

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE DU LIEN ENTRE LE DEGRÉ DE SÉCURITÉ DE L'ATTACHEMENT,
LES STRATÉGIES COMPORTEMENTALES DE RÉGULATION
ÉMOTIONNELLE ET LES SYMPTÔMES DE STRESS
POST-TRAUMATIQUE CHEZ L'ADULTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (PH.D)

PAR

MARYSE BENOIT

AOÛT 2006

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je voudrais tout d'abord remercier mes deux directeurs de thèse, Ellen Moss et Donald Bouthillier, qui ont fait une super équipe et se sont magnifiquement complétés. Je remercie infiniment Ellen pour sa confiance en mon projet ainsi que son support à tous les niveaux, ses encouragements, sa générosité et sa disponibilité. Je suis également très reconnaissante à Donald pour le partage de son savoir, sa rigueur, sa présence et sa patience, et pour m'avoir accompagnée dans tous les reliefs parfois escarpés du cheminement doctoral, toujours à l'écoute de mes doutes et de mes inquiétudes.

Outre mes directeurs, de nombreuses autres personnes ont contribué à ce que je mène cette thèse à terme. D'abord à l'UQAM, Jean Bégin qui, par sa grande patience et son aptitude à expliquer simplement les choses complexes, m'a aidée à comprendre et à démystifier (presque à aimer !) les statistiques. Chantal Cyr et Marie-Julie Béliveau qui ont codifié les AAP et qui se sont toujours montrées très disponibles pour répondre à mes questions et réfléchir avec moi à certains résultats. De même que les autres étudiants du laboratoire d'Ellen Moss, les deux Dominique, Tanya, Marie-Eve et les autres pour leur soutien, leur bienveillance et leur accueil chaleureux.

Je voudrais remercier également Alain Brunet, au centre de recherche de l'hôpital Douglas, pour les nombreuses discussions qui ont inspiré l'élaboration de mon projet de recherche et pour avoir grandement facilité le recrutement de mes participants. Je remercie également toute son équipe et plus particulièrement Sabine Defer et Louis-Francis Fortin qui m'ont assistée consciencieusement dans le recrutement et l'entrée de données, m'ont encouragée sans relâche et m'ont offert leur soutien et leur amitié.

Je voudrais également exprimer ma grande reconnaissance à Cécile Rousseau dont la rencontre m'a profondément inspirée et a élargi ma vision et mes horizons en recherche. Un grand merci pour son humanité, ses encouragements, sa confiance en moi, sa générosité à tous les niveaux et pour m'avoir convaincue que ça valait la peine. Merci également à toute l'équipe de psychiatrie transculturelle, Ginette, Ghaida, Pauline, Louise, Marie-France et les autres qui ont souvent écouté patiemment ma «complainte du doc en Alaska» dans les moments où je me sentais coincée sous un iceberg dans une banquise d'analyses statistiques.

Je remercie mon amie Claire Lebourgeois qui connaît bien les affres de l'épreuve, qui n'a jamais douté que je finirais un jour et qui m'a accompagnée de sa très précieuse amitié et de son intarissable soutien, écoute, patience, encouragement etc. Un gros merci également à Nancy Poirier, ma complice du doctorat, mon acolyte des cours de méthodologie et de statistiques, co-équipière de l'équipe des «optimistes-désespérées». Je ne me serais certainement pas rendue jusqu'au bout sans nos longues discussions dans les moments de découragement et d'angoisse souvent partagés, mais surtout (surtout !), sans nos belles randonnées de vélo et de ski de fond pour se ressourcer et s'aérer les neurones.

Je remercie ma famille, maman pour les petits plats préparés qui m'ont fait sauver pas mal de minutes, mes deux sœurs et mon frère qui m'ont donné l'opportunité d'aller écrire des bouts de ma thèse à la campagne et au lac, ainsi que mes neveux et nièces pour les prêts temporaires de toutous, les gros câlins, leur affection et (selon l'âge) leur assistance dans l'entrée de données.

Enfin, un grand merci à mes amis qui ont eu la patience d'attendre la fin de mon doctorat pour me «retrouver» pour de vrai, ainsi qu'à mes professeurs de chant, Murielle et Daniel, qui m'ont appris à «respirer» et qui m'ont soutenue et encouragée dans le laborieux processus d'écriture.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	ix
LISTE DES SYMBOLES	x
RÉSUMÉ	xi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
CONTEXTE THÉORIQUE	4
1.1 Concepts fondamentaux de la théorie de l'attachement	4
1.1.1 Rôle et développement du système d'attachement	4
1.1.2 Développement des modèles opérants internes	5
1.1.3 Les modèles opérants internes et les processus défensifs	9
1.2 Les modèles d'attachement chez l'adulte	11
1.2.1 Mesure de l'attachement adulte - perspective de la psychologie du développement	12
1.2.1.1 Mesure des représentations adultes des relations d'attachement de l'enfance	12
1.2.1.2 Le «Adult Attachment Interview» (AAI)	13
1.2.1.3 Le «Adult Attachment Projective» (AAP)	15
1.2.2 Mesure de l'attachement adulte - perspective de la psychologie sociale ..	17
1.2.3 Pertinence d'utiliser les deux approches conceptuelles de l'attachement adulte	18
1.3 La théorie de l'attachement et le développement de la régulation émotionnelle....	21
1.3.1 Passage de la co-régulation à l'autorégulation des émotions	21
1.3.2 Le développement des stratégies secondaires	25
1.3.3 Désorganisation de l'attachement et régulation des émotions	26
1.3.4 Modèles d'attachement et stratégies de régulation émotionnelle chez l'adulte – revue des études empiriques	27

1.4	Le trouble de stress post-traumatique (TSPT)	32
1.4.1	Description du TSPT	32
1.4.2	Les caractéristiques émotionnelles associées aux réactions post-traumatiques	34
1.4.3	Stratégies de régulation des émotions agissant comme facteurs de risque ou de protection dans le développement du TSPT	38
1.4.3.1	Orientation de l'attention	38
1.4.3.2	Évaluation et interprétation de l'événement et des réactions post-traumatiques	41
1.4.3.3	Mobilisation du soutien social et verbalisations	42
1.5	TSPT et sécurité de l'attachement – revue des études empiriques	44
1.6	Rôle de médiation possible de la régulation des émotions entre l'attachement et le TSPT	47
1.7	Objectifs / hypothèses	50
CHAPITRE II		
MÉTHODOLOGIE		52
2.1	Participants	52
2.2	Instruments	54
2.2.1	Mesures de la sécurité de l'attachement	54
2.2.2	Mesures de la symptomatologie de stress post-traumatique	59
2.2.3	Mesures des stratégies comportementales de la régulation des émotions..	61
2.2.4	Mesure des variables contrôles	69
2.3	Procédure	70
CHAPITRE III		
RÉSULTATS		73
3.1	Analyses préliminaires	73
3.1.1	Distribution des modèles d'attachement	73
3.1.2	Transformation des modèles de l'attachement en index de sécurité de l'attachement	76
3.1.3	Caractéristiques de l'échantillon en fonction de la symptomatologie de stress post-traumatique	77

3.1.4	Caractéristiques de l'échantillon sur les mesures de la régulation des émotions	80
3.1.5	Lien entre la sévérité objective de l'événement et les symptômes de stress post-traumatique	81
3.2	Résultats relatifs aux questions de recherche	81
3.2.1	Première question de recherche : degré de sécurité de l'attachement et symptomatologie de stress post-traumatique	82
3.2.2	Deuxième question de recherche : degré de sécurité de l'attachement et stratégies de régulation des émotions	85
3.2.3	Troisième question de recherche : rôle de médiation des stratégies de régulation des émotions entre l'attachement et les symptômes de stress post-traumatique	92
CHAPITRE IV		
DISCUSSION		95
4.1	Attachement et symptomatologie post-traumatique	95
4.2	Attachement et régulation des émotions.....	99
4.3	Effet médiateur des stratégies de régulation des émotions pour expliquer le lien entre l'attachement et la symptomatologie de stress post-traumatique	104
4.4	Implications théoriques et cliniques des résultats	106
4.5	La distribution des modèles d'attachement	110
4.6	Limites de l'étude	112
4.7	Contributions de l'étude et directions futures	115
CONCLUSION		120
APPENDICE A		
CRITÈRE DIAGNOSTIQUE DU TSPT		124
APPENDICE B		
INSTRUMENTS DE MESURE		127
APPENDICE C		
FORMULE DE CONSENTEMENT		226
RÉFÉRENCES		231

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau		Page
1.1	Étiquettes des classifications de l'attachement selon les approches de la psychologie du développement et de la psychologie sociale.	20
2.1	Stratégies de régulation des émotions étudiées et instruments de De mesure	61
2.2	Temps de mesure et instruments utilisés	71
3.1	Distribution de l'échantillon en fonction des 4 modèles de l'attachement mesurés par le AAP	73
3.2	Distributions en fonction des 4 catégories de l'attachement mesurées par le QEAA	75
3.3	Convergence entre le AAP et le QEAA sur l'attachement dichotomisé sécurisé-insécurisé.....	75
3.4	Proportion des participants rapportant un TSPT trois mois post-trauma	78
3.5	Corrélations entre les mesures du degré de sécurité de l'attachement et les symptômes de TSPT mesurés par l'IES-R 1 mois (T2) et 3 mois (T4) post-trauma	82
3.6	Corrélations entre les mesures du degré de sécurité de l'attachement et les symptômes de TSPT mesurés par le CAPS 3 mois (T4) post-trauma	83

3.7	Corrélations entre les mesures de sécurité de l'attachement et les stratégies de régulation des émotions se rapportant à l'orientation de l'attention	86
3.8	Corrélations entre les mesures de sécurité de l'attachement et les stratégies de régulation des émotions se rapportant à l'interprétation et l'évaluation	89
3.9	Corrélations entre les mesures de sécurité de l'attachement et les stratégies de régulation des émotions se rapportant à la mobilisation du support social et à la verbalisation	91
3.10	Analyse de régression hiérarchique pour les variables prédisant les symptômes de stress post-traumatique au temps 4	93
Figure		Page
3.1	Évolution du niveau de consommation de substances entre 1 mois et 3 mois post-trauma en fonction de l'attachement dichotomisé sécurisé-insécurisé évalué par le AAP	88

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AAI	Adult Attachment Interview
AAP	Adult Attachment Projective
ASI	Anxiety Sensitivity Index
CAPS	Clinician Administered for PTSD Symptoms
CISS	Coping Inventory for Stressful Situations
EES	Emotional Expressivity Scale
LEAS	Levels of Emotional Awareness Scale
QEAA	Questionnaire sur les expériences d'attachement amoureux
IES-R	Impact of Event Scale – Revised
PDEQ	Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire
PSEI	Potential Stressful Event Interview
SCS	Social Constraints Scale
SDQ	Self-Disclosure Questionnaire
SSS	Sources of Support Scale
SUBS	Substance Use Scale
TCQ	Thought Control Questionnaire
TSPT	Trouble de stress post-traumatique

