



Disentangling the diversity of profiles in child victims of sexual abuse: Implications for assessment and treatment

Martine Hébert, Ph.D.
UQAM

National Child Advocacy Centre/Child & Youth Advocacy Centre Meeting
February 2020



CHAIRE de
RECHERCHE
du CANADA

sur les TRAUMAS
INTERPERSONNELS
et la RÉSILIENCE





CONTEXT

Considerations for Assessing the Needs of Child and Adolescent Victims of Sexual Abuse

- ✓ Assessment should rely on a **variety of methods** (clinical interviews, observations, consultation of reports and file analyses, use of standardized assessment tools, etc.).
- ✓ An assessment based on **multiple sources** of information will provide an accurate and complete picture of the symptoms experienced by the child.
- ✓ More **detailed assessment** may be required for children with specific symptoms (language impairment, intellectual disability, presence of comorbid disorders, suicidal ideation).
- ✓ Set up a **monitoring system** to follow the evolution of symptoms during treatment.

Considered criteria

Indicators sensitive to change (allow examination of changes during therapy).

Targeting general (internalizing and externalizing disorders) and specific measures (PTSD, dissociation).

Incorporate measures to address factors that influence the outcomes (presence of other traumas, personal and family variables that may facilitate or hinder the trauma resolution process).

Importance to consider protective factors. Some children will not experience symptoms that reach the clinical threshold at initial assessment.

Develop a separate assessment protocol for children and adolescents to take into account developmental specificities.

Children	Adolescents
Post traumatic stress symptoms	Post traumatic stress symptoms
Dissociation symptoms	Dissociation symptoms
Behaviour problems	Behaviour problems
Anxiety symptoms	Delinquent behaviours
Depression symptoms	Alcohol and drug consumption
Self-esteem	Self-destructive behaviours
Loneliness	Self-esteem
Peer victimization	Intimate partner violence
Executive functioning	Cyberviolence in intimate relationships
Interpersonal trust	Attachment in intimate relationships
Attributions	Guilt
Guilt	Hopelessness/Pessimism
Alexithymia	Alexithymia
Coping strategies	Coping strategies
Emotion regulation	Emotion regulation
Attachment security	Coping strategies
Support related to the CSA	Support related to the CSA
Social support	Social support
Resilience factors	Resilience factors



CHILD DISSOCIATIVE CHECKLIST

DIMENSION

- Symptômes de dissociation

VERSION UTILISÉE

- CDC, composé de 20 items

CLIENTÈLE

- Enfants âgés de 6 à 12 ans

RÉPONDANTS

- Parents
- Adultes ayant soin de l'enfant

UTILISER CET INSTRUMENT

Le CDC est du domaine public, il peut être utilisé gratuitement.

La version française du CDC est présentée à l'annexe A.

La version originale de l'instrument peut être obtenue dans Putnam et al. (1993).

CONTACT

Non disponible

DESCRIPTION

Le Child Dissociative Checklist (CDC; Putnam, Helmers & Trickett, 1993) mesure le niveau de dissociation chez les enfants et les adolescents âgés de 4 à 16 ans en documentant une liste de 20 symptômes. Les énoncés réfèrent conceptuellement à six domaines de comportements dissociatifs : (1) Amnésie dissociative; (2) Changements rapides de la conduite, de l'accès à l'information, des connaissances, des capacités et des comportements appropriés à l'âge; (3) États de transe spontanés; (4) Hallucinations; (5) Altérations de l'identité; et (6) Comportement agressif et sexuel. Cet instrument doit être complété par un adulte très familier des comportements de l'enfant. Il a ainsi été développé pour être utilisé auprès des parents, des parents d'accueil, des enseignants et toute autre adulte observateur ayant des contacts fréquents avec l'enfant évalué.

La mesure est constituée de 20 items et est complétée avec une réponse de réponse en trois points évaluant la fréquence des comportements de l'enfant ou de l'adolescent. Les répondants doivent indiquer si l'enfant ou l'adolescent manifeste les comportements selon les réponses suivantes : « Pas vrai » (0), « Un peu vrai ou vrai de temps en temps » (1), et « Très vrai » (2).

Les 20 items de l'échelle constitue habituellement une seule dimension. Toutefois, selon Wherry et al. (2009), les énoncés peuvent se diviser en trois sous-échelles : (1) Variabilité dissociative (9 items), (2) Dissociation pathologique (6 items), et (3) Dissociation extériorisée (5 items).

MODE DE COMPILATION

Le score total ainsi que les scores des sous-échelles correspondent à la somme des réponses obtenus aux énoncés (voir le Tableau 1 pour la répartition des items). Le score total varie de 0 à 40.

