlent de sexe	0	1	2	3

Le Children's Attitude and Perception Scale (CAPS, Mannarino, Cohen, & Berman, 1994; traduction de Daigneault, Cyr et Tourigny, 1998) a été développé spécifiquement pour évaluer certaines séquelles de l'abus sexuel. Deux des sous-échelles évaluent deux des dynamiques traumatiques du modèle proposé par Finkelhor et Browne (1985) : le sentiment d'être différent des autres (stigmatisation) et la confiance interpersonnelle. Les quatre attitudes et perceptions qu'il mesure sont : le sentiment d'être différent de ses pairs, la responsabilisation par rapport aux événements négatifs, la confiance interpersonnelle et la crédibilité que les enfants perçoivent avoir auprès des autres. Le questionnaire comporte 18 items sur une échelle de type likert en cinq points, allant de « jamais » (1) à « toujours » (5). Pour la mesure globale, la cote peut se situer entre 18 et 92, les plus hautes cotes représentant des attitudes et des perceptions plus négatives. Pour chacune des sous-échelles, les cotes varient de 4 à 25, les cotes les plus hautes étant associées à un plus grand sentiment d'être différent de ses pairs, à une plus grande responsabilisation face aux événements négatifs, à plus de méfiance dans les relations interpersonnelles et à une perception accrue que les gens ne les croient pas. Cette échelle a été utilisée auprès de populations d'enfants de 7 à 12 ans victimes d'abus sexuel et de non-victimes. La consistance interne pour chacune des sous-échelles varie de .64 à .73. La stabilité de l'instrument varie de .60 à .82 sur une période de deux semaines.

Voici des questions à propos de choses que tu as pu ressentir dernièrement. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Tu peux encrer le chiffre qui correspond le mieux à **comment tu te sens en ce moment**:

	<u>jamais</u>	<u>rarement</u>	<u>parfois</u>	<u>souvent</u>	<u>toujours</u>
1. T'arrive-t-il de te sentir plus jeune ou plus vieille que ton âge?	1	2	3	4	5
2. Penses-tu que les gens te traitent comme si tu étais plus vieille que tu l'es en réalité?	1	2	3	4	5
3. Te sens-tu différente des autres filles de ton âge?	1	2	3	4	5
4. Agis-tu différemment des autres filles de ton âge?	1	2	3	4	5
5. As-tu l'impression de causer des malheurs aux autres?	1	2	3	4	5
6. D'habitude, s'il t'arrive un malheur, est-ce que c'est de ta faute?	1	2	3	4	5
7. Quand ça va mal, est-ce que tu te fais des reproches?	1	2	3	4	5
8. Penses-tu dire ou faire des choses qui attirent des ennuis aux autres?	1	2	3	4	5
9. Penses-tu que les gens te croient lorsque tu leur dis quelque chose?	1	2	3	4	5
10. Les gens pensent-ils parfois que tu leur caches la	1	2	3	4	5

	<u>jamais</u>	<u>rarement</u>	<u>parfois</u>	<u>souvent</u>	<u>toujours</u>
vérité?					
11. Les gens pensent-ils parfois que tu as inventé quelque chose qui s'est bel et bien produit?	1	2	3	4	5
12. Les gens doutent-ils parfois de ce que tu leur dis?	1	2	3	4	5
13. Les gens t'accusent-ils parfois de mentir?	1	2	3	4	5
14. Penses-tu parfois qu'il est difficile de faire confiance aux autres (ceux qui ne sont pas tes amis)?	1	2	3	4	5
15. Penses-tu parfois que tu ne peux compter sur personne?	1	2	3	4	5
16. Penses-tu parfois que tu ne peux pas faire confiance à tes amis ou aux membres de ta famille?	1	2	3	4	5
17. Penses-tu parfois qu'il peut être risqué de faire confiance aux gens?	1	2	3	4	5
18. Penses-tu parfois que les gens à qui tu fais confiance font des choses pour te faire du mal?	1	2	3	4	5

L'inventaire de comportements d'autodestruction (Sadowsky, 1996, traduit et adapté par Cinq-mars et Wright, 1997) nous permet d'évaluer la présence de 21 comportements d'autodestruction dans la dernière année, dont les comportement automutilatoires, les comportements suicidaires, les conduites dangereuses risquant de provoquer des blessures, les troubles alimentaires, ...