LISTE DES SYMBOLES

<i>é.t.</i>	Écart-type
<i>F</i>	Score F
<i>k</i>	Score kappa
<i>p</i>	Probabilité
<i>m</i>	Moyenne
<i>n</i>	Effectif d'échantillon
n.s.	Non significatif
<i>r</i>	Coefficient de corrélation de Pearson
<i>t</i>	Score t
<i>β</i>	Valeur bêta standardisé
R ²	Pourcentage de la variance commune
χ^2	Valeur Khi carré

RÉSUMÉ

Les différences individuelles importantes dans l'adaptation psychosociale suite à un événement traumatique portent à s'interroger sur les facteurs de vulnérabilité et de résilience impliqués dans l'adaptation au stress. Des chercheurs suggèrent que la conduite qu'adopte un individu face à son expérience émotionnelle joue un rôle crucial dans l'intégration du trauma et dans le développement d'un trouble de stress post-traumatique chronique (McFarlane et Yehuda, 1996; Schore, 2002). Des études montrent que les stratégies de régulation des émotions orientées sur différentes formes d'évitement émotionnel sont associées à plus de symptômes de stress post-traumatique que les stratégies orientées sur la recherche de support social et l'expression des émotions (Ehlers, Mayou et Bryant, 1998; Bryant, Moulds et Guthrie, 2001; Vlahov *et al.*, 2004; Solomon Mikulincer et Arad, 1991). Les facteurs prédisposant un individu vers l'une ou l'autre de ces conduites demeurent cependant inconnus. La théorie de l'attachement offre un cadre conceptuel novateur pour comprendre les différences individuelles dans la régulation émotionnelle suite à un trauma en postulant qu'un modèle d'attachement sécurisé est associé à l'utilisation de stratégies de régulation des émotions plus optimales face au stress (Bowlby, 1980, Sroufe *et al.*, 1999). Si quelques études issues de la psychologie sociale ont montré un lien entre la sécurité de l'attachement et l'adaptation post-traumatique (Mikulincer, Florian et Weller, 1993; Solomon *et al.*, 1998, Dieperink *et al.*, 2001), aucune étude n'a vérifié simultanément le lien entre l'attachement, la régulation émotionnelle et la symptomatologie de stress post-traumatique dans la perspective de la théorie du développement.

La présente étude a comblé cette lacune en examinant d'une part la relation entre le degré de sécurité de l'attachement et les symptômes suite à un trauma, et en vérifiant d'autre part si cette relation est médiatisée par les stratégies comportementales de régulation émotionnelle. L'étude a été conduite auprès de 36 participants adultes recrutés dans deux centres de traumatologie de Montréal suite à un accident grave ou une agression. Les données ont été recueillies à un mois, deux mois et trois mois post-trauma par l'intermédiaire de questionnaires et d'entrevues semi-structurées. La symptomatologie de stress post-traumatique a été évaluée en fonction de la quantité de symptômes et de leur persistance dans le temps. Les résultats d'analyses corrélationnelles ont montré qu'un degré plus élevé de sécurité de l'attachement est associé à moins de symptômes d'évitement et d'hypervigilance à un mois et trois mois post-trauma, et à moins de symptômes d'intrusion à trois mois post-trauma. Ce résultat est en accord avec un modèle selon lequel la sécurité de l'attachement jouerait un rôle non pas sur la présence initiale des intrusions, considérées comme des réactions normales et nécessaires à l'intégration de

l'expérience traumatique (Horowitz, 1978), mais plutôt sur la gestion des intrusions et des émotions associées, ce qui aurait un impact à plus long terme sur tout le tableau symptomatique. Les résultats des analyses de régression hiérarchiques confirment la présence d'un modèle de médiation où les stratégies de régulation orientées sur les émotions négatives (ruminations, blâme, auto-critique) et la consommation de substances expliquent partiellement la relation observée entre le degré de sécurité de l'attachement et les symptômes de stress post-traumatiques. Bien que ces résultats ne permettent pas d'établir des liens de causalité, ils sont néanmoins en partie cohérents avec un modèle selon lequel un degré moins élevé de sécurité de l'attachement est associé à l'utilisation de stratégies moins optimales pour gérer les émotions suscitées par les intrusions, ce qui aurait pour conséquence d'entraver l'intégration du trauma et de favoriser le maintien des symptômes. Dans cette optique, l'insécurité de l'attachement pourrait constituer un facteur de vulnérabilité au développement du trouble de stress post-traumatique.

Cette étude offre un premier appui empirique à un modèle explicatif des facteurs de risque et de résilience impliqués dans la symptomatologie post-traumatique selon l'approche développementale de la théorie de l'attachement et permet d'approfondir les connaissances sur l'importante question des différences individuelles impliquées dans le développement de la psychopathologie.

Mots clés : Attachement, psychologie du développement, trauma, symptômes de stress post-traumatique, stratégies comportementales de régulation des émotions.

INTRODUCTION

Au cours de son existence, tout individu risque d'être exposé à un événement traumatique qui pourrait avoir des répercussions importantes sur son fonctionnement psychologique et social. Selon les études épidémiologiques de Kessler *et al.* (1995), de 50% à 60% des gens vivront un tel événement au cours de leur vie. Dans les jours et les semaines qui suivent l'événement, la plupart des individus éprouvent de la détresse psychologique liée à la présence de reviviscences, de cauchemars et de différentes formes de pensées intrusives qui réactivent les émotions vécues lors du trauma et provoquent un état d'anxiété intense. Ils peuvent, à d'autres moments, se sentir gelés sur le plan émotionnel, voir même dissociés, et éviter les pensées et les situations leur rappelant l'événement. Temporaires, ces réactions sont normales et l'oscillation entre les reviviscences et l'évitement serait, selon Horowitz (1978, 1986, 1993), un mécanisme d'adaptation naturel contre la peur qui faciliterait l'intégration émotionnelle de l'expérience traumatique. Cependant, pour 10% à 20% des individus, ces réactions vont se cristalliser, se maintenir dans le temps et perturber leur fonctionnement de façon persistante et incapacitante (Breslau *et al.*, 1998). On assiste alors à l'émergence d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT).

Pourquoi certains individus développent-ils un TSPT, alors que d'autres non? Quels sont les facteurs qui influencent l'adaptation psychologique et psychosociale après un événement traumatique? Au cours des dernières décennies, les recherches dans le domaine ont permis d'identifier des facteurs de risque et de protection associés au TSPT ainsi que des caractéristiques individuelles influençant l'adaptation suite à l'événement, telles les histoires traumatiques antérieures, la co-morbidité, les styles d'attribution, etc. (McFarlane et Yehuda, 1996; Carlson, 1997; Marchand et Brillon, 1999).

L'intensité émotionnelle étant au cœur de l'expérience traumatique, des chercheurs suggèrent que la capacité de tolérer et de soutenir les émotions réactivées par les reviviscences constituerait un facteur de protection au développement du TSPT (Krystal, 1988; McFarlane et Yehuda, 1996; van der Kolk, 1996; Schore, 2002; Yehuda, 2004). Cette capacité varierait d'un individu à l'autre et serait liée, entre autres, à l'utilisation de stratégies comportementales de régulation émotionnelle qui favoriseraient les processus d'accommodation et d'assimilation nécessaires à l'intégration de l'expérience traumatique. Récemment, des travaux de recherche s'inspirant de la théorie de l'attachement ont proposé des avenues novatrices pour comprendre ces différences individuelles dans une perspective développementale (Mikulincer, Florian et Weller, 1993; Solomon *et al.*, 1998; Dieperink *et al.*, 2001; Schore, 2002). Ces travaux suggèrent que le recours systématique à certaines stratégies comportementales de régulation des émotions pouvant faciliter ou entraver l'adaptation post-traumatique serait tributaire de processus de régulation émotionnelle plus fondamentaux issus du développement émotionnel des individus.

La théorie de l'attachement, développée à l'origine par Bowlby (1969/82, 1973, 1980), repose sur la prémisse selon laquelle les enfants possèdent un mécanisme de survie qui les amène à chercher la proximité et à développer un attachement privilégié avec les personnes qui en ont soin afin de s'assurer leur protection. La sensibilité et la disponibilité de ces personnes face aux demandes de proximité de l'enfant déterminent le degré de sécurité de son attachement envers elles, c'est-à-dire son niveau de confiance en leur capacité de le protéger et de le rassurer. À travers les expériences quotidiennes avec ses figures parentales, l'enfant développe des représentations sur la nature des transactions qu'il a avec eux, appelées modèles opérants internes. Ces modèles permettent à l'enfant d'interpréter et de prédire, avec plus ou moins de fidélité, les réactions de ses figures parentales et tendraient à se perpétuer au cours du développement et à l'âge adulte. Ces modèles sont également associés à des mécanismes d'adaptation spécifiques qui orientent la

sélection et l'adoption de certaines stratégies comportementales de régulation des émotions. Nous croyons que ces stratégies jouent possiblement un rôle central dans la gestion et l'intégration d'une expérience traumatique.

Ce projet de recherche vise donc à étudier le lien entre le degré de sécurité de l'attachement, les stratégies comportementales de régulation émotionnelle et les symptômes de stress post-traumatique suite à un événement traumatique survenu à l'âge adulte afin de mieux comprendre les facteurs prédisposant au TSPT et impliqués, de façon plus large, dans le développement de la psychopathologie.

CHAPITRE I

CONTEXTE THÉORIQUE

1.1 Concepts fondamentaux de la théorie de l'attachement

1.1.1 Rôle et développement du système d'attachement

La théorie de l'attachement (Bowlby 1969/1982, 1973, 1980; Ainsworth *et al.*, 1978) propose que les liens d'attachement développés par un individu avec ses figures parentales lorsqu'il était enfant jouent un rôle central dans son développement et son adaptation. Inspiré par les théories évolutionnistes, cognitivistes et de régularisation des systèmes, Bowlby (1969) a formulé l'hypothèse de la présence chez l'enfant d'un système inné de comportements dont le but assigné est de maintenir la proximité avec une personne pouvant assurer sa protection. Le rôle de protection et de prise en charge par les adultes assure une fonction de survie de l'enfant et, par le fait même, de l'espèce humaine. Lorsqu'il est en détresse, l'enfant utilise des comportements d'appel ou d'approche envers la figure parentale afin de rétablir la proximité et diminuer son état de détresse. L'ensemble de ces comportements ferait partie du système d'attachement.

Selon Bowlby (1969/1982, 1973), le système d'attachement, en plus de remplir une fonction de protection et de régulation des états émotionnels internes, module l'exploration que l'enfant fait de son environnement physique et social. Le développement de l'enfant est donc marqué par l'alternance et l'équilibre entre ses

comportements d'exploration lorsqu'il se sent en sécurité et la dépendance envers des figures parentales lorsqu'il est en situation de détresse (Bowlby, 1969/1982).