Tableau 1
Composition des sous-échelles du CDC

Sous-échelles	Items
Variabilité dissociative (0-18)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 18
Dissociation pathologique (0-12)	10, 14, 15, 17, 19, 20
Dissociation extériorisée (0-10)	8, 9, 12, 13, 16

Le seuil clinique est déterminé à 12 sur le score total composé des 20 items (Putnam et al., 1993). Un score égal ou supérieur à 12 suggère un comportement dissociatif significatif. Un tel résultat propose qu'une exploration plus approfondie des symptômes de dissociation devrait être réalisée.

La Tableau 2 présente les normes obtenues auprès d'un échantillon d'enfants âgés de 6 à 12 ans victimes d'agression sexuelle.

Tableau 2
Normes du CDC

	Symptômes de dissociation (0-40)	
	Filles	Garçons
Moyenne	7,26	7,20
Écart-type	5,95	5,30
RC 25	3,00	3,00
RC 50	6,00	7,00
RC 75	10,00	10,00

Score brut	RC	RC
0	6	4
1	15	15
2	23	22
3	32	28
4	39	37
5	46	42
6	53	48
7	58	57
8	65	64
9	69	73
10	75	79
11	79	80
12	82	84
13	85	86
14	88	88
15	90	90
16	91	91
17	93	95
18	94	96
19	96	97
20	96	98
21	97	98
22	98	98
23	98	99
24	99	99
25	99	99
26	99	99
27	99	99
28	99	99
29	99	99
30	99	99
31	99	99
32	99	99

Tableau 2 (suite)
Normes du CDC

	Symptômes de dissociation (0-40)	
	Filles	Garçons
Score brut	RC	RC
33	99	99
34	99	99
35	99	99
36	99	99
37	99	99
38	99	99
39	99	99
40	99	99
Non clinique	79,2 %	80,9 %
Clinique	20,8 %	19,1 %

Note. RC 25 = 25^e rang centile; RC 50 = 50^e rang centile; RC 75 = 75^e rang centile

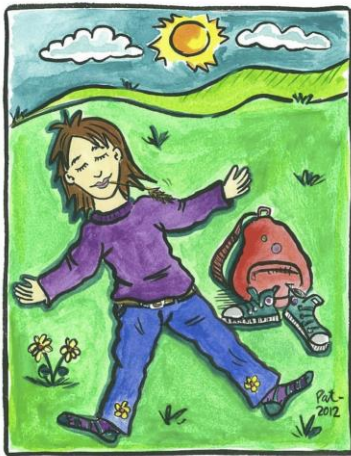
Échantillon : 1 064 enfants (807 filles et 256 garçons) âgés de 6 à 12 ans victimes d'agression sexuelle

RÉFÉRENCES

- Hébert, M., & Parent, N. (2000). *Traduction française du Child Dissociative Checklist (CDC; Putnam, Helmers, & Trickett, 1993)*. Document inédit. Montréal, QC: Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Putnam, F. W., Helmers, K., & Trickett, P. K. (1993). Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect*, 17(6), 731-741. [Version 3.0 of the Checklist is printed on pp. 740-741] doi:10.1016/S0145-2134(08)80004-X
- Wherry, J. N., Neil, D. A., & Taylor, T. N. (2009). Pathological dissociation as measured by the child dissociative checklist. *Journal of child sexual abuse*, 18(1), 93-102. doi:10.1080/10538710802584643

Exemple d'item imagé du ACTS

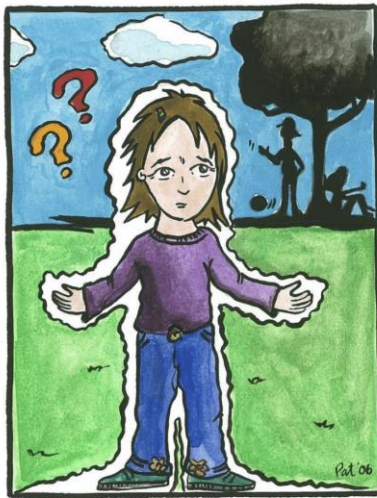
2. Ici Alex se sent heureuse. À quelle fréquence te sens-tu heureuse ?



Hébert, M. (2006). Traduction et adaptation française du *Angie / Andy Cartoon Trauma Scales* (ACTS; Praver, 1996). Document inédit. Montréal, QC: Département de sociologie, Université du Québec à Montréal.

Exemple d'item imagé du ACTS

13. Ici, Alex a l'impression d'être dans un rêve mais elle est vraiment réveillée. À quelle fréquence as-tu l'impression d'être dans un rêve quand tu es réveillée ?



Hébert, M. (2006). Traduction et adaptation française du *Angie / Andy Cartoon Trauma Scales* (ACTS; Praver, 1996). Document inédit. Montréal, QC: Département de sociologie, Université du Québec à Montréal.