Directives: Dans la dernière année, est-ce que tu as eu les comportements suivants?

	Encerle Oui ou Non.	
1. S'ouvrir les veines des poignets.	Oui	Non
2. Se gratter au sang.	Oui	Non
3. Se brûler la peau.	Oui	Non
4. S'arracher les cheveux (poils/sourcils).	Oui	Non
5. Se frapper la tête.	Oui	Non
6. Donner des coups dans les murs.	Oui	Non
7. Se jeter devant un véhicule en mouvement.	Oui	Non
8. Se couper avec des objets coupants. (autre que les poignets)	Oui	Non
9. Trop faire d'exercice. (au point d'avoir des blessures ou d'être épuisé(e))	Oui	Non
10. Refuser de prendre un médicament prescrit	Oui	Non
11. Excéder la dose prescrite d'un médicament.	Oui	Non
12. Ne pas demander de l'aide lorsque tu souffres.	Oui	Non
13. Manger avec excès.	Oui	Non
14. Refuser de manger.	Oui	Non
15. Chercher à s'étrangler.	Oui	Non
16. Avaler du poison.	Oui	Non
17. Se frapper/se piquer avec des objets coupants ou pointus.	Oui	Non
18. Avoir des comportements casse-cou.	Oui	Non
19. Consommer de l'alcool de façon excessive.	Oui	Non
20. Se faire vomir.	Oui	Non
21. Prendre des laxatifs sans raison médicale.	Oui	Non

Le Youth Self-Report and Profile (Achenbach, 1991) est la version pour adolescents (11 à 18 ans) du Child Behavior Checklist, un des instruments les plus utilisés en recherche sur l'abus sexuel. Il permet de mesurer la perception qu'a l'adolescente relativement à son niveau d'anxiété, de dépression, de problèmes de somatisation, de retrait, d'agressivité, de délinquance, de problèmes d'organisation de la pensée, de problèmes d'attention et de socialisation au cours des six derniers mois. L'instrument compte 112 items évalués sur une échelle en trois points. Deux grandes échelles évaluent les problèmes liés à l'internalisation (anxiété/dépression, problèmes somatiques, retrait) et à l'externalisation (agressivité et délinquance), en plus de problèmes d'attention, de l'organisation de la pensée et de socialisation. Les résultats à chacune des sous-échelles sont traduits en scores T dont la moyenne est de 50 et l'écart types de 10. Un score moindre ou égal à 59 est comparable à une population normale (normes américaines), un score entre 60 et 63 est considéré comme limite et pour un score de 64 et plus on peut considérer que l'adolescente présente plus de problèmes observables que les autres jeunes de son âge, pour les scores de plus de 81 les problèmes présentés sont très sévères. La stabilité sur une période de 7 jours donne des coefficients de $r=,65$ pour les 11 à 14 ans et de $r=,83$ pour les 15 à 18 ans (Achenbach, 1991).

LISTE DES COMPORTEMENTS CONCERNANT LES ADOLESCENTS

Voici une liste de descriptions qui peuvent décrire les jeunes.

Dit si chaque item te décrit bien **ACTUELLEMENT** ou **AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS** :

- entoure le 2 si l'item est très vrai ou souvent vrai
- entoure le 1 si l'item est à peu près vrai ou parfois vrai
- entoure le 0 si l'item n'est pas vrai ou jamais vrai