Pour que l'enfant développe un sentiment de sécurité, sa figure parentale doit respecter trois conditions : 1) servir de base sécurisante pour l'exploration, 2) représenter un havre de sécurité et 3) faire preuve de sensibilité. Un adulte sert de *base sécurisante* lorsqu'il dirige et encourage un enfant dans l'exploration de son environnement et de *havre de sécurité* lorsqu'il lui permet de se réfugier auprès de lui et lui procure réconfort et protection s'il est en détresse ou en situation de danger. Ces rôles joués par un adulte dépendent de sa capacité à reconnaître, à interpréter et à répondre de façon appropriée aux demandes de contact de l'enfant. Le concept de sensibilité parentale est donc particulièrement déterminant dans la qualité de l'attachement que l'enfant développe envers un adulte (Ainsworth, Bell et Stayton, 1971; Pederson et Moran, 1995; Sroufe et Fleeson, 1986). Ainsi, l'enfant développera un attachement sécurisé envers un adulte si celui-ci fait preuve de sensibilité et répond de façon généralement adéquate aux demandes de proximité de l'enfant. Par contre, si l'adulte démontre peu de sensibilité, ignore ou rejette de façon quasi systématique les demandes de proximité de l'enfant, ou s'il les accueille ou les rejette de façon imprévisible, le lien d'attachement développé envers l'adulte sera alors caractérisé par l'insécurité et l'anxiété (Ainsworth *et al.*, 1978).

1.1.2 Développement des modèles opérants internes des liens d'attachement

Les expériences relationnelles vécues par l'enfant avec ses principales figures d'attachement pousseront celui-ci à tenter de dégager des principes généraux par lesquels il parvient à mobiliser ou non leur disponibilité et à obtenir une proximité avec elles. Bowlby (1969/1982) a proposé la notion de *modèle opérant interne* pour référer à la structure interne qui est associée aux représentations ainsi dégagées. Parallèlement à la maturation de ses capacités d'abstraction et de symbolisation,

l'enfant pourra intérioriser au sein de ses modèles opérants internes des représentations au sujet de la disponibilité et de la sensibilité des figures d'attachement ainsi que les émotions ressenties lors de l'activation de son système d'attachement (Bretherton, Ridgeway et Cassidy, 1990). Il faut noter que ces représentations ne sont pas des reflets exacts des interactions vécues avec les figures d'attachement mais proviennent plutôt de l'intériorisation subjective de ces interactions (Main, Kaplan et Cassidy, 1985). Les représentations mentales de lui-même et de ses relations avec ses figures d'attachement auront une fonction heuristique permettant à l'enfant de se rappeler, de prédire, d'interpréter et de savoir réagir aux comportements d'un parent, ainsi que d'interpréter, de prédire et de gérer ses propres réactions, pensées et sentiments envers ce dernier (Bretherton et Munholland, 1999).

S'inspirant des travaux de Tulving (1972) sur l'organisation de la mémoire, Bretherton (1987) a proposé que les représentations d'attachement ainsi formées reposeraient à la fois sur la mémoire sémantique et la mémoire épisodique. La mémoire sémantique réfère à un contenu abstrait qui est associé à la connaissance générale de concepts. Il s'agit des connaissances concernant la relation avec une figure d'attachement et non pas des souvenirs précis. À l'opposé, la mémoire épisodique réfère aux souvenirs d'événements et d'expériences personnelles chargés des émotions qui y sont associés. De ce fait, l'individu arrive à combiner ses souvenirs d'interactions avec ses figures d'attachement pour créer des schèmes plus généraux qui peuvent tenir compte de situations hypothétiques. À titre d'exemple, le schème «hier maman m'a consolé» peut se transformer en un schème plus général et abstrait tel que «maman est toujours là quand j'en ai besoin».

C'est par ce processus de généralisation que l'enfant peut en arriver à transporter avec lui ses bases de sécurité (Waters, Rodrigues et Ridgeway, 1998). Il peut alors être confiant en la disponibilité et la sensibilité des figures d'attachement

même lorsqu'il est à l'école ou hors de la maison avec des amis. De la même façon, les modèles peuvent se généraliser à d'autres personnes et, au-delà des situations actuelles ou vécues, à des situations hypothétiques (Bowlby, 1969/1982). Ainsi, l'enfant ayant grandi auprès de personnes desquelles il a toujours pu obtenir de l'aide, du réconfort et de la protection, croira qu'il y aura toujours des personnes dignes de confiance pour lui apporter de l'aide, alors que celui n'ayant pas connu un tel milieu percevra le monde comme étant hostile et imprévisible. À un niveau développemental plus avancé, ces schèmes peuvent aussi contribuer à un modèle opérant interne de la nature humaine en général comme, par exemple, «Il y aura toujours quelqu'un pour m'aider si je suis en détresse». Ces schèmes sont mobilisés chaque fois qu'un individu vit des expériences plus ou moins familières, et leur relative stabilité lui permet d'anticiper ce qui va arriver et d'interpréter les événements et la réalité.

Selon Bowlby (1973), l'intériorisation et l'évolution vers l'automatisme des modèles opérants internes durant l'enfance permet un fonctionnement hors de toute prise de conscience. En effet, après la première ou la deuxième année, le système d'attachement s'organise de façon plus interne et autonome : une fois la permanence de l'objet et les capacités de symbolisation acquises, l'information associée à l'attachement est encodée tant au niveau sensori-moteur que représentationnel (Miljkovitch *et al.*, 1998). Ce phénomène, tout comme le déclin graduel du processus d'accommodation, contribue à ce que les modèles opérants internes deviennent de plus en plus rigides et insensibles aux changements quotidiens lors des interactions avec les figures d'attachement. Cette inflexibilité permet une certaine constance dans les représentations que se font les enfants de leurs liens d'attachement, et cette constance favorise un sentiment de sécurité chez l'individu étant donné le caractère prévisible des interactions avec ses figures d'attachement. Cette constance des représentations et des modèles opérants internes joue également un rôle adaptatif face aux événements de vie qui peuvent altérer temporairement la relation entre les partenaires d'attachement. Par exemple, un enfant qui se sent en sécurité auprès de sa

mère sera moins affecté par un manque de sensibilité temporaire de sa part s'il sélectionne seulement les informations pertinentes avec son modèle. Évidemment, un tel mécanisme a ses limites, une accommodation et une révision des modèles opérants internes demeurent possibles et souhaitables lorsque les liens d'attachement ont changé à un point tel qu'ils sont désormais en contradiction importante avec le modèle en place (Bretherton, 1987).

Des études longitudinales ont appuyé les présupposés théoriques quant à la stabilité relative des modèles opérant internes de l'attachement au cours du développement. Ainsi, des études auprès des enfants ont montré une stabilité des modèles se situant entre 70% et 80% au cours de l'enfance (Main et Cassidy, 1988; Wartner et al., 1994; Howes et Hamilton, 1992). Une étude de Moss *et al.* (2005) auprès des enfants d'âge préscolaire a montré une bonne stabilité de l'attachement à trois ans d'intervalle, plus spécifiquement pour les enfants dont l'attachement est sécurisé ou désorganisé. Par contre, cette étude montrait que les enfants dont l'attachement est insécurisé peuvent avoir tendance à se désorganiser en réponse à des stressors psychosociaux. D'autres études ont également montré que les stressors psychosociaux peuvent avoir un impact sur la sécurité de l'attachement au cours de l'enfance (Allen *et al.*, 2004), surtout s'ils sont associés à des changements majeurs dans l'environnement familial de l'enfant qui altèrent la capacité des parents à se montrer sensibles et disponibles à ses besoins affectifs (Barnett, Butler et Vondra, 1999; Cicchetti *et al.*, 1990; Sroufe *et al.*, 1999; van IJzendoorn et Bakermans-Kranenburg, 1997; Waters, Hamilton et Weinfield, 2000).

Finalement, des études longitudinales mesurant la stabilité des modèles d'attachement entre l'enfance et le début de l'âge adulte ont montré une bonne stabilité des modèles en autant qu'il n'y avait pas de changements majeurs dans l'environnement familial (Waters *et al.*, 2000; Hamilton, 2000).

1.1.3 Les modèles opérants internes et le développement des processus défensifs

Bowlby (1969/1982) propose que les modèles opérants internes sont associés à des patrons comportementaux que les enfants développent en fonction des réponses de ses figures d'attachement à ses demandes de proximité et de réconfort. Ces patrons comportementaux seraient les manifestations de processus défensifs sous-jacents qui permettent à l'enfant de préserver tant bien que mal la relation avec ses figures d'attachement et de s'assurer un minimum de protection (Bowlby, 1980; George et Solomon, 1996, 1999). Ces processus défensifs seraient caractérisés par l'exclusion défensive, c'est-à-dire l'exclusion de la conscience d'information associée à l'angoisse et à la souffrance. Selon Bowlby, trois types d'exclusion défensive peuvent être à l'œuvre dépendamment du type de réponse des figures d'attachement : la *désactivation*, la *disjonction cognitive* et les *systèmes ségrégués*. Adaptatifs dans une certaine mesure, ces processus défensifs sous-tendent le développement de modèles opérants internes rigides et engendrent des généralisations qui ne correspondent pas toujours à la réalité et qui peuvent affecter le développement socio-affectif ultérieur (Bretherton, 1987).

Les travaux de Ainsworth et ses collègues (1978) ont apporté un support empirique à la théorie de Bowlby. Ils ont démontré l'existence de trois modèles opérants internes en observant les comportements des enfants face aux réponses de leurs figures d'attachement à leurs demandes de proximité et de réconfort lors de la «situation étrangère», une procédure de séparation-réunion faite en laboratoire. Ainsi, lorsque les figures d'attachement font généralement preuve de sensibilité et de soutien affectif à l'égard des demandes de l'enfant, celui-ci développe un attachement *sécurisé*. Ce modèle d'attachement se caractérise chez l'enfant par l'expression directe de la détresse de même que par des comportements recherchant le soutien.

Par contre, lorsque les figures d'attachement démontrent du rejet et peu de réconfort en réponse aux demandes de proximité de l'enfant, ce dernier sera porté à inhiber ses comportements d'attachement. Ce patron comportemental est la manifestation, selon Bowlby, du processus défensif sous-jacent *désactivation* qui vise à bloquer ou minimiser l'importance des indices qui pourraient potentiellement déclencher l'activation du système d'attachement. Par ce procédé, l'enfant en arrive à ignorer ses propres besoins pour ne pas avoir à faire appel à la figure d'attachement et subir du rejet de sa part (Cassidy et Kobak, 1988; George et Solomon, 2000). La désactivation se manifeste entre autre par une neutralité affective apparente qui peut camoufler un état de tension interne. Les manifestations comportementales de *désactivation* sont associées chez l'enfant au modèle d'attachement *évitant*.

Lorsque les figures d'attachement répondent de façon inconsistante à ses demandes de proximité, l'enfant serait plutôt porté à intensifier ses comportements d'attachement et à amplifier l'expression de sa détresse pour mobiliser leur attention. Ces manifestations comportementales de l'hyperactivation du système d'attachement seraient associées, selon Bowlby, au processus défensif *disjonction cognitive* par laquelle l'individu déconnecte cognitivement la détresse qu'il vit de la source qui l'a causée. Ce procédé peut l'amener à attribuer l'origine de ses réactions à quelqu'un d'autre ou à une autre situation, à réagir, par exemple par la colère, à une autre personne que celle en cause, ou à avoir des préoccupations excessives à propos de détails liés à ses réactions psychologiques et/ou physiologiques (Bowlby, 1980). L'individu aura un mode de fonctionnement, des sentiments et des actions basés sur des expériences coupées des processus conscients, ce qui entraîne des cognitions, affects et comportements inadaptés à la situation actuelle et suscite l'exacerbation de l'expérience émotionnelle (Bowlby, 1988). Les manifestations comportementales de la *disjonction cognitive* sont associées chez l'enfant au modèle d'attachement *ambivalent*.