Réponses émotionnelles et comportementales

ANGIE / ANDY CARTOON TRAUMA SCALE



DIMENSIONS

- Modulation de la colère
- Épisodes de dissociation et de dépersonnalisation
- Désespoir et impuissance

VERSION UTILISÉE

- Sélection de trois sous-échelles totalisant 15 items

CLIENTÈLE

- Enfants âgés de 6 à 12 ans

RÉPONDANTS

- Enfants âgés de 6 à 12 ans

UTILISER CET INSTRUMENT

Le ACTS et le PRS sont du domaine public, ils peuvent être utilisés gratuitement. La version française abrégée de l'instrument est présentée à l'annexe A. La version originale anglaise de l'instrument peut être obtenue dans Praver (1996).

CONTACT

Dr. Frances Praver
5 Marseilles Drive
Locust Valley, NY 11560
Courriel : drfranpraver@cs.com
http://www.drfranpraver.com/

Tableau 2
Normes du ACTS

	Modulation de la colère		Épisodes de dissociation et de dépersonnalisation		Désespoir et impuissance	
	(0-18) ¹		(0-12) ¹		(0-15) ²	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Moyenne	4,57	4,57	3,44	2,85	3,36	2,64
Score-type	3,06	3,21	2,98	3,14	3,31	2,74
RC 25	3,00	2,00	1,00	0,00	1,00	0,00
RC 50	4,00	4,00	3,00	2,00	2,00	2,00
RC 75	6,00	6,00	5,00	4,00	6,00	4,00

Note. RC 25 = 25^e rang centile; RC 50 = 50^e rang centile; RC 75 = 75^e rang centile; RC = Rang centile.
¹ Échantillon : 884 enfants (581 filles et 243 garçons) âgés de 6 à 12 ans victimes d'agression sexuelle.
² Échantillon : 367 enfants (246 filles et 121 garçons) âgés de 6 à 12 ans victimes d'agression sexuelle.

RÉFÉRENCES

Hébert, M. (2006). Traduction et adaptation française du *Angie / Andy Cartoon Trauma Scales* (ACTS; Praver, 1996). Document inédit. Montréal, QC: Département de sociologie, Université du Québec à Montréal.
 Praver, F. (1996). *Validation of child measure for post traumatic stress responses to interpersonal abuse*. St-John's University, New York, NY. (UM No. 9703648)
 Praver, F., DiGiuseppe, R., Pelcovitz, D., Mandel, F. S., & Gaines, R. (2000). A preliminary study of a cartoon measure for children's reactions to chronic trauma. *Child Maltreatment*, 5(3), 273-285. doi:10.1177/107755590005003007
 Praver, F., Pelcovitz, D., & DiGiuseppe, R. (1993). *Angie / Andy Parent Rating Scales*. Unpublished measure.

Tableau 1
Domaines et sous-échelles du ACTS

Domaines & sous-échelles	Nombres d'items
I. Altérations de la régulation des affects et des impulsions	16
A. Régulation des affects	4
B. Modulation de la colère *	6
C. Auto-destructivité	1
D. Préoccupations suicidaires	1
E. Difficulté à moduler l'implication sexualité	5
F. Prise de risques excessive	4
II. Altérations de l'attention ou de la conscience	
A. Amnésie	5
B. Épisodes de dissociation et dépersonnalisation *	4
III. Altérations de la perception du soi	
A. Inefficacité	2
B. Dommages permanents	4
C. Culpabilité et responsabilité	7
D. Honte	5
E. Sentiment d'être incompris	1
F. Minimisation	1

Tableau 1 (suite)
Domaines et sous-échelles du ACTS

Domaines & sous-échelles	Nombres d'items
IV. Altérations des relations avec les autres	
A. Inhabileté à faire confiance et relations avec autres altérées	10
B. Revictimisation	2
C. Victimer les autres	1
V. Somatisation (non illustré)	
A. Système digestif	2
B. Douleur chronique	1
C. Symptômes cardiopulmonaires	1
D. Symptômes de conversion	1
E. Symptômes sexuels	1
VI. Altération des systèmes de croyances	
A. Désespoir *	5
B. Perte de croyances antérieures	5
VII. Module de stress posttraumatique	
1. Réexpérimentation	
A. Intrusivité	5
B. « Flashbacks »	1
2. Évitements des stimuli	
A. Comportements d'évitement	1
B. Perte d'intérêt / dépression	10
C. Comportements régressifs	2
D. Affects contraints	1
3. Comportements d'éveil	
A. Peurs	3
B. Difficulté de concentration	2
C. Réactivité physiologique	1
D. Réponse de surprise exagérée	1

Note: Les * indiquent les échelles utilisées dans le cadre de l'évaluation

Tous les items, sauf ceux portant sur la somatisation, sont accompagnés d'une illustration de la situation décrite. Ainsi, l'administrateur du test lit l'énoncé et simultanément montre l'image à l'enfant. Ensuite, l'enfant indique, à l'aide d'un thermomètre disposé selon une échelle à quatre points, la fréquence de chacune des situations, allant de « Jamais » (1) à « Très souvent » (4). Une version de l'instrument est également disponible pour être administré aux parents (*Angie / Andy Parent Rating Scales* (PRS); Praver, Pelcovitz, & DiGiuseppe, 1993).