		N'est pas vrai ou jamais vrai	À peu près vrai ou parfois vrai	Très vrai ou souvent vrai
1.	J'ai des comportements trop jeunes pour mon âge.	0	1	2
2.	J'ai des allergies (décris-les):	0	1	2
<hr/>				
3.	Je me dispute beaucoup (argumente ou discute).	0	1	2
4.	Je fais de l'asthme.	0	1	2
5.	J'ai des comportements comme les personnes de l'autre sexe.	0	1	2
6.	J'aime les animaux.	0	1	2
7.	Je me vante.	0	1	2
8.	J'ai de la difficulté à me concentrer ou à être attentif(ve).	0	1	2
9.	Je ne peux m'empêcher de penser à certaines choses (décris):	0	1	2
<hr/>				
10.	J'ai de la difficulté à demeurer assis(e).	0	1	2
11.	Je suis trop dépendant(e) des adultes.	0	1	2
12.	Je me sens seul(e).	0	1	2
13.	Je me sens confus(e) comme dans le brouillard.	0	1	2
14.	Je pleure beaucoup.	0	1	2
15.	Je suis assez honnête.	0	1	2
16.	Je suis méchant(e) envers les autres.	0	1	2
17.	Je rêve tout éveillé(e).	0	1	2
18.	J'ai volontairement tenté de me blesser ou de me suicider.	0	1	2
19.	J'essaie d'avoir beaucoup d'attention.	0	1	2
20.	Je détruis les objets qui m'appartiennent.	0	1	2
21.	Je détruis les choses qui appartiennent aux autres.	0	1	2
22.	Je désobéis à mes parents.	0	1	2
23.	Je désobéis à l'école.	0	1	2

	N'est pas vrai ou jamais vrai	À peu près vrai ou parfois vrai	Très vrai ou souvent vrai
24. Je ne mange pas aussi bien que je le devrais.	0	1	2
25. Je ne m'entends pas bien avec les autres jeunes.	0	1	2
26. Je ne me sens pas coupable après avoir fait quelque chose que je ne devais pas faire.	0	1	2
27. Je suis jaloux(se) des autres.	0	1	2
28. Je suis prêt(e) à aider les autres quand ils en ont besoin.	0	1	2
29. J'ai peur de certains animaux, situations ou endroits autres que l'école (décris): _____	0	1	2
30. J'ai peur d'aller à l'école.	0	1	2
31. J'ai peur de penser ou de faire des choses mauvaises.	0	1	2
32. J'ai le sentiment que je dois être parfait(e).	0	1	2
33. J'ai l'impression que personne ne m'aime.	0	1	2
34. J'ai l'impression que les autres me rejettent, m'en veulent.	0	1	2
35. Je me sens inutile ou inférieur(e).	0	1	2
36. Je me blesse souvent accidentellement.	0	1	2
37. Je me bats souvent.	0	1	2
38. Je me fait souvent taquiner ou agacer.	0	1	2
39. Je me tiens avec des jeunes qui s'attirent des problèmes.	0	1	2
40. J'entends des choses que personne d'autres ne semble capable d'entendre (décris) _____	0	1	2
41. J'agis sans penser auparavant.	0	1	2
42. Je préfère être seul(e) qu'avec d'autres personnes.	0	1	2
43. Je mens ou je triche.	0	1	2
44. Je me ronge les ongles.	0	1	2
45. Je suis nerveux(se) ou tendu(e).	0	1	2
46. Certaines parties de mon corps font des mouvements brusques ou nerveux (décris): _____	0	1	2
47. J'ai des cauchemars.	0	1	2
48. Je ne suis pas aimé(e) des autres jeunes.	0	1	2
49. Je peux faire des choses mieux que bien d'autres jeunes.	0	1	2
50. Je suis trop peureux(se) ou anxieux(se).	0	1	2
51. J'ai des étourdissements.	0	1	2
52. Je me sens trop coupable.	0	1	2
53. Je mange trop.	0	1	2
54. Je me sens très fatigué(e).	0	1	2
55. Je suis trop gros(se).	0	1	2
56. J'ai des problèmes physiques sans cause médicale connue.			
a. Des douleurs diverses.	0	1	2
b. Des maux de tête.	0	1	2
c. Des nausées (maux de cœur), je me sens mal.	0	1	2
d. Des problèmes avec mes yeux, (décris): _____	0	1	2
e. Des éruption ou d'autres problèmes de peau.	0	1	2
f. Maux de d'estomac ou crampes	0	1	2
g. Vomissements	0	1	2
h. Autres (décris) : _____	0	1	2
57. J'agresse physiquement les autres.	0	1	2
58. Je me gratte la peau ou d'autres parties du corps (décris) : _____	0	1	2
59. Je peux être assez amical(e).	0	1	2
60. J'aime essayer de nouvelles choses.	0	1	2
61. Mes travaux scolaires sont mauvais.	0	1	2
62. Je suis maladroit(e), mal coordonné(e).	0	1	2
63. Je préfère me tenir avec des plus vieux qu'avec des jeunes de mon âge.	0	1	2
64. Je préfère me tenir avec des plus jeunes qu'avec des jeunes de mon âge.	0	1	2
65. Je refuse de parler.	0	1	2
66. Je fais souvent certains gestes de façon répétitive (décris) : _____	0	1	2

