

## Le traitement des adultes qui ont vécu la maltraitance et la négligence

Présentation d'une formation qui sera donnée par Madame Christine Courtois // Les 26 et 27 septembre 2014

par Jérôme Guay, psychologue

Même si la plupart des psychologues ont eu à traiter des personnes avec un passé d'abus ou de négligence, les connaissances accumulées au cours des deux dernières décennies n'ont pas été intégrées et formalisées; elles sont anecdotiques et dispersées. Ce n'est que tout récemment que les thérapeutes ont fait consensus pour proposer des lignes directrices (Cloitre et al 2011, 2012) et que Courtois et Ford (2009, 2013) ont défini des approches thérapeutiques distinctives et spécifiques.

**L'Association des psychologues du Québec est heureuse d'annoncer la venue de Madame Christine Courtois qui viendra présenter le nouveau modèle de traitement pour les survivants de maltraitance et de négligence les 26 et 27 septembre 2014.**

Cette offre de formation est d'autant mieux accueillie que les adultes qui ont survécu à la maltraitance ou à la négligence infantiles, constituent la majorité des personnes qui consultent en psychiatrie et en psychologie. Il s'agit d'une épidémie cachée car cette problématique n'est pas reconnue et identifiée en tant que telle. Même si les thérapeutes spécialisés en stress traumatique ont récemment identifié un syndrome spécifique, nommé stress traumatique complexe, cette condition psychiatrique n'existe pas officiellement (Cloitre et al., 2011 et 2012).

Souvent, les symptômes du stress traumatique complexe mimiquent ou sont analogues aux symptômes d'autres diagnostics psychiatriques : plusieurs troubles dépressifs et anxieux y sont directement reliés. En conséquence, ces personnes reçoivent des diagnostics divers avant que ne soit identifiée la vraie source des troubles dont elles sont affectées. Les réactions traumatiques sont souvent incomprises et mal interprétées ou identifiées à tort comme étant des problèmes psychologiques sévères.

Le stress traumatique complexe n'a pas été distingué du stress post traumatique dans le DSM V; on n'a fait qu'ajouter un groupe de symptômes. Mais lorsque les personnes, qui ont été maltraitées ou négligées, reçoivent un diagnostic de stress post traumatique, ce

diagnostic a une telle panoplie de co-morbidité que le syndrome n'a plus aucune cohérence (Courtois et Ford, 2009). Pourtant il y a des différences majeures entre le stress post traumatique et le stress traumatique complexe, qui auraient justifié une catégorie diagnostique distincte (Cloitre et al, 2011).

**Les stress traumatiques sont prolongés et répétés.** Alors que le stress post traumatique provoque une crise, les événements traumatiques du stress complexe ne créent pas une discontinuité dans le cycle de vie, puisqu'ils font partie intégrante du contexte interpersonnel familial; ils étaient une condition habituelle et permanente de la vie quotidienne.

**Ces stress traumatiques se produisent lors de l'enfance.** Ces traumas surviennent dans des étapes de grande vulnérabilité au cours de l'enfance et ont donc un fort potentiel de compromettre le développement (Courtois et Ford 2009 et 2013), car ce sont des événements qui excèdent les capacités de l'enfant à protéger son bien-être psychique et son intégrité; il n'y a pas d'échappatoire possible. Ils ont donc un impact considérable sur la construction des structures psychiques, l'identité et l'estime de soi.

**Ce sont des traumas interpersonnels.** Les traumas subis sont toujours des traumas relationnels qui ont un impact sur le style d'attachement, puisque ces traumas se produisent dans une relation avec les personnes les plus significatives qui auraient dû prendre soin et protéger l'enfant. Ces traumas relationnels créent une perturbation dans le sens de sécurité, de loyauté et de confiance.

Les personnes qui ont survécu à la maltraitance et à la négligence vivent les difficultés suivantes: des problèmes dans la régulation des émotions qu'ils évitent par la dissociation, les agirs impulsifs ou l'anesthésie affective. Leurs relations interpersonnelles intimes sont également très problématiques, principalement les relations de couple; plusieurs reproduisent, à des degrés divers, les relations abusives ou font preuve d'un déficit d'empathie envers le (la) conjoint(e).

## Suite...

### Le traitement des adultes qui ont vécu la maltraitance et la négligence

Présentation d'une formation qui sera donnée par Madame Christine Courtois // Les 26 et 27 septembre 2014

par Jérôme Guay, psychologue

Une estime de soi très basse est un symptôme quasi universel chez les adultes qui ont survécu à la maltraitance ou à la négligence.

Ils ont un sentiment chronique de culpabilité et de honte, un sentiment de ne pas avoir de valeur, d'être mauvais, ne méritant pas l'attention des autres.

Mais ces symptômes peuvent être vus comme des réactions d'adaptation et de survie appropriées; l'abus n'est pas un symptôme mais une expérience de vie ; les *symptômes* du stress traumatique complexe pourraient être redéfinis comme des réactions normales à des situations anormales.