Pour les besoins de l'évaluation, seulement les items de trois sous-échelles sont administrés : A. Modulation de la colère, B. Épisodes de dissociation et de dépersonnalisation, et C. Désespoir. Les dessins de la version originale anglaise n'étant pas disponibles, les images servant à l'administration de l'instrument

ont été reproduites à partir des exemples figurant dans Praver et al. (2000).

MODE DE COMPILATION

Avant de compiler les scores, les items sont recodés. Le choix de réponse étant de « Jamais » (1) à « Très souvent » (4) devient « Jamais » (0) à « Très souvent » (3). De plus, les réponses de deux items formulés positivement (items #2 et 11) doivent être inversées. Ainsi, les réponses sont transformées de la manière suivante : (0=3) (1=2) (2=1) (3=0).

Les trois sous-scores sont obtenus en additionnant les réponses à leurs items respectifs. Le score de Modulation de la colère est composé des items 1, 3, 4, 6, 10 et 11; le score varie de 0 à 18. Le score évaluant les épisodes de dissociation et de dépersonnalisation inclut les items 5, 7, 13 et 15 et varie de 0 à 12. Le score de désespoir intègre les items 2, 8, 9, 12 et 14 et s'étend de 0 à 15.

La Tableau 2 présente les normes obtenues auprès d'un échantillon d'enfants âgés de 6 à 12 ans victimes d'agression sexuelle.



The summary profile illustrates the results using graphs and bar charts.