	N'est pas vrai ou jamais vrai	À peu près vrai ou parfois vrai	Très vrai ou souvent vrai
67. Je fugue de la maison.	0	1	2
68. Je crie beaucoup.	0	1	2
69. Je suis cachottier(ière), je garde les choses pour moi.	0	1	2
70. Je vois des choses que personne semble pouvoir voir :	0	1	2
<hr/>			
71. Je manque de confiance, je suis facilement embarrassé(e).	0	1	2
72. J'allume des feux.	0	1	2
73. Je travaille bien de mes mains.	0	1	2
74. Je fais le clown ou je fais des choses pour être remarqué(e).	0	1	2
75. Je suis timide.	0	1	2
76. Je dors moins que les autres jeunes.	0	1	2
77. Je dors plus que les autres durant le jour ou la nuit (décris) :	0	1	2
<hr/>			
78. J'ai une bonne imagination.	0	1	2
79. J'ai des problèmes de langage (décris) :	0	1	2
<hr/>			
80. Je peux défendre mes droits.	0	1	2
81. Je fais des vols à la maison.	0	1	2
82. Je commets des vols à d'autres endroit que la maison.	0	1	2
83. J'accumule (ramasse) des choses dont je n'ai pas besoin (décris) :	0	1	2
84. Je fais des choses que les autres trouvent étranges (décris) :	0	1	2
85. J'ai des pensées que les autres trouvent étranges (décris) :	0	1	2
<hr/>			
86. Je suis obstiné(e), entêté(e).	0	1	2
87. Mes émotions ou mes sentiments changent soudainement, rapidement.	0	1	2
88. J'aime être avec les autres.	0	1	2
89. Je suis méfiant(e).	0	1	2
90. Je sacre ou j'utilise des mots grossiers.	0	1	2
91. Je pense à me suicider.	0	1	2
92. J'aime faire rire les autres.	0	1	2
93. Je parle trop.	0	1	2
94. Je taquine (agace) souvent les autres.	0	1	2
95. J'ai un tempérament bouillant. Je me mets facilement en colère.	0	1	2
96. Je suis trop préoccupé(e) par la sexualité.	0	1	2
97. Je menace les gens de les blesser (frapper).	0	1	2
98. J'aime aider les autres.	0	1	2
99. Je suis trop préoccupé(e) par la propreté.	0	1	2
100. J'ai de la difficulté à dormir (décris) :	0	1	2
<hr/>			
101. Je m'absente de mes cours ou je quitte l'école.	0	1	2
102. Je n'ai pas beaucoup d'énergie.	0	1	2
103. Je suis triste, malheureux(se) ou déprimé(e).	0	1	2
104. Je suis plus bruyant que les autres jeunes de mon âge.	0	1	2
105. Je prends de l'alcool ou des drogues qui ne sont pas prescrits par un médecin (décris) :	0	1	2
<hr/>			
106. J'essaie d'être juste avec les autres.	0	1	2
107. J'aime les bonnes farces.	0	1	2
108. J'aime me la couler douce, ne pas m'en faire avec la vie.	0	1	2
109. J'essaie d'aider les autres quand je le peux.	0	1	2
110. Je souhaiterais être du sexe opposé.	0	1	2
111. Je me tiens à l'écart des autres.	0	1	2
112. Je suis très préoccupé(e).	0	1	2

Le questionnaire sur les événements vécus dans l'enfance et l'adolescence (Thériault, Cyr et Wright, 1996) a été adapté pour les fins de l'étude. Il sert à évaluer la présence de dix-huit événements stressants dans la dernière année et le niveau de stress familial vécu par l'adolescente en lien avec ces événements (divorce des parents, violence, alcoolisme...) ainsi que la présence d'événements ayant pu survenir dans le contexte de la prise en charge (placement, témoignage,...). L'analyse de ce questionnaire est descriptive.

