



Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles - CRIPCAS

Capsule scientifique # 8

L'efficacité de la thérapie *MASTR/EMDR* pour les adolescents traumatisés

Leechen Farkas
Université de Montréal
Mireille Cyr
Université de Montréal
Thomas M. Lebeau
Pratique privée, Rawdon
Jacques Lemay
Centre jeunesse de Lanaudière
2010

Contexte ou état de la question

Depuis de nombreuses années, les formes de maltraitance (i.e. sexuelle, physique, abus émotionnel et négligence) chez les enfants ont des taux de prévalence considérablement élevés. À cet effet, une étude récente a recensé annuellement 60 980 cas de maltraitance chez des enfants au Canada (Trocmé & Wolfe, 2001). Cette statistique révèle que plusieurs enfants et d'adolescents font face chaque année à des expériences traumatisantes, expériences qui peuvent modifier le cours de leur développement normal. À ce propos, plusieurs études ont investigué les effets de la maltraitance sur les jeunes. Parmi ces effets, on retrouve des problèmes de dépendance, des relations d'attachement problématiques (Cicchetti & Toth, 2005), des difficultés affectives, des troubles internalisés et externalisés, des tendances asociales, des agressions et une adaptation scolaire déficiente (Cicchetti & Toth, 2005; Margolin & Gordis, 2000; Veltman & Browne, 2001). Malheureusement, les adolescents refusent fréquemment de poursuivre des traitements psychologiques qui pourraient les aider à faire face aux difficultés reliées au trauma.

Plusieurs théoriciens se sont concentrés sur la relation existante entre le trauma et le trouble de la conduite (CPs), trouble qui émerge à l'adolescence (Greenwald, 2002b; Heide & Solomon, 2006; Jonson-Reid, 1998; Kaufman & Widom, 1999; Widom, Schuck, & White, 2006). En ce qui a trait spécifiquement au trauma, on note que plusieurs adolescents traumatisés sont placés sous la protection des services de la jeunesse (PSJ). En 2001, 15 946 adolescents ont été référés à l'YPS au Québec pour négligence, 4 011 pour abus physique, 5 647 pour abus sexuel et 423 pour abandon (Association des Centres Jeunesse du Québec, 2002). Bien que la PSJ offre une panoplie de services tels que de l'assistance éducative, psychologique et psychiatrique et l'intervention pour abus de substances, il semblerait que les interventions ne sont pas offertes systématiquement et qu'elles ne soient pas nécessairement efficaces auprès de cette population (Association des Centres Jeunesse du Québec, 2002). À ce propos, quelques études ont comparé les enfants placés à la PSJ à des enfants semblables. Les enfants placés à la PSJ ont davantage de problèmes émotionnels et comportementaux, ils sont moins susceptibles de poursuivre leurs études, ils sont moins engagés et ils ont davantage de difficultés scolaires (Blome, 1997). Ce constat démontre donc l'importance que les traitements utilisés auprès de cette population soient validés empiriquement.

Intentions ou objectifs

La présente étude vise à examiner l'efficacité d'un nouveau traitement conçu pour réduire les séquelles post-traumatiques des adolescents. Le *MASTR-EMDR* (*Motivation* (motivation) – *Adaptive Skills* (habiletés adaptatives) – *Trauma Resolution* (résolution de trauma) – *Eye Movement Desensitization* (désensibilisation du mouvement oculaire) *and Reprocessing* (reprocessus)) est une combinaison de deux traitements. Le premier est centré sur le trauma (*EMDR*), tandis que le second incorpore des stratégies empiriquement validées auprès de jeunes avec des problèmes de conduite (*MASTR*). Notons que la première hypothèse de la présente étude est que les participants recevant 12 sessions hebdomadaires de *MASTR/EMDR* vont présenter une réduction plus marquée de leurs symptômes traumatiques et de leurs problèmes comportementaux et ce, lorsque comparés aux participants qui reçoivent une thérapie routinière administrée à la PSJ. La deuxième hypothèse est que les effets bénéfiques de la thérapie *MASTR/EMDR* vont se poursuivre, et ce, trois mois après le traitement.