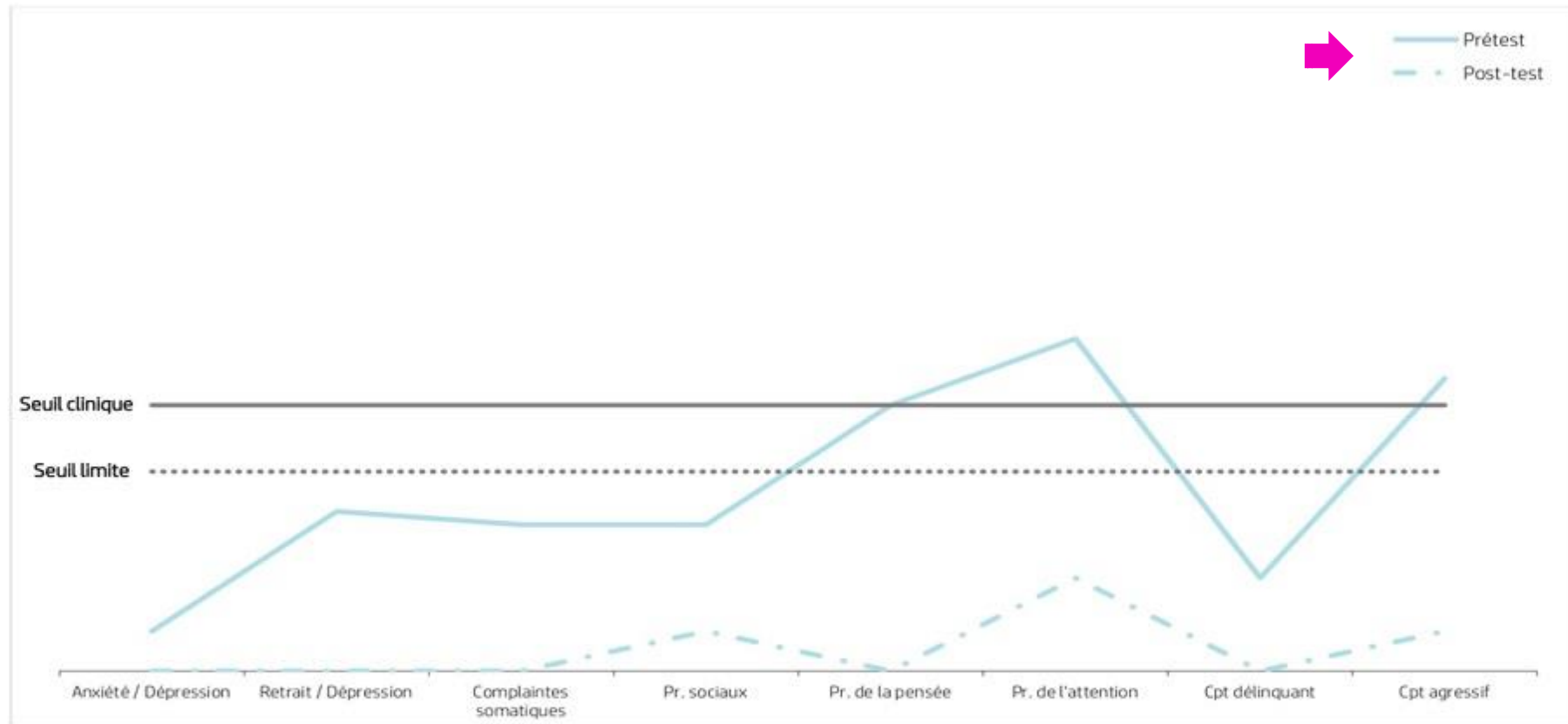


The summary profile also provides the percentile rank. This score compares the child to the average of child victims of sexual abuse according to the derived norms.



An algorithm classifies the youths' responses, based on their scores on different measurement scales, into three distinct profiles.

Troubles de comportement (P)

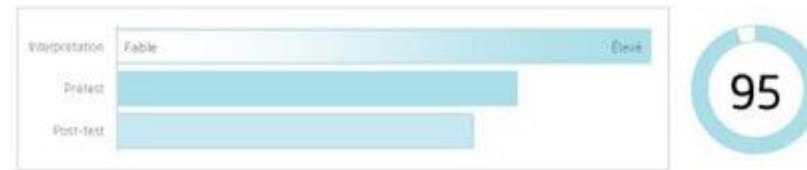


Section II - Facteurs personnels, familiaux et de protection

Sentiment de culpabilité / blâme lié à l'agression sexuelle vécue