Voici une liste d'événements de la vie qui ont pu avoir lieu dans ta famille d'origine. Pour chacun de ces événements, indique si tu les as vécus ou non. Si oui, indique l'âge ou la tranche d'âges (ex: 7 à 12 ans) que tu avais au moment où l'événement s'est produit ou la date de l'événement, et dans quelle mesure celui-ci t'a bouleversé(e).

Événement	Vécu	Âge	Pas du tout bouleversant	Peu	Assez	Extrêmement bouleversant
a) Maladie ou accident ayant nécessité ton hospitalisation.	Oui					
	Non	___	1	2	3	4
b) Maladie ou accident ayant nécessité l'hospitalisation d'un de tes parents. Qui? _____	Oui					
	Non	___	1	2	3	4
c) Maladie mentale d'un membre de la famille. Qui? _____	Oui					
	Non	___	1	2	3	4
d) Problèmes d'argent.	Oui					
	Non	___	1	2	3	4
e) Séparation ou divorce des parents.	Oui					
	Non	___	1	2	3	4
f) Décès d'un membre de la famille. Qui? _____	Oui					
	Non	___	1	2	3	4
g) Violence conjugale. (violence physique)	Oui					
	Non	___	1	2	3	4
h) Violence conjugale. (violence verbale, i.e. rabaisser, crier etc.)	Oui					
	Non	___	1	2	3	4
i) Violence physique à l'égard des enfants.	Oui					
	Non	___	1	2	3	4
j) Violence verbale à l'égard des enfants. (ex: rabaisser, crier etc.)	Oui					
	Non	___	1	2	3	4

Événement	Vécu	Âge	Pas du tout bouleversant	Peu	Assez	Extrêmement bouleversant
k) Violence entre les enfants.	Oui					
	Non	___	1	2	3	4
l) Abus sexuel à ton endroit Par qui? _____	Oui					
	Non	___	1	2	3	4
m) Abus sexuel vécu par un autre membre de la famille. Qui? _____	Oui					
	Non	___	1	2	3	4
n) Incarcération d'un membre de ta famille Qui? _____	Oui					
	Non	___	1	2	3	4
o) Alcoolisme dans la famille Qui? _____	Oui					
	Non	___	1	2	3	4
p) Abandon des enfants par un des parents Qui? _____	Oui					
	Non	___	1	2	3	4
q) Placement (en centre de réadaptation, famille d'accueil...) quel type de placement? _____	Oui					
	Non	___	1	2	3	4
r) Témoignage en cours de ta part?	Oui					
	Non	___	1	2	3	4
s) Témoignage à la police de ta part?	Oui					
	Non	___	1	2	3	4
t) Autre événement particulier auquel tu peux penser, qui a été bouleversant pour toi. Lequel? _____	Oui					
	Non	___	1	2	3	4

Le questionnaire sur la description du dévoilement de l'abus sexuel est une adaptation des questionnaires « Incest History Questionnaire » (Courtois, 1988) et du « Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale » (Everson, Hunter et Runyan, 1989) par Thériault, Cyr et Wright (1997) adapté pour les fins de l'étude. Le questionnaire porte sur les personnes qui ont su que l'abus avait lieu; ceux qui ont agi pour faire cesser l'abus; le moment où l'adolescente a dévoilé l'abus à différentes personnes, dont les CJM, la police, sa mère...; son niveau de satisfaction face à la réaction de ces personnes sur une échelle Likert en 5 points, allant de très satisfaite à très insatisfaite; le soutien que lui a apporté la personne la plus importante à laquelle elle a dévoilé l'abus et l'évaluation de l'impact initial de l'abus sur différents plans (social, psychologique/émotionnel, physique, sexuel, familial, de la perception de soi, des relations avec les hommes et les femmes) tel que perçu par l'adolescente. L'analyse de ce questionnaire est descriptive.

Ce questionnaire porte sur le dévoilement de l'abus sexuel que tu as vécu. Réponds au mieux de ta connaissance à ce questionnaire en prenant en considération ton niveau de confort. Prends ton temps et ne te mets pas de pression.