Bowlby (1980) considère adaptative l'utilisation modérée de ces processus défensifs puisqu'ils permettent à l'enfant de se comporter de façon à obtenir le maximum de protection que ses parents peuvent lui fournir. Leur utilisation ne devient problématique que lorsqu'elle est systématique et qu'elle se généralise à d'autres liens d'attachement. Par contre, dans le cas où la figure d'attachement a des comportements erratiques et imprévisibles, l'enfant ne peut se défendre du danger ou encore exprimer sa détresse (George et Solomon, 2000). Il est initialement sans processus défensif réellement efficace et l'activation du système d'attachement peut entraîner des comportements désorganisés et chaotiques (Lyons-Ruth et Jacobvitz, 1999; Solomon, George et De Jong, 1995). Sur la base des observations des comportements de ces enfants, Main et Solomon (1990) ont démontré l'existence d'un quatrième modèle d'attachement, soit le modèle *désorganisé*. Selon Bowlby (1980), la désorganisation pourrait être expliquée par le fait que ces enfants auraient développé deux modèles opérants internes séparés et indépendants, ou *systèmes ségrégués*, d'une même relation; un premier système gouvernant sa vie consciente et un deuxième système, séparé du premier et inconscient, où sont maintenus les éléments manquants, y compris certains souvenirs liés aux traumatismes vécus. La cohabitation de ces deux systèmes peut amener l'individu à agir comme s'il avait deux «soi» et l'emprisonne dans un dilemme insoluble qui génère de l'anxiété, de la frustration et de la souffrance. Lorsque le système d'attachement est activé, une désorganisation et une dysfonction du comportement de l'individu peuvent advenir.

1.2 Les modèles d'attachement chez l'adulte

L'étude des modèles d'attachement chez l'adulte a donné naissance à deux approches conceptuelles et opérationnelles (Simpson et Rholes, 1998). La première est issue de la psychologie du développement (Main, Kaplan et Cassidy, 1985); la seconde, de la psychologie sociale (Hazan et Shaver, 1987). Ces deux approches partagent le postulat voulant que les premières relations d'attachement d'un individu

façonnent l'émergence de modèles d'attachement qui se perpétueront jusqu'à l'âge adulte et influenceront ses comportements dans ses relations d'attachement adulte. Toutefois, malgré ce consensus, ces deux approches proposent des définitions conceptuelles et opérationnelles différentes des catégories de l'attachement.

1.2.1 Mesures de l'attachement adulte selon la perspective de la psychologie du développement

1.2.1.1 Mesure des représentations adultes des relations d'attachement de l'enfance

Les chercheurs qui oeuvrent en psychologie du développement définissent les modèles d'attachement chez l'adulte en fonction des structures de pensées associés aux modèles opérants internes. Selon Bowlby (1980), les scripts conscients et inconscients contenus dans les modèles opérants internes de l'attachement se refléteront dans la manière dont un individu organise mentalement ses expériences d'attachement lorsqu'il était enfant. Plus spécifiquement, les modèles opérants internes sont inférés en fonction de la cohérence dans le discours et en fonction des processus défensifs qui caractérisent l'organisation mentale associée aux expériences d'attachement rapportées par l'adulte (George et West, 2001). Dans la même ligne que Bowlby, Main Kaplan et Cassidy (1985) précisent que les modèles opérants internes influent non seulement sur les sentiments et les comportements, mais également sur les processus d'attention et de mémoire lorsqu'ils sont liés, directement ou non, à l'attachement. Les différences individuelles dans les modèles opérants internes correspondent donc à des différences individuelles dans les patrons de comportements non-verbaux et de langage ainsi que dans les structures de pensées.

Crittenden (1994, 1997), et Main, Kaplan et Cassidy (1985) suggèrent que les modèles opérants internes diffèrent selon qu'un individu fait référence à ses

cognitions ou à ses affects pour organiser ses expériences d'attachement et réguler ses comportements d'attachement. L'individu ayant un modèle opérant interne sécurisé percevrait et traiterait les informations affectives et cognitives liées à ses expériences d'enfant d'une façon intégrée et cohérente. Par contre, l'individu ayant un modèle opérant interne évitant ferait surtout référence à ses connaissances sémantiques et éprouverait des difficultés à évaluer les mémoires épisodiques émotionnelles liées aux expériences d'attachement. Pour sa part, l'individu ayant un modèle d'attachement ambivalent ferait plutôt référence aux affects au détriment des cognitions. Son évaluation de l'émotion ne serait pas intégrée à la connaissance sémantique cognitive. Par conséquent, il aurait de la difficulté à discriminer les situations menaçantes des situations non menaçantes et demeurerait constamment hypervigilant par rapport à la disponibilité des figures d'attachement.

Dans la perspective où les modèles opérants internes seraient organisés à la manière d'un script et reflétés dans les structures de pensées de mêmes que dans les modes de langage adoptés (Main, Kaplan et Cassidy, 1985), des méthodes d'évaluation de l'attachement ont été développées afin de connaître quelles représentations internes sont identifiables à travers le discours.

1.2.1.2 Le «Adult Attachment Interview» (AAI)

Le «Adult attachment Interview» (AAI ; George, Kaplan et Main, 1985) a été développé au début des années 80 sur la base des associations observées entre les comportements d'un adulte en réponse aux demandes de proximité de son enfant, la manière dont il parle de ses propres expériences d'attachement et les patrons comportementaux de l'enfant envers son parent lors de la «situation étrangère» (Ainsworth, 1978). Le AAI a été élaboré à partir de la prémisse selon laquelle les

scripts conscients et inconscients contenus dans les modèles opérants internes se reflèteront dans le narratif autobiographique élaboré par un individu à propos de ses relations d'attachement dans l'enfance. Le AAI permet donc de connaître l'état d'esprit d'un adulte à l'égard des relations d'attachement en évaluant la cohérence et la distorsion entre les représentations sémantiques et épisodiques de l'attachement. Cette entrevue semi-structurée comprend 18 questions à propos des expériences d'attachement dans l'enfance, des relations passées et actuelles aux deux parents, des pertes significatives par le décès et de l'impact des expériences du passé sur le présent. La codification du AAI est basée sur la description des expériences d'attachement dans l'enfance, le langage utilisé pendant l'entrevue, et la capacité de faire un compte rendu intégré des expériences vécues et de leur signification. La codification du AAI ne vise pas à refléter la qualité des expériences vécues, mais plutôt la manière dont l'individu évalue l'impact qu'ont ces expériences sur sa personnalité et à quel point il est disposé à y réfléchir et apte à le faire de façon cohérente (Hesse, 1999). La cohérence dans le discours reflète des éléments inconscients des représentations de l'attachement et est évaluée selon les principes de Grice (1975, 1989), c'est-à-dire en tenant compte de la qualité, la quantité, la pertinence et le style du discours.

L'utilisation du AAI a permis d'identifier quatre catégories reflétant les représentations internes des relations d'attachement (Hesse, 1999). L'adulte dont l'attachement est *sécurisé (ou autonome)* valorise l'importance des relations d'attachement, manifeste de la cohérence entre ses représentations sémantiques et épisodiques en ce qui concerne ses expériences d'attachement quand il était enfant et est capable d'intégrer les aspects négatifs et positifs des expériences qu'il a vécues. L'adulte dont l'attachement est *détaché* a tendance à minimiser l'importance des relations d'attachement ou à idéaliser sa relation avec ses parents tout en se contredisant par des exemples qui témoignent plutôt d'expériences de rejet de la part de ses figures d'attachement. Il a de la difficulté à rapporter des souvenirs

épisodiques qui supportent son évaluation sémantique de ses expériences d'attachement quand il était enfant. L'individu dont l'attachement est *préoccupé* semble excessivement pris par les relations d'attachement, ce qui le rend confus, non objectif et incohérent. Et l'individu dont l'attachement est *désorganisé (ou non résolu)* présente, lorsqu'il est question d'expériences traumatisantes, d'abus ou de deuils, une défaillance dans le raisonnement, par exemple en parlant soudainement au présent d'une personne décédée, ou dans le discours, en changeant abruptement le registre du discours (Hesse et Main, 2000). Une méta-analyse regroupant des études faites avec le AAI et totalisant 487 mères provenant d'une population non clinique révèle que 55% ont un attachement sécurisé, 16% ont un attachement détaché, 9% ont un attachement préoccupé et 19% ont un attachement *désorganisé* (van IJzendoorn et Bakermans-Kranenburg, 1996).

1.2.1.3 Le «Adult Attachment Projective» (AAP)

La longueur d'administration et de transcription du AAI ainsi que sa difficulté d'apprentissage pour l'obtention de la fidélité interjuge ont incité George, West et Pettem (1997) à développer une méthode plus accessible pour évaluer les modèles opérants internes des adultes: le «Adult Attachment Projective» (AAP). Le AAP repose sur les mêmes prémisses conceptuelles que le AAI quant à l'évaluation des représentations d'attachement chez l'adulte. Dans le cas du AAP, l'évaluation des modèles d'attachement se fait à partir de narratifs composés oralement suite à la présentation de dessins construits spécifiquement pour activer le système d'attachement. Le répondant doit construire une histoire pour chacune des sept images présentées en précisant ce qui s'y passe, ce qui s'est passé avant, à quoi le personnage pense, comment il se sent, et ce qui va arriver par la suite.

L'utilisation du AAP permet d'intégrer la théorie de l'exclusion défensive mise de l'avant par Bowlby (1980) puisque sa codification est en partie basée sur

l'analyse des processus défensifs de désactivation, de disjonction cognitive et des systèmes ségrégués utilisés dans la construction des histoires. Le système de codification du AAP est également basé sur la cohérence du discours, évaluée en fonction des principes de Grice, de même que sur les éléments du contenu de l'histoire qui reflètent des dimensions de la régulation émotionnelle telles la capacité d'autoréflexion, la capacité à utiliser les relations d'attachement pour rétablir l'équilibre interne, ainsi que la capacité d'agir. Les individus peuvent être catégorisés dans l'une des quatre classifications du AAI.

Ainsi, les histoires d'un individu ayant un attachement *sécurisé (autonome)* sont relativement cohérentes. Les personnages décrits sont capables de vivre de relations synchrones, d'utiliser l'exploration de leur monde intérieur ou de faire appel à des figures significatives lorsque leur système d'attachement est activé. L'individu dont l'attachement est *détaché* est porté à minimiser, rejeter, normaliser ou neutraliser les difficultés provenant des expériences, sentiments ou relations d'attachement, et décrit les personnages comme étant forts et suivant les rôles prescrits par les stéréotypes sociaux. Ses histoires sont modérément cohérentes. L'individu dont l'attachement est *préoccupé* élabore des histoires caractérisées par la confusion et l'indécision entre thèmes opposés, ce qui les rend faiblement cohérentes. Les relations des personnages sont généralement frustrantes et non satisfaisantes. L'individu dont l'attachement est *désorganisé (non résolu)* présente des histoires où il n'y a pas de résolution des indicateurs de systèmes ségrégués, démontrant qu'il n'a pas intégré ses peurs et ses expériences d'attachement en un modèle opératoire des représentations intégré et cohérent, et qu'il ne se perçoit pas comme pouvant se protéger des dangers. L'incapacité à apporter des solutions aux dangers nommés dans le narratif est le marqueur clé de la désorganisation.