Méthodologie

Participants :

Les données ont été récoltées entre mai 2005 et novembre 2006. Quarante adolescents francophones âgés de 13 à 17 ans (25 femmes et 15 hommes) admis à la PSJ ont consenti à participer à l'étude avec leur parent ou leur gardien légal. Les participants ont été assignés au hasard à l'un des deux groupes de traitement. Le premier groupe, soit le groupe expérimental (n=19), a reçu la thérapie de *MASTR/EMDR* pendant 12 semaines et le deuxième groupe, soit le groupe contrôle (n=21), a reçu le traitement routinier offert à la PSJ.

Évaluation des symptômes psychiatriques chez l'adolescent:

Soulignons que les versions des instruments utilisés sont françaises. Les modules du *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC; Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan, & Schwab-Stone, 2000) sont utilisés afin d'évaluer les symptômes des troubles de comportements, d'opposition avec provocation et du syndrome du trouble post-traumatique, et ce, selon les critères du DSM IV. Ensuite, le *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC; Briere, 1989; Briere, 1996) a aussi été utilisé. Cet outil de 54 items est une mesure auto-rapportée conçue pour évaluer les difficultés reliées au trauma. La version parentale du *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenback, 1991) a également été employée. Cet outil universel de 112 items mesure les compétences sociales et les problèmes comportementaux. Dans la présente étude, les items de cet instrument ont été répondus selon les deux derniers mois. Par la suite, le *Lifetime Incidence of Traumatic Events* (LITE; Greenwald, 2004; Greenwald, Rubin, Russell, & O'Connor, 2002; Greenwald & Rubin, 1999) a également été utilisé. Ce dernier est un questionnaire auto-rapporté de 18 items qui couvre l'ensemble des événements traumatisants et des pertes de l'individu. Les impacts au moment de l'événement et au moment de la complétion du questionnaire sont examinés selon une échelle de Likert à trois ancrages. Seulement les individus rapportant au moins un événement traumatisant et un impact au moment de l'étude ont été inclus dans l'échantillon final. Rappelons que tous ces outils présentent d'excellentes qualités métrologiques.

Les traitements :

Douze sessions hebdomadaires et individuelles du *MASTR/EMDR* d'une durée d'environ 1 heure et demie ont été offertes aux participants du groupe expérimental, tandis que les participants du groupe contrôle ont suivi un traitement routinier offert par la PSJ. Parmi le groupe contrôle, 57% des participants ont reçu une autre forme de thérapie. Le type de thérapie était individuelle (43%), dyadique (14%), de groupe (14%), familiale (14%) ou autres (29%).

Résultats

Différences entre les effets des traitements : La première hypothèse a été confirmée. À ce propos, une ANOVA à mesures répétées a illustré que les participants du groupe expérimental qui ont reçu le traitement *MASTR/EMDR* ont significativement amélioré leurs symptômes et leurs comportements comparativement à ceux du groupe contrôle ayant reçu le traitement routinier offert par la PSJ. Plus précisément, des différences significatives et une taille d'effet moyenne ont été retrouvées entre les scores des deux groupes lors de l'évaluation après-traitement. Notons les difficultés après trauma mesurées par le DISC et le TSCC, les problèmes externalisés mesurés par le CBCL et les symptômes des troubles mesurés par le DISC. Les effets les plus marquants ont été trouvés en comparant les niveaux de stress et de dépression (avant et après) l'application des traitements. Plus précisément, on note de grandes tailles d'effet pour ces variables (stress, $h^2 = 0,22$; dépression, $h^2 = 0,28$).