1. À ton avis, y avait-il quelqu'un, à part toi et l'abuseur(e), qui a su que l'abus avait lieu sans que tu ai dévoilé la situation?

Oui Non

Si tu as répondu non, passe à la question 2

1.1) Si oui, qui était(ent) cette(ces) personne(s)?
(Coche autant de réponses que nécessaire)

mère

père non-abuseur

autre membre de la famille. Précisez: _____

ami(e)

autre personne de l'entourage. Précisez: _____

1.2) Ces personnes sont-elles intervenues?

Oui Non

1.3) Si oui, cette intervention a-t-elle mené à l'arrêt de l'abus?

Oui Non

2. As-tu déjà dévoilé l'abus ou les abus dont tu as été victime à quelqu'un?

Oui Non

2.1) Si oui, indique à qui tu as dévoilé la situation, à quel moment et jusqu'à quel point tu as été satisfaite de la réaction de cette personne.

	Dévoilement	Moment du dévoilement	Très insatisfaite		Ni satisfait, ni insatisfaite		Très satisfaite
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
a) mère	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Pendant l'abus <input type="radio"/> Après l'abus Nbre temps après: __	1	2	3	4	5
b) père non-abuseur	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Pendant l'abus <input type="radio"/> Après l'abus Nbre temps après: __	1	2	3	4	5
c) autre membre de la famille. Précisez: _____	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Pendant l'abus <input type="radio"/> Après l'abus Nbre temps après: __	1	2	3	4	5
d) ami(e)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Pendant l'abus <input type="radio"/> Après l'abus Nbre temps après: __	1	2	3	4	5
e) police	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Pendant l'abus <input type="radio"/> Après l'abus Nbre temps après: __	1	2	3	4	5
f) services médicaux	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Pendant l'abus <input type="radio"/> Après l'abus Nbre temps après: __	1	2	3	4	5
g) services sociaux	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Pendant l'abus <input type="radio"/> Après l'abus Nbre temps après: __	1	2	3	4	5
h) autre personne de l'entourage. Précisez: _____ _____	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Pendant l'abus <input type="radio"/> Après l'abus Nbre temps après: __	1	2	3	4	5

2.2) Le fait d'avoir dévoilé l'abus à l'une de ces personnes a-t-il eu pour effet de mettre un terme à l'abus?

Oui

Non

3) Jusqu'à quel point t'es-tu sentie soutenue par la/les personne(s) à qui tu as dévoilé l'abus dont tu étais victime? Encerle la lettre qui correspond à ce que tu as vécu.

- Je me suis sentie :
- a) très peu soutenue
 - b) peu soutenue
 - c) assez soutenue
 - d) très soutenue

4) Répond aux questions qui suivent en faisant référence à la personne la plus importante à qui tu t'es révélée.

4.1) La personne à qui je me suis révélée qui est la plus importante à mes yeux est (ex.: ma mère, ma belle-mère, une amie, etc.)

4.2) Cette personne semblait :

- a) Croire tout ce que je lui ai dit
- b) Croire la plupart de ce que je lui ai dit
- c) Hésiter à me croire
- d) Ne pas croire la plupart de ce que je lui ai dit
- e) Ne pas me croire du tout

4.3) Pour m'écouter, me consoler, me rassurer ou me soutenir lorsque j'en avais besoin (en relation avec l'abus), cette personne était:

- a) Très disponible
- b) Assez disponible
- c) Disponible d'une façon inconsistante
- d) Peu disponible
- e) Pas disponible

4.4) Concernant les comportements d'abus dont j'ai été victime, cette personne :

- a) Démontrait clairement qu'elle n'était pas d'accord avec ces comportements
- b) Démontrait la plupart du temps qu'elle n'était pas en accord avec ces comportements
- c) Ne prenait pas position vis-à-vis ces comportements
- d) Changeait souvent d'avis concernant les comportements de l'abuseur (semblait parfois en accord et parfois en désaccord)
- e) Semblait parfois choisir l'abuseur (le protégeait davantage) plutôt que de me protéger
- f) Semblait souvent choisir l'abuseur