Les études présentement disponibles évaluant la convergence entre le AAI et le AAP démontrent une forte correspondance entre les classifications de l'attachement évaluées par ces deux méthodes (George et West, 2001).

1.2.2 Mesure de l'attachement adulte selon la perspective de la psychologie sociale

Les chercheurs du domaine de la psychologie sociale définissent les catégories de l'attachement adulte en fonction de comment un individu rapporte vivre ses relations amoureuses. Hazan et Shaver (1987) ont proposé que les adultes ont des conduites analogues dans leurs relations amoureuses à celles observées dans le contexte des relations d'attachement des enfants. Ils en déduisent que la manière de vivre les relations amoureuses reflète des différences individuelles quant à l'organisation de l'attachement et suggèrent une correspondance conceptuelle entre les patrons comportementaux de l'attachement identifiés chez les enfants par Ainsworth (sécurisé, ambivalent et évitant) et les «styles amoureux» décrits par les adultes. Ce sont donc les styles d'attachement amoureux et non les représentations internalisées de l'attachement qui sont évalués et cette évaluation se fait au moyen de questionnaires portant sur les comportements et les sentiments qu'un individu rapporte avoir dans ses relations amoureuses. Un individu qui rapporte se sentir à l'aise de demander du soutien et de vivre de l'intimité dans ses relations amoureuses a un style d'attachement *sécurisé*. Celui qui rapporte être méfiant et mal à l'aise dans ses relations intimes et inconfortable avec l'idée d'être dépendant de l'autre présente un style d'attachement *évitant*. Enfin, un individu qui éprouve de l'anxiété à l'idée d'être abandonné par son partenaire présente un style *ambivalent*.

Depuis Hazan et Shaver, divers questionnaires ont été développés pour mesurer l'attachement adulte selon cette approche (Pour revue, voir Crowell et Treboux, 1995) et plusieurs d'entre eux situent les styles d'attachement en fonction de dimensions continues plutôt qu'en fonction de catégories. Des études

psychométriques ont en effet montré l'existence de deux dimensions indépendantes : anxiété face à l'abandon et évitement de l'intimité (Brennan, Clark et Shaver 1998; Crowell, Fraley et Shaver, 1999). En fonction de ces deux dimensions, le style d'attachement *sécurisé* correspondrait à des scores peu élevés sur les échelles de l'anxiété et de l'évitement. L'attachement *ambivalent* correspondrait à un score élevé sur l'anxiété et un score bas sur l'évitement. Pour ce qui est de l'attachement *évitant*, Barthomew et Horowitz (1991) font une distinction entre les évitants *détachés*, qui ont un score élevé sur l'évitement et un score bas sur l'anxiété, et les évitants *crainitifs* qui rapportent des scores élevés sur les deux dimensions. Brennan et ses collaborateurs (1998) ont fait une synthèse des questionnaires existants et proposent un instrument robuste pour évaluer ces deux dimensions, soit le Questionnaire sur les expériences d'attachement amoureux (QEAA), version française du Experiences in Close Relationships (ECR).

1.2.3 Pertinence d'utiliser les deux approches conceptuelles de l'attachement adulte

La vaste littérature sur l'attachement regroupe des études empiriques dans lesquelles l'attachement adulte a été mesuré selon l'une ou l'autre des deux modalités. Certaines études ont examiné la convergence des catégories de l'attachement évaluées par la méthode des questionnaires et par la méthode du AAI et les résultats ont montré que les classifications ne coïncident pas (Crowell, Trébois et Waters, 1993, 1999; De Haas, Bakerman-Kranenburg, et van IJzendoorn, 1994; Holtzworth-Munroe, Stuart et Hutchison, 1997; Bouthillier *et al.*, 2002). Plusieurs chercheurs en ont conclu que les deux approches conceptuelles évaluent des dimensions différentes du construit de l'attachement adulte (Bartholomew et Shaver, 1998; Crowell et Trebois, 1995; Bernier et Dozier, 2002) et les études psychométriques semblent appuyer cette hypothèse. En effet, les catégories de l'attachement mesurées par les questionnaires se distinguent entre elles selon deux dimensions orthogonales, soit l'évitement de la proximité et l'anxiété d'être

abandonné (Brennan, Clark et Shaver, 1998), tandis que celles du AAI se distinguent en fonction des dimensions sécurité-cohérence et hyperactivation-désactivation (Kobak *et al.*, 1993). De plus, Bartholomew et Shaver (1998) ainsi que Jacobvitz, Curran et Muller (2002) suggèrent que les styles d'attachement évalués au moyen des questionnaires refléteraient la dimension consciente de l'attachement, tandis que les modèles évalués par l'intermédiaire de l'AAI ou du AAP refléteraient des processus de traitement de l'information et de régulation des émotions qui ne sont pas nécessairement accessibles à la conscience du sujet. Les chercheurs en psychologie du développement soulèvent d'ailleurs des réserves quant à l'utilisation d'instruments auto-administrés en raison des biais perceptuels pouvant entraîner des erreurs de classifications (Borman et Cole, 1993; Main, 1991).

Puisque ces deux perspectives théoriques semblent mesurer des dimensions différentes de l'attachement, il s'avère essentiel de tenir compte des deux approches afin d'obtenir une évaluation exhaustive de l'attachement adulte. Jusqu'à maintenant peu d'études ont utilisé simultanément les deux types de mesures (Shaver et Mikulincer, 2002). De plus, les études issues de chacune de deux approches ont traditionnellement examiné des variables différentes potentiellement associées à l'attachement adulte. Ainsi, les questionnaires sur l'attachement amoureux ont été surtout utilisés pour étudier l'association entre l'attachement et des variables cognitives, affectives et comportementales mesurées par des questionnaires, alors que les entrevues semi-structurées ont davantage été utilisées dans les études portant sur les processus de traitement de l'information et sur les processus défensifs inconscients sous-jacents aux modèles d'attachement et évalués à l'aide d'entrevues ou de tests projectifs (Shaver et Mikulincer, 2002). Dans les deux cas, le recours à des modalités semblables pour vérifier des associations soulève le problème de la variance partagée.

Pour ces différentes raisons, et suivant les recommandations de Shaver et Mikulincer (2002), les deux approches et les deux modalités d'évaluation seront prises en considération dans la présente étude. Les deux courants théoriques adoptent des nomenclatures différentes pour référer aux catégories de l'attachement et le tableau 1.1 résume les correspondances langagières. Afin d'alléger la lecture du document, les étiquette adoptées par la psychologie du développement seront retenues pour référer aux catégories de l'attachement.

Tableau 1.1
Étiquettes des classifications de l'attachement selon les approches de la psychologie du développement et de la psychologie sociale

Psychologie du développement		Psychologie sociale
Enfant	Adulte	Adulte
Sécurisé	Sécurisé-Autonome	Sécurisé
Évitant	Détaché	Évitant
Ambivalent-résistant	Préoccupé	Ambivalent
Désorganisé	Désorganisé-non résolu	Craintif*

**Note : Classification ajoutée par Bartholomew qui distingue l'évitement détaché de l'évitement craintif. Selon Bartholomew, cette catégorie correspondrait à l'attachement désorganisé, idée qui n'est pas partagée par les tenants de la psychologie du développement.*

1.3 La théorie de l'attachement et le développement de la régulation émotionnelle

1.3.1 Passage de la co-régulation à l'autorégulation des émotions

Il a été mentionné précédemment que le rôle du lien d'attachement, selon Bowlby, en est un non seulement de protection et d'exploration, mais également de régulation des émotions. En effet, les concepts d'attachement et de régulation des émotions étant étroitement liés, plusieurs auteurs suggèrent que la théorie de l'attachement soit en fait une théorie de la régulation des émotions. Ainsi, Sroufe et Waters (1977) proposent que la régulation de la «sécurité ressentie» constitue l'élément central de l'attachement et que la recherche de proximité est la première stratégie de régulation des émotions. Plus récemment, Siefert et Schiller (1995), de même que Kobak et ses collaborateurs (1987, 1988), ont développé et poursuivi cette idée. C'est en effet par l'intermédiaire de la relation avec sa figure d'attachement que l'enfant peut retrouver et maintenir un certain équilibre émotionnel interne lorsqu'il est soumis à une situation suscitant de la peur ou de la détresse.

Selon Main (1990), de même que Kobak et *al.* (1993), lorsque la figure d'attachement apparaît au sujet comme accessible et apte à répondre de façon adéquate et adaptée à ses demandes, celui-ci mettrait en œuvre une stratégie dite «primaire» consistant à activer puis désactiver les comportements d'attachement. Un premier élément important dans le développement de la régulation émotionnelle est la capacité du parent de s'accorder à ces alternances dans les comportements d'«activation» et de «désactivation», participant ainsi au maintien de l'état d'homéostasie interne de l'enfant. Stern (1989) fait référence à la notion d'*accordage affectif* pour qualifier ce processus d'homéostasie entre excitation et retrait dans l'interaction parent-enfant. La réponse sensible et «accordée» du parent ainsi que la mise en place de stratégies comportementales de régulation visant à diminuer la tension émotionnelle de l'enfant (le prendre dans ses bras, le rassurer, le distraire)

fournit à ce dernier un sentiment de contrôle sur ses états émotionnels internes ainsi que des modèles de régulation des émotions. Le parent devient ainsi un «autre-régulateur de soi». (Cassidy, 1994; Grossmann et Grossmann, 1991). L'*accordage affectif* constitue donc un premier élément important dans la co-régulation entre le parent et l'enfant menant vers l'autorégulation des émotions. À travers l'alternance entre les besoins d'exploration et la recherche de la proximité, l'enfant peut graduellement développer une autonomie basée sur la confiance que ses états émotionnels peuvent être gérés et qu'il peut faire appel à l'aide des personnes de son entourage.

Parallèlement à l'accordage affectif, une autre dimension importante de la co-régulation et du développement de la régulation des émotions a trait à la capacité du parent de reconnaître et de refléter de manière appropriée l'émotion de l'enfant. C'est ce qui permet à celui-ci d'identifier et de comprendre ce qu'il ressent, de se représenter son expérience et, par conséquent, de développer la conscience de ses états émotionnels internes (Fonagy et Target, 1997). Cette conscience est importante dans le développement de la régulation des émotions puisqu'elle permet à l'enfant de réfléchir sur ses émotions ainsi que sur l'impact de ses actions ou celles du parent sur ses états internes. Ceci contribue à l'élargissement de son répertoire de stratégies comportementales de régulation et favorise le développement du sentiment de compétence et de maîtrise sur ses états émotionnels internes.