Différences quant aux effets à long terme des traitements : La deuxième hypothèse a également été confirmée. Lors de l'évaluation des effets à long terme, soit 3 mois après l'application du traitement, les effets bénéfiques du traitement étaient maintenus. Statistiquement parlant, on note un effet d'interaction (temps*groupe) pour la dissociation ($F(1, 40) = 7,83$, $p < 0,05$, $.N2 = 0,18$), mais aucun effet simple.

Changements cliniques : Afin de mesurer les changements d'un point de vue clinique, les pourcentages du nombre de participants atteignant le seuil clinique et ce, pour chacune des échelles, soit le DISC, le TSCC et le CBCL et pour chacune des évaluations (avant, après et trois mois après le traitement) ont été examinés. En d'autres mots, il était ainsi possible de constater si les traitements avaient provoqués une diminution ou une augmentation quant au nombre de participants atteignant le seuil clinique des échelles. À ce propos, notons que l'ensemble des pourcentages était plus faible et ce, lors de l'évaluation après traitement. Néanmoins, on note que le déclin est davantage marquant chez le groupe expérimental. On note une diminution importante variant de 10,5 à 42,1 % du nombre de participants avec des scores cliniques après le traitement *MASTR/EMDR*.

Le niveau de satisfaction des adolescents quant au traitement : Il a été demandé à tous les participants de coter leur satisfaction quant au traitement et ce, selon une échelle de trois niveaux (i.e. 1= faible, 2= moyenne, 3= forte). La cote moyenne était de 2,86 pour le groupe expérimental ayant reçu le traitement *MASTR/EMDR*, révélant ainsi une satisfaction générale quant au traitement, tandis que la cote moyenne pour le groupe contrôle ayant reçu le traitement routinier offert par la PSJ était de 2,00.

Discussion et conclusion

Les analyses ont révélé que les hypothèses quant aux effets du traitement *MASTR/EMDR* auprès de la population adolescente avec un trouble de conduite sont confirmées. En effet, ce traitement cause une réduction des symptômes post-traumatiques et des problèmes de comportements et cette réduction se maintient trois mois après avoir reçu le traitement. Les résultats sont cohérents avec ceux trouvés lors de recherches antérieures supportant l'idée que l'utilisation du *EMDR* avec des enfants et des adolescents soit bénéfique (Greenwald, 1994; Greenwald, 2002a; Jaberghaderi et al., 2004; Maxwell, 2003; Puffer et al., 1998; Scheck et al., 1998; Soberman et al., 2002). L'utilisation de ce traitement est également bénéfique avec une population d'adolescents ayant un trouble de la conduite.

L'étude présente quelques limites considérables. Par exemple, comme le traitement *MASTR/EMDR* combine en réalité deux traitements, il est impossible de dissocier l'effet de chacun des traitements. Elle présente toutefois un échantillon plus large et les mesures utilisés sont d'avantages standardisées. Les auteurs soutiennent qu'il serait important d'évaluer l'attitude parentale suite au trauma. Par exemple, le parent ou le gardien légal de l'adolescent pourrait suivre en parallèle une thérapie. À ce propos, il a été à maintes fois suggéré que l'attitude du parent a un impact sur l'amélioration ou la dégradation de l'état de l'adolescent. Si le parent soutient l'adolescent, on constate une plus grande amélioration de son état. À l'inverse, des comportements parentaux négatifs peuvent aggraver la situation. Bref, les participants pourraient davantage bénéficier du traitement si celui-ci était offert simultanément aux parents ou gardiens légaux.

En conclusion, cette étude prouve l'efficacité du traitement *MASTR/EMDR*. Elle démontre également qu'il serait préférable à l'avenir d'utiliser des traitements qui ont été validés empiriquement. Il est à noter que le traitement pourrait facilement être inséré en clinique grâce à une formation dispensée aux professionnels sur le manuel de traitement *MASTR/EMDR*. Précisons qu'une supervision pourrait être utile, afin de s'assurer que le traitement est correctement appliqué. Qui plus est, un traitement individuel est également possible en clinique. Finalement, il serait bien que le nombre de sessions offerts soit ajusté selon le nombre et le type de trauma expérimenté par l'adolescent.