4.5) Concernant les services ou l'aide dont j'ai pu avoir besoin à la suite de l'abus, la personne à qui je me suis dévoilée :

- a) A fait les démarches nécessaires pour que je reçoive ces services
- b) A fait quelques démarches pour que je reçoive ces services
- c) N'a fait aucune démarche pour que je reçoive ces services
- d) A refusé certains services dont j'avais besoin et qui lui étaient offerts pour moi
- e) A refusé tous les services dont j'avais besoin et qui lui étaient offerts pour moi

L'inventaire du réseau de soutien de l'enfant (Drapeau, 1989) est une adaptation du « Children Inventory of Social Support » (CISS; Sandler, Wolchik et Braver, 1984). Ce questionnaire permet de recueillir des informations sur les personnes qui composent le réseau social et leurs caractéristiques (H/F, adulte/enfant, stabilité du lien), les fonctions remplies par les membres du réseau (soutien récréatif, assistance matérielle, conseils, soutien émotionnel et rétroaction positive ou négative), ainsi que la satisfaction de l'adolescente face au soutien qu'elle reçoit et la disponibilité du réseau. Le CISS présente une excellente consistance interne allant de .79 à .90 (Wolchik, Beals et Sandler, 1989). Sa validité de construit a été démontré à l'aide du « Perceived Self Competence » (Harter, 1982).

Maintenant je vais te demander de penser aux personnes qui font des activités avec toi ou qui t'aident.

ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES

Premièrement, j'aimerais que tu penses aux activités plaisantes ou amusantes que tu fais, des activités que tu aimes.

Donnes-moi un exemple d'activité plaisante pour toi.

Par exemple: jouer dehors, jouer à des jeux, aller au cinéma, regarder la télévision,...

a. Avec qui fais-tu ces activités plaisantes ?

Qui	Lien

Aurais-tu aimé faire plus d'activités avec les personnes que tu as nommées?

- Un peu plus
- Beaucoup plus
- C'était correct
- J'aurais aimé en faire moins

Lorsque tu veux t'amuser, jouer, passer du temps avec quelqu'un, t'arrive-t-il de ne trouver personne?

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais

ASSISTANCE

Quelquefois des personnes te donnent des choses dont tu as besoin ou t'aident à faire des choses lorsque tu as de la difficulté.

Te souviens-tu d'un exemple où quelqu'un t'a donné quelque chose dont tu avais besoin ou t'a aidé à faire quelque chose lorsque tu en avais besoin?

Par exemple, elles peuvent t'aider à faire tes devoirs, à réparer un de tes objets qui est brisé, aller te reconduire chez un ami.

a. Qui t'aide ou qui te donne des choses ?

Qui	Lien

Aurais-tu aimé avoir plus d'aide de la part des personnes que tu as nommées?

- Un peu plus
- Beaucoup plus
- C'était correct
- J'aurais aimé en avoir moins

Lorsque tu as besoin d'aide, t'arrive-t-il de ne trouver personne?

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais

CONSEILS

Nous allons maintenant parler des personnes qui te donnent des conseils ou qui t'aident à réfléchir à des choses importantes pour toi. Ces personnes vont parler avec toi pour t'aider à régler un problème qui te préoccupe ou t'aider à décider quoi faire.

Peux-tu me donner un exemple d'une fois où quelqu'un t'a donné un conseil ou une fois où quelqu'un t'as aidé à réfléchir à des choses importantes pour toi?

Par exemple quelqu'un peut te donner des conseils ou t'aider à décider quoi faire lorsque tu es en chicane avec un(e) de tes ami(e)s.

a. Qui te donne des conseils?

Qui	Lien

Aurais-tu aimé avoir plus de conseils de la part des personnes que tu as nommées?

- Un peu plus
- Beaucoup plus
- C'était correct
- J'aurais aimé en recevoir moins

Lorsque tu as besoin de conseils, t'arrive-t-il de ne trouver personne?

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais

SOUTIEN ÉMOTIONNEL

Lorsque tu te sens heureux, triste ou inquiet, tu peux parfois le dire à des personnes que tu connais bien.

As-tu un exemple d'une fois où ça t'es arrivé?