La capacité du parent de refléter adéquatement l'émotion de l'enfant est aussi importante dans le développement des capacités de symbolisation de ce dernier. Si la reproduction est trop collée ou trop éloignée de l'expérience de l'enfant, la perception peut devenir source de peur, perdre son potentiel symbolique et compromettre le développement de la régulation émotionnelle. Un déficit de la représentation empêcherait de limiter les réponses émotionnelles par la symbolisation et pourrait être constaté, par exemple, chez une personne percevant les symptômes d'anxiété comme

équivalents à une catastrophe comme c'est le cas, entre autres, dans les troubles paniques. De plus, l'enfant présentant un déficit de la représentation pourrait expérimenter les pensées ou les émotions avec une intensité équivalente à la présence d'événement réels et extérieurs. À l'opposé, l'enfant qui identifie dans la réponse de sa figure d'attachement une représentation adéquate de son expérience peut intérioriser et subséquemment utiliser cette stratégie de haut niveau pour régulariser ses émotions. Un déficit de la représentation aurait donc un impact important sur l'interprétation et l'évaluation des états émotionnels internes.

La capacité du parent de reconnaître et de se représenter l'émotion de l'enfant permet également à ce dernier d'établir une correspondance langagière avec l'émotion. Un enfant dont les parents n'identifient et ne reconnaissent pas certains types d'émotions ne sera pas en mesure d'établir une correspondance langagière à l'émotion qu'il ressent puisqu'elle n'a jamais été rattachée à un concept dans le langage des parents (Nelson, 1996). Des théoriciens oeuvrant dans le domaine de l'attachement ont proposé que la capacité de l'enfant de former des représentations verbales l'aident à organiser et intégrer son expérience affective, à réfléchir sur ses états émotionnels internes et à planifier des stratégies de régulation des émotions (Kopp, 1989). La verbalisation des émotions semble avoir différentes fonctions dans la régulation émotionnelle. Pour sa part, Furman (1992) a souligné comment parler de ses sentiments avec un parent attentif et sensible favorise un rapprochement avec ce parent (traduction libre de «being felt with»). Pour Kopp (1989), le langage permet aux enfants d'exprimer leurs émotions aux autres, de recevoir une rétroaction sur la justesse de celles-ci et d'obtenir des idées ou réfléchir sur différentes façons de les gérer. MacKain et Stern (1985) proposent que la verbalisation des émotions donne accès à de nouvelles expériences et à une plus grande conscience des états émotionnels complexes et différenciés.

La capacité de se représenter les émotions et d'y réfléchir permet à l'individu de contenir et de tolérer les tensions générées par les sentiments et les besoins sans toujours avoir recours à des personnes extérieures (Krystal, 1988). Il apprend à utiliser les états d'anxiété, de dépression et autres affects comme des signaux qui peuvent être évalués et servir à guider une réponse comportementale pouvant changer ou transformer la situation stressante (Carlson et Sroufe, 1995; Sroufe *et al.*, 1999; Taylor, 1997)

Le succès général dans la co-régulation parent-enfant des états émotionnels internes de l'enfant favorise l'intégration des processus cognitifs permettant d'utiliser de façon adéquate et cohérente les cognitions pour gérer les émotions (Crittenden, 1994). Le succès de la co-régulation parent-enfant favorise le développement d'un modèle d'attachement caractérisé par la croyance que le parent sera présent et disponible en cas de détresse, qu'il reconnaîtra son expérience émotionnelle comme valide et légitime et qu'il pourra l'aider à la gérer (Shaver et Hazan, 1993; Carlson et Sroufe, 1995; Sroufe *et al.*, 1999). Qui plus est, la construction de la représentation de soi se faisant parallèlement à la construction des modèles d'attachement, l'individu développera la confiance qu'il peut gérer son expérience émotionnelle et influencer son environnement afin d'atteindre ses buts (Sroufe, 1989a; Sroufe, 1989b; Gable et Isabella, 1992; Carlson et Sroufe, 1995; Weinfield *et al.*, 1999). La représentation émotionnelle adéquate fournie par le parent favorisera le développement de la conscience émotionnelle, l'accès à une expérience émotionnelle complexe et nuancée et la capacité de réfléchir à l'émotion et de l'exprimer afin d'obtenir un support plus adéquat (Kopp, 1989). Dès lors, les émotions, particulièrement les émotions négatives, ne seront pas vécues comme menaçantes ou l'expression d'un échec, mais comme une modalité de communication (Bolwby, 1969/1982; Sroufe, 1979; Carlson et Sroufe, 1995). Un tel contexte sera propice au développement chez l'enfant de la

capacité de symboliser et de transformer son expérience, ce qui influencera son interprétation et son évaluation des situations suscitant des émotions.

Quand confronté à une menace ou un événement stressant, le système d'attachement s'active et l'individu se tourne alors vers ses représentations internalisées des figures d'attachement afin de gérer son expérience émotionnelle (Kopp, 1989; Sroufe, 1991). Il peut alors faire appel aux ressources et stratégies internalisées ou encore, si la source de stress est trop grande, chercher du support externe, puisqu'il sera confiant d'obtenir de l'aide s'il en exprime le besoin et que ses demandes sont légitimes et acceptables (Sroufe, 1999; Carlson et Sroufe, 1995).

1.3.2. Le développement des stratégies secondaires

Selon Main (1990) et Kobak *et al.* (1993), lorsque l'enfant s'attend à ce que la figure d'attachement reste insensible à ses demandes, ou qu'elle manifeste des réponses généralement inadéquates, il recourt à l'une des deux stratégies dites «secondaires». Celles-ci consistent soit à maintenir les comportements d'attachement désactivés, quand la figure d'attachement montre du rejet aux demandes de proximité de l'enfant, soit au contraire à les garder sur-activés si les réponses sont plutôt inconstantes. Si la stratégie primaire implique un modèle équilibré d'activation et de désactivation des émotions (capacité d'identifier la source de l'anxiété et mise en place d'une stratégie relationnelle menant à la désactivation), les stratégies secondaires seraient caractérisées par un déséquilibre; d'un côté, il y aurait une désactivation prématurée des émotions, l'individu coupant l'accès à la source d'anxiété en détournant son attention des émotions; d'un autre côté, il y aurait une hyperactivation émotionnelle caractérisée par l'exagération des signaux de détresse, l'irruption incontrôlable d'informations et le maintien d'un niveau élevé d'anxiété (Carlson et Sroufe, 1995).

L'absence 'd'accordage affectif' entre le parent et l'enfant, la difficulté du parent à reconnaître et refléter adéquatement l'émotion de l'enfant et à utiliser des stratégies relationnelles pour l'apaiser, peuvent entraîner le développement de modèles d'attachement caractérisés sur le plan de la régulation émotionnelle par un manque de confiance en la capacité de l'autre de l'aider à réguler ses émotions (Carlson et Sroufe, 1995). Seront associés à ces modèles opérants internes des déficits dans la représentation et l'expression de l'émotion (Kopp, 1989), la difficulté à mobiliser adéquatement le soutien social, le développement de stratégies de régulation rigides et moins optimales, le manque de confiance en sa compétence à gérer l'émotion (Sroufe, 1990; Bowlby, 1980; Sroufe *et al.*, 1999; Carlson et Sroufe, 1995) ainsi qu'un manque de persévérance dans la recherche de buts ou de solutions (Grossmann, 1999). Quand confronté à un stress, l'individu fera appel à ces modèles internalisés moins adaptés et éprouvera plus de difficulté à gérer la situation.

1.3.3 Désorganisation de l'attachement et régulation des émotions

Tel que mentionné précédemment, la désorganisation de l'attachement serait associée à des comportements erratiques et imprévisibles de la part du parent qui suscitent de la peur chez l'enfant (Main et Solomon, 1986). Ces comportements s'observent le plus souvent dans des situations où il y a abus ou négligence (Carlson *et al.*, 1989), psychopathologie parentale (van IJzendoor *et al.* 1999) ou dans des situations où le parent a vécu un deuil important (Schuengel *et al.*, 1999). Selon Main et Hesse (1990) et Main et Solomon (1990), l'expérience de peur dans des interactions avec la figure d'attachement empêche la relation de s'organiser de manière cohérente, soit en tant que relations sécurisante ou relation insécurisante.

Sur le plan de la régulation des émotions, ceci empêcherait le développement d'un patron stable de stratégies primaires et/ou secondaires pour gérer les états

émotionnels internes. Submergé par une émotion intense, l'enfant ne pourrait compter sur l'aide extérieure pour rétablir un état d'homéostasie interne, ce qui engendrerait un état de désorganisation. Pour faire face à la détresse et à la désorganisation, l'enfant n'aurait recours qu'à des formes extrêmes d'évitement émotionnel telle la dissociation (Liotti, 1992).

1.3.4 Modèles d'attachement et stratégies de régulation émotionnelle chez l'adulte – revue des études empiriques

Les chercheurs oeuvrant dans le domaine de l'attachement ont tenté d'identifier empiriquement les comportements de régulation émotionnelle associés à la sécurité de l'attachement et aux stratégies secondaires d'hyperactivation et de désactivation. Les stratégies de régulation émotionnelle en lien avec les modèles d'attachement ont été étudiées dans différents contextes et en réponse à différents facteurs de stress. Une littérature importante porte entre autre sur l'étude du lien entre les modèles d'attachement et les stratégies de régulation des émotions au sein des relations de couples dans leur communication et dans la gestion des conflits conjugaux (Crowell *et al.*, 2002,; Bouthillier *et al.*, 2002). D'autres études ont porté sur le lien entre l'attachement et la régulation des émotions en réponse à des événements stressants ou à des tâches suscitant un certain niveau de stress, telles des tâches de rappel d'événements difficiles, ou des tâches de performance impliquant ou non une dimension relationnelle. Ces différentes études ont utilisées des mesures observationnelles et/ou auto-administrées.

La présente section résume les observations recueillies par différentes études ayant porté sur l'attachement adulte et la régulation émotionnelle. Ces observations ont été regroupées, pour chaque modèle d'attachement, en fonction de la taxonomie des mécanismes de régulation émotionnelle élaborée par Thompson (1994) sur la

base des recherches en psychologie du développement. Thompson définit la régulation émotionnelle en termes des processus intrinsèques et extrinsèques permettant de reconnaître, d'évaluer et de modifier les réactions émotionnelles quant à leur intensité et à leur temporalité afin d'atteindre un but. Selon cette définition, la régulation émotionnelle implique autant les efforts pour maintenir et accentuer l'émotion que ceux visant à la contrôler ou à l'inhiber, dépendamment du but à atteindre. Trois principales dimensions de la régulation émotionnelle issues du modèle de Thompson ont été retenues pour présenter les résultats des études : 1) l'orientation de l'attention, 2) l'évaluation et l'interprétation des informations associées aux émotions, 3) la mobilisation du soutien social.