Désespoir / Pessimisme



Alexithymie ou difficulté dans l'expression verbale des émotions



Difficulté à réguler les émotions





Typological Analyses



Sophie



Sebastien



Amelia

Typological Analysis

- ✓ Person-oriented approach

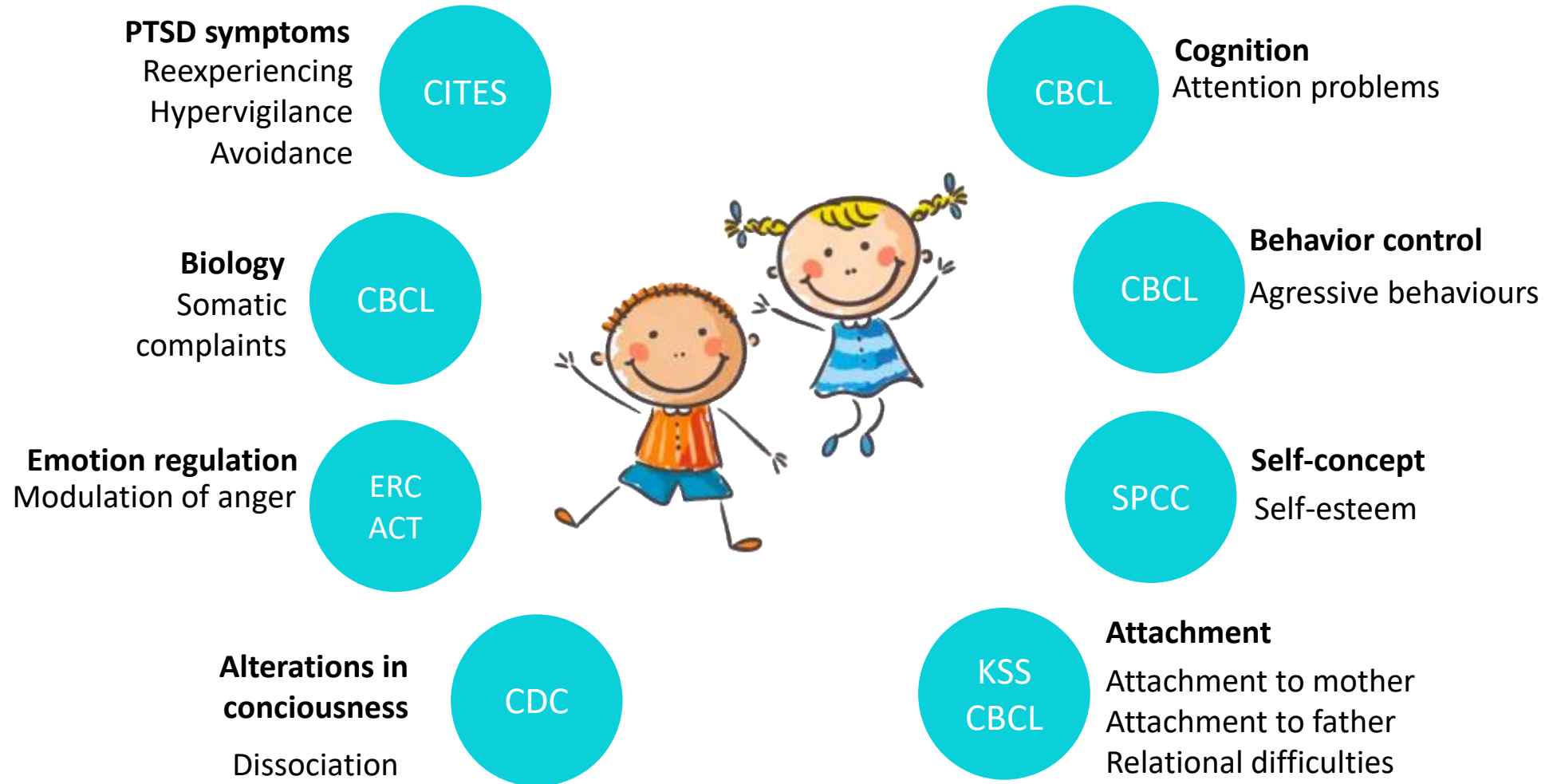
Particularly suitable for exploring the diversity of profiles by allowing the identification of homogeneous subgroups, which share certain constellations or patterns of responses, but which differ from other subgroups.