Par exemple, tu peux leur dire que tu es inquiet à cause d'une matière à l'école, tu peux dire tes secrets, ou leur dire que tu as reçu un jeu et que tu es content ...

a. Qui sont les personnes à qui tu peux dire comment tu te sens?

Qui	Lien

Aurais-tu aimé avoir plus de temps pour parler de cette façon avec les personnes que tu as nommées?

- Un peu plus
- Beaucoup plus
- C'était correct
- J'aurais aimé en avoir moins

Lorsque tu veux dire à quelqu'un comment tu te sens, t'arrive-t-il de ne trouver personne?

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais

RÉACTION POSITIVE

Les gens peuvent aussi t'aider en te disant des choses gentilles à propos de toi.

As-tu un exemple d'une fois où cela s'est passé?

Par exemple, ils peuvent te dire qu'ils sont contents de ce que tu fais, ou de la façon dont tu agis. Ils peuvent aussi te dire qu'ils sont contents d'être avec toi.

a. Qui te dit ces paroles gentilles?

Qui	Lien

Aurais-tu aimé que ces personnes te disent plus de paroles gentilles ?

- Un peu plus
- Beaucoup plus
- C'était correct
- J'aurais aimé qu'elles m'en disent moins

Quand tu en as besoin, t'arrive-t-il que personne ne te dise qu'ils sont contents de ce que tu as fait ou d'être avec toi?

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Un questionnaire sur les services reçus dans la dernière année sera administré. Il permet de savoir si l'adolescente a reçu différents types d'interventions (réadaptation, thérapie individuelle, de groupe...), leur fréquence, leur durée et la satisfaction de l'adolescente face à ces services. Pour chacun des services, l'adolescente précisera s'il est offert par un centre jeunesse.

1. Au cours de la dernière année, as-tu bénéficié d'interventions de la part de professionnels?

Oui Non

2. Si oui, indique les types d'intervention dont tu as bénéficié.

Type d'intervention	As-tu bénéficié de cette intervention?	Combien de fois par mois?	Début de l'intervention (date)	Fin de l'intervention (date)	Niveau de satisfaction	Service offert par un Centre Jeunesse
a- Intervention Individuelle	<input type="radio"/> Oui				<input type="radio"/> bas	<input type="radio"/> Oui
	<input type="radio"/> Non				<input type="radio"/> moyen <input type="radio"/> élevé	<input type="radio"/> Non
b- Réadaptation	<input type="radio"/> Oui				<input type="radio"/> bas	<input type="radio"/> Oui
	<input type="radio"/> Non				<input type="radio"/> moyen <input type="radio"/> élevé	<input type="radio"/> Non
c- Intervention Dyadique (abuseur/victime ou parent non-abuseur/victime)	<input type="radio"/> Oui				<input type="radio"/> bas	<input type="radio"/> Oui
	<input type="radio"/> Non				<input type="radio"/> moyen <input type="radio"/> élevé	<input type="radio"/> Non
d- Intervention de groupe	<input type="radio"/> Oui				<input type="radio"/> bas	<input type="radio"/> Oui
	<input type="radio"/> Non				<input type="radio"/> moyen <input type="radio"/> élevé	<input type="radio"/> Non
e- Intervention familiale	<input type="radio"/> Oui				<input type="radio"/> bas	<input type="radio"/> Oui
	<input type="radio"/> Non				<input type="radio"/> moyen <input type="radio"/> élevé	<input type="radio"/> Non
f- Intervention en sexologie	<input type="radio"/> Oui				<input type="radio"/> bas	<input type="radio"/> Oui
	<input type="radio"/> Non				<input type="radio"/> moyen <input type="radio"/> élevé	<input type="radio"/> Non
g- Parrainage / Marrainage	<input type="radio"/> Oui				<input type="radio"/> bas	<input type="radio"/> Oui
	<input type="radio"/> Non				<input type="radio"/> moyen <input type="radio"/> élevé	<input type="radio"/> Non
h- Autres (Précisez):	<input type="radio"/> Oui				<input type="radio"/> bas	<input type="radio"/> Oui
	<input type="radio"/> Non				<input type="radio"/> moyen <input type="radio"/> élevé	<input type="radio"/> Non