L'orientation de l'attention fait référence aux stratégies cognitives et comportementales permettant de rediriger l'attention de manière à la détourner des stimuli internes ou externes qui génèrent l'émotion (par exemple, la distraction), de même qu'aux stratégies permettant de maintenir à un niveau inconscient les pensées et les sentiments associés à l'émotion (par exemple, la répression et la dissociation). L'orientation de l'attention sur les réactions émotionnelles de même que la consommation de substances, considérée par plusieurs comme une stratégie comportementale d'évitement émotionnel (Horowitz *et al.*, 1992; Lazarus et Folkman, 1984; Krystal, 1997), sont incluses dans cette dimension. *L'évaluation et l'interprétation* des informations se rapportant à l'événement causant l'émotion, aux ressources et stratégies disponibles pour la gérer ainsi qu'aux indices physiologiques internes qui y sont liées, jouent également un rôle important dans la régulation des émotions, les pensées et les attributions ayant le pouvoir de moduler l'intensité de l'expérience émotionnelle. Finalement, la dimension *mobilisation du soutien social* se rapporte aux habiletés relationnelles et de communication incluant la capacité d'exprimer l'émotion et de la partager avec les personnes significatives afin de recevoir réconfort, écoute, et conseils et favoriser l'élaboration d'une nouvelle perspective.

En comparant les modèles d'attachement adulte sur ces trois dimensions, les résultats des études empiriques permettent de constater que, comparativement aux autres, les individus ayant un modèle d'attachement *sécurisé* reconnaissent et identifient plus facilement leurs émotions (Zimmerman, 1999) tout en utilisant, par ailleurs, des stratégies de régulation qui leur permettent à certains moments de détourner leur attention des émotions (Cole-Detke et Kobak, 1996). On observe une bonne corrélation entre les échelles auto-administrées et les tests projectifs ou les mesures physiologiques (Dozier et Kobak, 1992; Dozier et Lee, 1995; Roisman, Tsai et Chiang, 2004), ce qui suggère qu'ils font moins appel à des mécanismes tels la répression pour gérer l'émotion.

Ils évaluent les événements comme étant moins menaçants ou anxiogènes (Collins, 1996; Mikulincer et Florian, 1995), rapportent un certain sentiment de contrôle sur leurs émotions et sur les situations, et ont davantage confiance en leur capacité de gérer l'émotion (Berant, Mikulincer, et Florian, 2001a, 2001b). De plus, ils sont moins portés à se blâmer et se à critiquer (Zuroff et Fitzpatrick, 1995) et manifestent plus de flexibilité dans leurs attributions et leurs stratégies de régulation des émotions dont le répertoire est plus étendu (Zimmerman, 1999).

Ces individus ont de meilleures habiletés sociales et de communication et utilisent davantage et de façon plus adéquate leur réseau social afin de réguler leurs émotions. (Kobak et Sceery, 1988; Mikulincer et Florian, 1995; Mikulincer, Florian, et Weller, 1993; Larose *et al.*, 1999; Ognibene et Collins, 1998; Berant, Mikulincer et Florian, 2001a; Collins et Feeney, 2000). Des études de Mikulincer et ses collaborateurs (2000, 2002) montrent qu'ils font plus appel à leurs représentations internalisées d'attachement lorsqu'ils sont confrontés à une menace. Ils verbalisent, expriment et partagent leur expérience émotionnelle et le font de manière adéquate et adaptée à la situation (Fitzpatrick *et al.*, 1993; Mikulincer et Florian, 1995; Mikulincer, Florian, et Tolmatz, 1990; Mikulincer et Nachson, 1991; Pistole, 1993).

Ils manifestent moins d'anxiété dans leurs relations et s'attendent à une réponse plus positive et à plus de support de la part de leur environnement (Priel et Shamai, 1995; Wallace et Vaux, 1993).

Comparativement aux individus ayant un modèle d'attachement sécurisé, ceux ayant un modèle d'attachement *préoccupé* ont tendance à orienter leur attention sur leurs émotions négatives (Cole-Detke et Kobak, 1996; Mikulincer, Florian et Weller, 1993; Mikulincer et Orbach, 1995) et ont de la difficulté à mettre en place des stratégies leur permettant à certains moments de détourner leur attention afin d'en diminuer l'intensité (Kobak et Sceery, 1988). Ils semblent pouvoir reconnaître leur détresse et celle des autres, mais se sentent démunis face à celle-ci et ont de la difficulté à la tolérer (Half et Slade, 1989). Ils rapportent plus d'anxiété sur les échelles auto-administrées que ce qui est observé par l'intermédiaire de tests projectifs ou de mesures physiologiques, suggérant ainsi qu'ils peuvent avoir tendance à amplifier leurs symptômes (Dozier et Lee, 1995; Roisman, Tsai et Chiang, 2004).

Les individus ayant un modèle d'attachement préoccupé évaluent les situations comme étant plus menaçantes, se blâment et se critiquent davantage (Zuroff et Fitzpatrick, 1995). Ils ont une perception négative d'eux-même ainsi que des croyances catastrophiques et pessimistes sur les autres et le monde (Bartholomew et Horowitz, 1991). Ils ont plus peur et perçoivent plus négativement leurs symptômes d'anxiété (Watt, McWilliams et Campbell, 2005). Ils se perçoivent comme impuissants et incompetents à réguler leurs émotions (Mikulincer et Florian, 1998), et toute activation émotionnelle, positive ou négative, est vécue comme aversive (Mikulincer et Sheffi, 2000). Ils ont moins de flexibilité et un répertoire plus restreint de stratégies de régulation émotionnelle (Zimmerman, 1999).

Ces individus font appel à leur réseau social pour réguler leurs émotions, mais le font avec moins d'habileté, de manière plus indirecte, sont plus exigeants, et leur demande peut être teintée d'hostilité (Fitzpatrick *et al.*, 1993). Ils s'attendent à une réponse moins positive de la part de leur environnement (Priel et Shamai, 1995; Wallace et Vaux, 1993). Ils rapportent davantage de symptômes et d'impuissance, ce qui pourrait représenter une forme indirecte de mobilisation du soutien social en suscitant la compassion (Cole-Detke et Kobak, 1996; Dozier et Lee, 1995; Feeney et Ryan, 1994). Ils expriment leurs émotions mais le font de façon exagérée par rapport à la situation (Cassidy, 1994).

Pour leur part, les individus ayant un modèle d'attachement *détaché* tendent à inhiber leur expérience émotionnelle (Cole-Detke et Kobak, 1996; Mayselless, Danieli, et Sharabany, 1996) et à éviter de porter attention à leurs émotions, en ont moins conscience, et utilisent davantage la distanciation et la répression (Mikulincer *et al.*, 1990, 1993; Mikulincer et Orbach, 1995; Zimmerman, 1999). Les mesures physiologiques et les tests projectifs démontrent un niveau d'anxiété plus élevé que ce qu'ils rapportent sur les échelles auto-administrées, ce qui appuie les hypothèses au niveau de l'utilisation de mécanismes de répression ou de distanciation (Dozier et Kobak, 1992; Mikulincer, Florian et Tolmatz, 1990; Roisman, Tsai et Chiang, 2004). De plus, ils éprouvent de la difficulté à reconnaître leur propre détresse et celle des autres (Half et Slade, 1989).

Ces individus évaluent dans un premier temps les situations comme étant plus menaçantes que les individus ayant un attachement sécurisé, mais se perçoivent par ailleurs plus positivement et rapportent plus de contrôle lorsqu'on leur demande comment ils se sentiraient dans des situations hypothétiques. Tout comme les individus ayant un modèle d'attachement préoccupé, ils ont plus tendance à se blâmer et à se critiquer (Kotler *et al.*, 1994). Ils font moins appel à leur réseau social pour réguler leurs émotions qu'ils expriment et partagent peu (Kotler *et al.*, 1994;

Mikulincer et Nachson, 1991; Pistole, 1993; Priel et Shamai, 1995; Wallace et Vaux, 1993).

La plupart de ces études ont tenu compte de l'attachement sécurisé, préoccupé et détaché. Peu d'études ont inclus le modèle d'attachement désorganisé. Il semble que les individus ayant ce modèle d'attachement manifestent moins de cohérence dans les stratégies de régulation des émotions utilisées (Carlson, 1998). Ils ont davantage recours à des stratégies telles la dissociation (Carlson, 1998), les comportements d'auto-mutilation et rapportent plus de problèmes d'abus de substances (Fonagy *et al.*, 1996).

De façon générale, les études empiriques montrent que les individus ayant un attachement préoccupé, détaché ou désorganisé ont davantage recours à l'alcool, aux drogues et aux psychotropes pour gérer leur détresse émotionnelle (Brennan et Shaver, 1995; Cooper, Shaver et Collins, 1998; Caspers *et al.*, 2005; Golder *et al.*, 2005).

1.4 Le trouble de stress post-traumatique (TSPT)

1.4.1 Description du TSPT

Le TSPT a fait son apparition officielle dans le champ des troubles psychiatriques en 1980. Cependant, son histoire date de la fin du XIX siècle. Entre 1890 et 1897, à l'époque où est née la psychanalyse, le terme « trauma » désignait un événement considéré par un individu comme primordial dans sa vie à cause des émotions intenses et pénibles qui s'y rattachent. Lors des première et deuxième guerres mondiales, les différentes études sur les expériences de combat contribuèrent au développement de notions spécifiques dans le champ de la traumatologie, tels que les concepts de névrose de guerre, de névrose par accident et de névroses

traumatiques. Les séquelles sociales graves suite à d'autres guerres (guerres du Vietnam, de Corée, du Liban) ainsi que les mouvements sociaux exerçant des pressions en faveur des soldats traumatisés contribuèrent à l'avancement des connaissances sur le stress post-traumatique. En 1980, le « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » (DSM-III : APA, 1980) présenta officiellement le diagnostic de TSPT. Les conséquences potentielles graves et handicapantes sont formellement reconnues.

Selon le DSM-IV, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) se caractérise par l'exposition à un événement traumatique, c'est-à-dire un événement lors duquel il y a eu une menace perçue pour sa vie ou pour son intégrité physique ou pour la vie ou l'intégrité physique d'autrui, accompagnée d'une émotion intense de peur, d'horreur ou d'impuissance (DSM-IV : APA, 1994). La symptomatologie se caractérise par la combinaison de symptômes de reviviscences, d'évitement comportemental, cognitif et émotionnel, ainsi que de l'hypervigilance (voir appendice A pour les critères diagnostiques). Les symptômes doivent être présents depuis au moins un mois et entraîner de la détresse psychologique ainsi qu'une altération du fonctionnement général. Notons que c'est la consolidation et la persistance des symptômes dans le temps de même que l'exacerbation des comportements d'évitement qui différencient le TSPT d'une réaction normale suite à l'exposition à un événement traumatique.

Les événements traumatiques, même les plus effroyables, n'induisent pas automatiquement un TSPT. Les études épidémiologiques portant sur la prévalence du TSPT aux États-Unis montrent que 60% des hommes et 50% des femmes sont exposés à des événements traumatiques au cours de leur vie, mais que seulement 8.2% des hommes et 20.4% des femmes exposés développent un TSPT (Kessler *et al.*, 1995). La sévérité et le type de trauma ont été considérés par plusieurs comme étant déterminants dans le développement différentiel du TSPT (Kessler *et al.*, 1995). Cependant, comme un grand nombre de personnes exposées à un événement

traumatique ne développent pas de TSPT, même quand il s'agit d'un événement objectivement sévère (Green, 1994), il appert que d'autres facteurs contribuent à l'émergence du trouble.