- ✓ 861 children aged 6 to 12 (594 girls and 267 boys) victims of sexual abuse
 - Centre d'expertise Marie-Vincent
 - Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Sainte-Justine
 - Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (CIASF)
 - Centre-Jeunesse Mauricie Centre-du-Québec
 - Parents-Unis

Model:

Classic PTSD symptoms
Complex trauma
Resilience profile







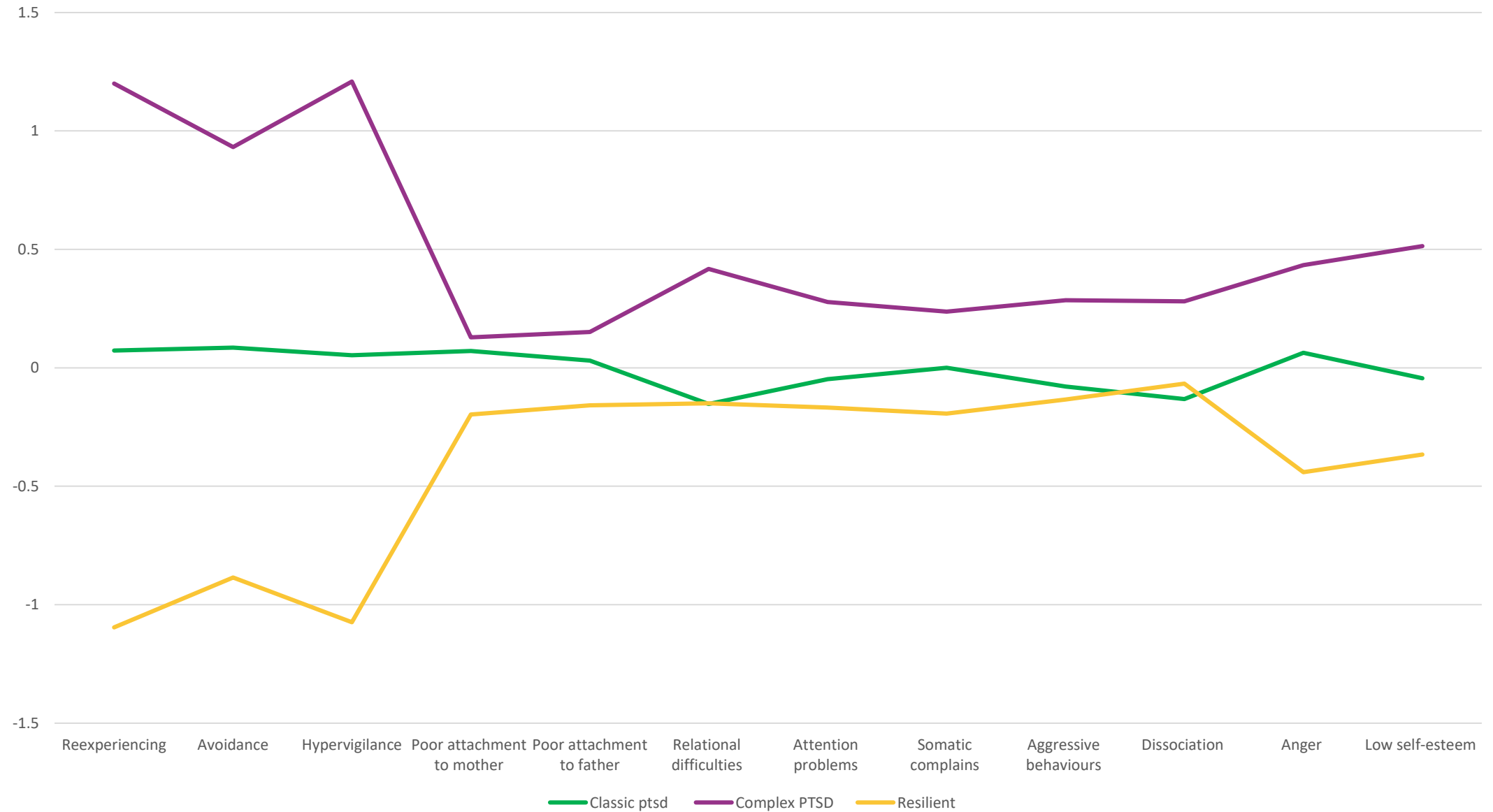
26%



41%



33%



n = 861 children aged 6 to 12

Resilient



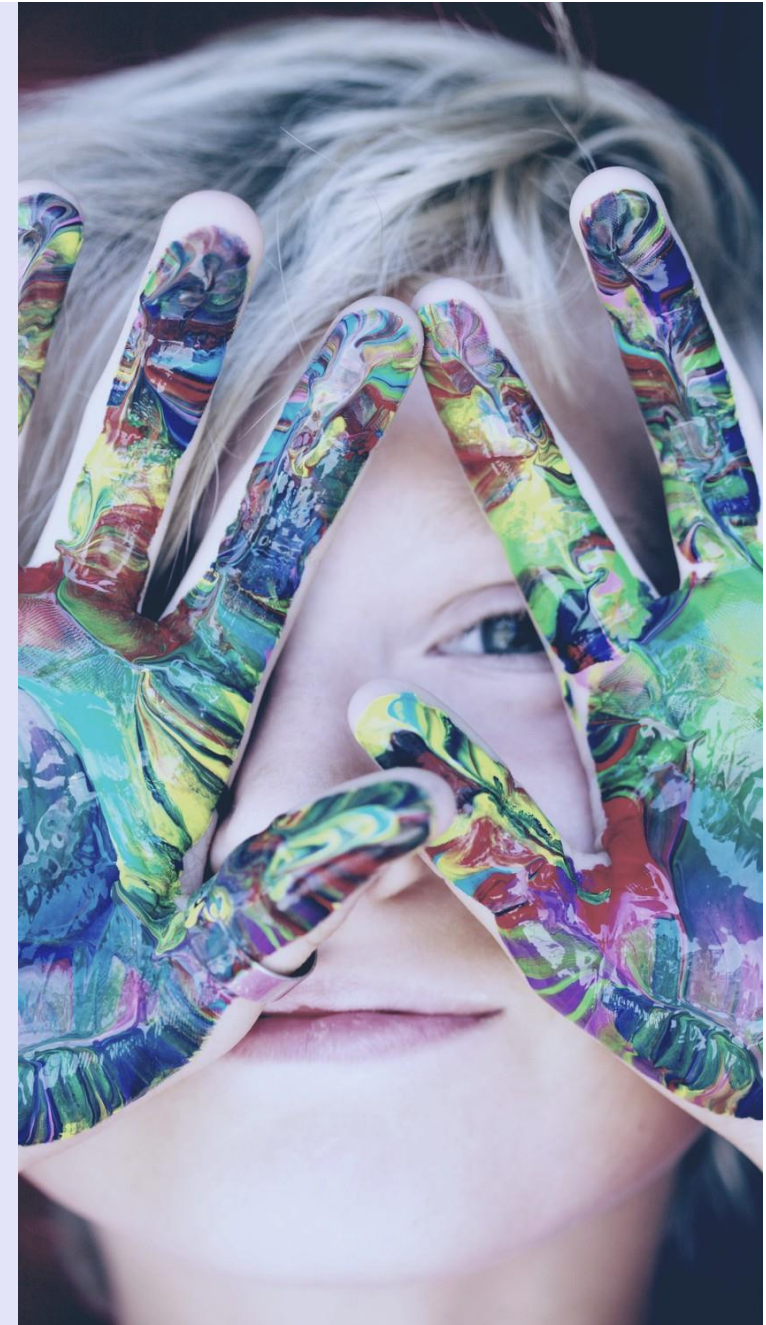
Abuse-related variables
Severity of CSA
Nb of traumas



Parental distress
Social isolation/loneliness
Peer victimization/bullying
Avoidance coping
Approach coping



Teachers report:
social competence, positive
peer relationships, school
adaptation, academic
performance





Psychoeducation
Consolidate protective factors
Reduce risk of revictimization
Support for parents
Periodic reevaluation