Le modèle de traitement recommandé que madame Courtois présentera est :

- un traitement séquentiel en trois phases, la recherche ayant démontré la supériorité de ce modèle séquentiel
- un traitement individualisé, flexible et taillé sur mesure
- un traitement qui s'appuie sur la collaboration du client

Le sens premier du traitement séquentiel est le suivant : la re-mémorisation des événements traumatisants ne doit pas se faire en début de traitement mais être retardée. C'est le consensus autour duquel se sont ralliés les experts (Cloitre et al., 2011) qui situent cette re-mémorisation dans une deuxième phase. Les adultes qui ont été soumis à des abus prolongés dans l'enfance sont très susceptibles à la détérioration ; pousser trop rapidement les survivants à produire des comptes-rendus détaillés des expériences d'abus peut être déstabilisant et contre-productif. La première phase est consacrée à établir une alliance thérapeutique sécurisante qui constitue le fondement du traitement. Quant à la dernière phase elle marque la transition entre la thérapie et le rétablissement en tablant sur les compétences des clients.

Le traitement standardisé est contre-indiqué ; plus encore que pour n'importe laquelle autre problématique, il doit être taillé sur mesure à chaque personne. Les variations individuelles sont très importantes et il faut y être attentif, maintenir la flexibilité et ne pas généraliser.

Un accent particulier est porté à l'apprentissage de la régulation des émotions et le thérapeute peut avoir recours à l'une ou l'autre de plusieurs approches. Le traitement est complexe, multimodal ; l'approche dite intégrative, qui est de plus en plus prônée, est particulièrement indiquée pour cette clientèle.

La psychothérapie est conçue comme un processus collaboratif, dans le sens que les explications sont construites en collaboration avec le client. Le savoir des clients sur eux-mêmes est considéré par le thérapeute comme au moins aussi important que son propre savoir, il invite à la collaboration de telle sorte que le processus de compréhension devient une entreprise conjointe.

J'ai pu suivre une formation avec Madame Courtois, offerte par l'APA, en avril 2013; je suis convaincu que mes collègues ressortiront enrichis, enthousiastes et stimulés des deux jours de formation, comme je l'ai été.

#### Références :

Cloitre et al., (2011) "*Treatment of Complex PTSD : Results of the ISTSS Expert Clinician Survey on Best Practices.*" Journal of Traumatic Stress, vol 24, no 6, pp. 615 - 627.

Cloitre et al., (2012) "*ISTSS Expert Consensus Guidelines for Complex PTSD*" available at ISTSS.org.

Courtois, C.A. and Ford, J.D. Eds (2009) « *Treating complex traumatic stress disorders : an evidence – based guide* ». Guilford.

Courtois, C. et Ford (2013) "*Treatment of complex trauma*" Guilford.

## FORMATION DE CALIBRE INTERNATIONAL

### Innovations cliniques dans le traitement des trauma complexes: une approche séquentielle basée sur la relation

pour le traitement des adultes qui ont vécu la maltraitance et la négligence durant l'enfance

**\*Formation en cours d'accréditation par l'OPQ (12 heures)**

Formatrice :

**Christine A. Courtois, Ph.D., ABPP, psychologue**

Auteur de nombreux ouvrages et chef de file à l'APA en matière de traitement des trauma complexes.

*Les participants seront sensibilisés aux récentes avancées dans ce type de traitement. Le rôle central de la relation thérapeutique, les enjeux de transfert et de contre-transfert, la traumatisation vicariante chez le thérapeute, de même que les stratégies d'auto-soins seront également abordés.*



#### MEMBRE

- Régulier
- Retraité et/ou 65 +
- Début de pratique
- Étudiant

**430,00 \$ + taxes**

**430,00 \$ + taxes**

**300,00 \$ + taxes**

**300,00 \$ + taxes**

#### NON-MEMBRE\*

- Tous **510,00 \$ + taxes**

\* *Psychologue seulement*

\* *Permis OPQ valide*

**Le coût de la formation couvre les deux jours et comprend une pause déjeuner, les notes de formation et deux pauses-santé. Le dîner n'est pas inclus.**

INFORMATION & INSCRIPTION



## RECRUTEMENT DE PSYCHOLOGUES

dans le cadre d'un projet de recherche sur le sentiment d'auto-efficacité du clinicien en psychologie

UQAM

Cher(e)s collègues,

Nous souhaiterions solliciter votre participation pour notre projet de recherche portant sur le sentiment d'auto-efficacité.

Nous savons que vous êtes très certainement occupé(e), mais nous vous demandons la possibilité de prendre un moment pour remplir un protocole de recherche portant sur le sentiment d'auto-efficacité. Nous ne pouvons insister assez sur l'importance de votre participation et nous vous serions très reconnaissants de vous compter parmi nos participants.

Votre participation contribuerait grandement à la consolidation des connaissances sur le développement professionnel des cliniciens en psychologie. **Il est possible d'accéder au protocole à travers le lien suivant:** <https://fr.surveymonkey.com/s/8JLRSZ2> (Si l'hyperlien ne fonctionne pas directement, copiez-le (CTRL C) et collez-le (CTRL V) dans la barre d'adresse de votre navigateur web.)

Giancarlo Jr Collacciani, M.Ps.

Doctorant au département de psychologie de l'UQAM

Professeur de psychologie Collège Jean-de-Brébeuf

[collacciani.giancarlo@gmail.com](mailto:collacciani.giancarlo@gmail.com)