Références

- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Association des Centres Jeunesse du Québec. (2001). *Signalements, interventions et services dans l'ensemble des centres jeunesse du Québec*. (Reports, interventions and services in youth protective services in Quebec). Québec: Gouvernement du Québec.
- Blome, W. (1997). What happens to foster kids: Educational experiences of a random sample of foster care youth a matched group of nonfoster care youth. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 14, 41-53.
- Briere, J. (1989). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C)*. Los Angeles: University of Southern California Press.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C)*. Professional manual. Odessa: Psychological Resources, Inc.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child Maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409-438.
- Flisher, A. J., Kramer, R., Hoven, C., Greenwald, S., Alegria, M., Bird, H., Canino, G., Connell, R., & Moore, R. (1997). Psychosocial characteristics of physically abused children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 123-131.
- Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C. G., Daviss, W. B., Reiser, J., Fleisher, A., & Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with Oppositional Defiant and Attention Deficit Hyperactivity disorders. *Child Maltreatment*, 5, 205-217.
- Greenwald, R. (2004, September). *Child trauma measures for research and practice*. Poster session presented at the annual meeting of the EMDR International Association, Montreal.
- Greenwald, R. (2002a). Motivation-adaptive skills-trauma resolution (MASTR) therapy for adolescents with CPs: An open trial. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 6, 237-261.
- Greenwald, R. (2002b). The role of trauma in conduct disorder. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 6, 5-23.
- Greenwald, R., & Rubin, A. (1999). Brief assessment of children's post-traumatic symptoms: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice*, 9, 61-75.
- Greenwald, R., Rubin, A., Russell, A. M., & O'Connor, M. B. (2002, November). *Brief assessment of children's and adolescents' trauma/loss exposure*. Poster session presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Baltimore.
- Heide, K. M., & Solomon, E. P. (2006) Biology, Childhood Trauma, and Murder: Rethinking Justice. *International Journal of Law & Psychiatry*, 29, 220-233.
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S. O., & Dolatabadi, S. (2004). A Comparison of CBT and EMDR for Sexually-abused Iranian Girls. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11, 358-368.
- Jonson-Reid, M. (1998). Youth violence and exposure to violence in childhood: An ecological review. *Aggression and Violent Behaviour*, 3, 159-179.
- Kaufman, J. G., & Widom, C. S. (1999). Childhood victimization, running away, and delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 36, 347-370.

- Margolin, G., Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology/Annual Review*, 51, 445-479.
- Maxwell, J. P. (2003). The imprint of childhood physical and emotional abuse: A case study on the use of EMDR to address anxiety and a lack of self-esteem. *Journal of Family Violence*, 18, 281-293.
- Merry, S., & Andrews, L. (1994). Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 939-944.
- Puffer, M. K., Greenwald, R., & Elrod, D. E. (1998). A single session EMDR study with twenty traumatized children and adolescents. *Traumatology*, 3, Article 6.
- Scheck, M. M., Schaeffer, J. A., & Gillette, C. S. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 25-44.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38.
- Soberman, G. B., Greenwald, R., & Rule, D. L. (2002). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for boys with CPs. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 6, 217-236.
- Trocmé, N., & Wolfe, D. (2001). *Canadian incidence study of reported child abuse and neglect: Selected results*. Ottawa: Health Canada.
- Veltman, M. W., & Browne, K. D., (2001). Three Decades of Child Maltreatment Research. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2, 215-239.

Référence de la capsule :

Farkas, L., Cyr, M., Lebeau, TM., & Lemay, J. (2010). Capsule scientifique #8 : *L'efficacité de la thérapie MASTR/EMDR pour les adolescents traumatisés*. Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS), Université de Montréal, Montréal, Qc.