TF-CBT



TF-CBT
+
Specific modules

Sommaire des résultats en lien avec les profils

Profil
Résilient



Profil
SPT Classique



Profil
SPT Complexe



SPT classique

Symptômes de stress post-traumatique

		
--	---	--

SPT complexe

Attachement

		
--	---	--

Cognition

		
--	--	---

Dissociation

		
--	---	--

Régulation des émotions

		
--	---	--

Régulation du comportement

		
--	---	--

Concept de soi

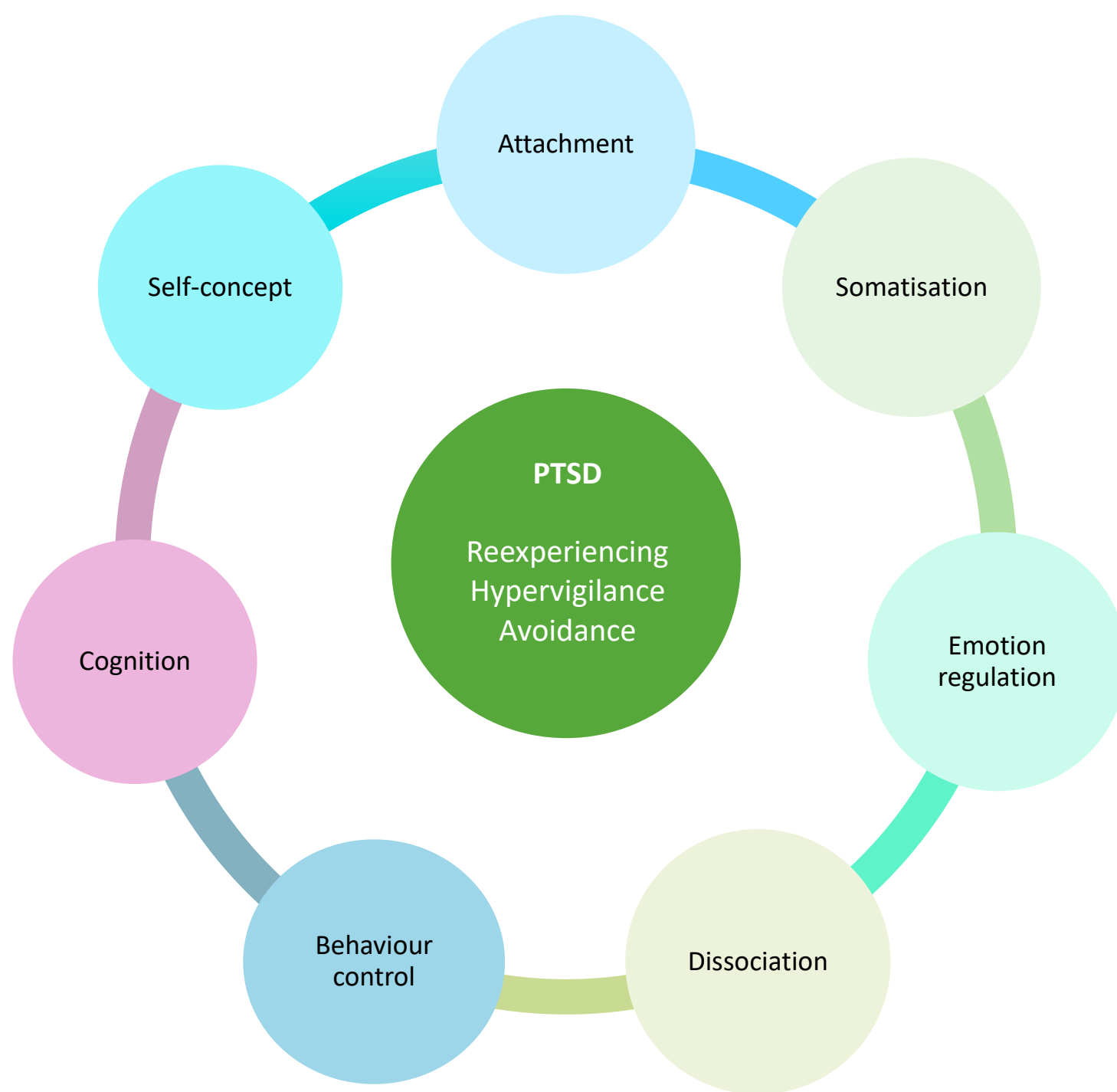
		
--	---	--

Somatisation

		
--	--	---

Système de sens

		
--	---	--



Implications

- In clinical settings
 - Need for a detailed assessment of not only the characteristics of CSA but also the protective factors.
 - Identification of differentiated profiles.
 - Personalized approach to treatment.
- For research
 - Longitudinal studies to evaluate the stability of the profiles.
 - Further study of factors related to resilience profiles.
 - Evaluate the effectiveness of the therapeutic services offered based on the identified profiles.
 - A personalized approach could promote steeper progression during therapy.



For more information:

Martine Hébert, Ph.D. (psychology)
Department of sexology
UQAM

Email: hebert.m@uqam.ca

Twitter: @DrMartineHebert

Website: www.martinehebert.uqam.ca



CHAIRE de
RECHERCHE
du CANADA

sur les TRAUMAS
INTERPERSONNELS
et la RÉSILIENCE