Il est maintenant reconnu que la sévérité de l'événement traumatique doit être principalement évaluée en fonction de l'expérience subjective de l'individu associée à sa perception de l'événement ainsi qu'à ses réactions émotionnelles au moment du trauma (Yehuda, 2004). Par conséquent, les caractéristiques intra-individuelles qui influencent l'interprétation de l'événement et la manière de vivre les réactions émotionnelles sont encore plus importantes dans la compréhension de l'étiologie du TSPT que la nature de l'événement comme tel.

1.4.2 Les caractéristiques émotionnelles associées aux réactions post-traumatiques

Au cours des jours qui suivent un événement traumatique, 94% des individus exposés manifestent des réactions post-traumatiques caractérisées par l'alternance entre des symptômes d'intrusion et d'évitement (Rothbaum et Foa, 1993). Cette alternance se caractérise par des périodes d'hyperactivation du système nerveux autonome, lorsque les intrusions ravivent les émotions et les réactions physiologiques vécues au moment du trauma, et par des périodes de désactivation s'exprimant par une sensation d'engourdissement émotionnel, un sentiment de détachement, un émoussement de l'intérêt et une restriction des affects (van der Kolk, 1996).

Horowitz (1986) propose que l'alternance entre les reviviscences et l'évitement émotionnel a une fonction adaptative. Selon lui, les symptômes post-traumatiques sont la réponse à l'excès d'information reçue pendant l'événement. Cet excès d'information déclenche un processus d'intégration de l'expérience traumatique en plusieurs phases répétitives. Dans la première phase (phase intrusive) la victime peut difficilement intégrer ses réactions et se laisse submerger par la

surcharge émotionnelle et cognitive. À ce moment, différentes représentations de l'événement reviennent à la mémoire et sont considérées dans un effort d'intégration dans les schèmes cognitifs pré-existants. Dans la deuxième phase (évitement), des mécanismes de déni et de détachement des affects opèrent afin de se protéger de l'excès de stimuli émotionnels et cognitifs. Tant que l'information n'est pas intégrée aux schèmes cognitifs par l'intermédiaire d'un processus d'assimilation et d'accommodation, celle-ci réapparaît brusquement au niveau conscient dans les tentatives répétées d'intégration (intrusions). Ces phases constituent donc des étapes normales au processus d'intégration du trauma et favorisent la ré-interprétation et la construction d'un nouveau sens cohérent avec les schèmes cognitifs pré-existants et/ou modifiés.

À l'instar d'Horowitz, plusieurs théoriciens ont proposé des modèles psychologiques pour expliquer le développement du TSPT. Au-delà du modèle purement comportemental proposé par Mowrer (1960) et essentiellement axé sur le conditionnement classique et opérant pour expliquer les réponses de peur et les comportements d'évitement, la plupart des modèles intègrent des variables cognitives et émotionnelles comme éléments médiateurs entre les stimuli traumatiques et les réponses à ces stimuli. Ainsi, le modèle de Foa, Steketee, et Rothbaum (1989) s'inspire des principes du conditionnement, mais accorde aussi une grande importance à l'attribution d'une signification de danger pour expliquer le lien stimulus-réponse, et inclut des conceptions cognitives s'apparentant au modèle d'Horowitz qui suggère que toute information non digérée revient à la conscience pour y être assimilée. Plusieurs modèles mettent également en évidence le rôle de facteurs intra-individuels pré-traumatiques dans le développement du TSPT. C'est le cas du modèle d'Horowitz (1986) qui intègre les notions de conflits inconscients sous-jacents, de styles cognitifs, de traits de personnalité et de mécanismes de défenses comme variables influençant ou non le TSPT. C'est le cas également de la théorie de la réaction d'alarme apprise de Jones et Barlow (1990, 1992) dont un des

facteurs principaux pour expliquer le développement du TSPT se rapporte à la présence d'une vulnérabilité biologique et psychologique précédant le traumatisme. Bandura (1997) suggère pour sa part que les croyances d'efficacité personnelle à gérer l'événement traumatique, à contrôler les réactions post-traumatiques (détresse émotionnelle et pensées intrusives), et les autres conséquences cognitives, physiques, sociales, affectives et matérielles de l'événement jouent un rôle fondamental dans le développement du TSPT. Joseph, Williams et Yule (1995), de même que Ehlers et Clark (2000) considèrent plutôt que c'est l'interprétation des causes, des enjeux et des conséquences de l'expérience traumatique par l'individu qui constitue le principal facteur responsable des symptômes de stress post-traumatique, et les variations au niveau des interprétations seraient également liées à des facteurs de personnalité tels les styles d'attribution, le lieu de contrôle, les schémas cognitifs et les croyances fondamentales. Dans la même ligne, Januff-Bulman (1985) met l'accent sur l'impact bouleversant de l'expérience traumatique sur les conceptions fondamentales qu'un individu se fait de lui-même, du monde et de sa relation avec le monde et explique le développement du trouble par la difficulté de l'individu d'assimiler l'écart entre les conceptions de base et l'expérience traumatique. À l'instar du modèle d'Horowitz, ces modèles accordent une grande importance, entre autres, au rôle de l'activation du réseau des schèmes cognitifs liés au trauma dans l'interprétation puis l'intégration de l'événement.

Sur la base de ces modèles, Creamer, Burgess et Pattison (1992) suggèrent que les intrusions sont essentielles au processus d'activation des schèmes cognitifs reliés au trauma. Ils observent que la présence de reviviscences et un niveau peu élevé de comportements d'évitement durant la période suivant immédiatement l'exposition prédit une meilleure adaptation et une diminution plus rapide des symptômes post-traumatiques. Par contre, un niveau élevé d'évitement entraverait les processus cognitifs activés par l'exposition répétée aux mémoires traumatiques et prédirait la consolidation et le maintien des symptômes. Les observations de Creamer et ses

collègues suggèrent que la manière de gérer le débordement émotionnel suscité par les intrusions jouerait un rôle primordial dans le processus naturel de guérison et d'intégration de l'expérience traumatique.

Dans la même ligne, plusieurs chercheurs s'intéressant à l'étiologie du TSPT et aux facteurs de risque et de résilience soutiennent que la capacité de tolérer et de réguler l'intensité émotionnelle, la détresse et l'activation physiologique qui accompagnent les mémoires traumatiques constitue un élément primordial dans le développement du trouble (Yehuda, 2004 ; McFarlane et Yehuda, 1996 ; Schore, 2002 ; van der Kolk, 1987, 1996; van der Kolk et Ducey, 1989). Selon McFarlane et Yehuda (1996) « It is important to consider resilience and vulnerability in terms of both individuals' responses to the trauma and their capacity to cope with their reactions » (p.175). Comme le suggèrent également Lee et ses collègues (1996), certains individus auraient recours à des stratégies moins optimales de régulation des émotions ainsi qu'à différentes formes d'évitement qui altéreraient le cycle intrusion/évitement optimal, entraveraient le processus d'assimilation de l'expérience traumatique et contribueraient à la consolidation des symptômes. Il apparaît d'ailleurs que les individus qui développent un TSPT manifestent de moins en moins de symptômes d'intrusion et de plus en plus de symptômes d'évitement (Creamer, Burgess et Pattison, 1992; Shalev, 1992; Solomon *et al.*, 1987).

Selon certains chercheurs, les facteurs individuels de risque et de résilience associés à la régulation des émotions seraient liés, entre autres, à des caractéristiques psychologiques et neurophysiologiques pré-morbides issues de prédisposants génétiques et de l'histoire de l'individu (Yehuda, 2004 ; Schore, 2002 ; Siegle, 1999 ; Morgan *et al.*, 2001 ; van der Kolk, 1996).

1.4.3 Stratégies de régulation des émotions agissant comme facteurs de risque ou de protection dans le développement du TSPT.

Plusieurs facteurs de risque et de protection au développement et au maintien des symptômes de stress post-traumatiques ont été identifiés, dont l'âge, le sexe, les traits de personnalité, le niveau de stress et les symptômes dépressifs ou anxieux au moment ou avant l'événement, les traumatismes antérieurs, les caractéristiques de l'événement, les séquelles physiques, le jugement et le soutien social, les gains secondaires, etc. (Martin, Germain et Marchand, 2006 ; King, Vogt et King, 2004 ; Carlson, 1997). La présence et l'interaction entre ces facteurs pré-traumatiques, péri-traumatiques ou post-traumatiques contribuent à la modulation des symptômes de stress post-traumatiques.

Parmi les facteurs identifiés, plusieurs peuvent être considérés comme des stratégies de régulation des émotions. Ces facteurs seront examinés en fonction de la taxonomie proposée par Thompson (1994) (*voir* sect. 1.3.4), c'est-à-dire en fonction des stratégies relatives à l'orientation de l'attention, à l'évaluation et à l'interprétation de l'événement et des réactions post-traumatiques, ainsi qu'aux comportements de mobilisation du soutien social.

1.4.3.1 Orientation de l'attention

Différentes formes d'évitement ayant pour fonction de contrôler les sensations, les émotions et les pensées associées à l'expérience traumatique afin de diminuer la détresse ont été corrélées à la symptomatologie du TSPT. Bien que procurant un soulagement immédiat, les stratégies d'évitement sont en général considérées comme pathogènes puisqu'elles empêchent la ré-interprétation et l'intégration de l'expérience et favorisent le maintien des symptômes et le

développement du trouble (Ehlers et Clark, 2000 ; Batten, Follette et Aban, 2001 ; Litz et Keane, 1989 ; Hays *et al.*, 1996).

Une première forme d'évitement associé aux symptômes de TSPT est l'évitement émotionnel qui se manifeste par la difficulté de ressentir des émotions positives ou négatives et par un sentiment de détachement général (Litz, 1992 ; Calhoun et Resik, 1993 ; Foa et Kozak, 1986). Pour certains chercheurs (Krystal, 1988; Badura, 2003), cet «engourdissement émotionnel» peut être rattaché au concept d'alexithymie, défini comme étant la difficulté de reconnaître, de décrire, de nommer et de verbaliser les émotions (Taylor, Bagby et Parker, 1991). Des études ont souligné le parallèle manifeste entre l'alexithymie et la symptomatologie du TSPT (Fukunishi *et al.*, 1996; Naatanen *et al.*, 2002) et Badura (2003) suggère que l'alexithymie, dans le contexte du TSPT, devrait être conceptualisée comme un mécanisme de protection face au débordement émotionnel. Les réactions de dissociation au moment de l'événement, telles les expériences de dépersonnalisation (distorsions dans la perception de soi), de déréalisation (distorsions dans la perception des objets ou de l'environnement), les distorsions dans la perception du temps, ainsi qu'un sentiment de détachement, sont considérées comme une forme de stratégie d'évitement qui permet à l'individu de se distancer de l'expérience traumatique (Liotti, 1992) et sont associées au maintien et à la sévérité des symptômes post-traumatiques (Carlson et Rosser-Hogan, 1991; Koopman, Classen, et Spiegel, 1994; Marmar *et al.*, 1994; Holen, 1993 ; Bremner *et al.*, 1992). Une étude de Noyes et Kletti (1977) auprès de 101 survivants d'accidents de voiture ou d'agressions révèle que 72% des participants ont rapporté une impression d'irréalité au moment du trauma, 52% ont rapporté une impression de détachement, 56% ont rapporté des expériences de dépersonnalisation, et 30% ont rapporté des expériences de déréalisation. Une étude prospective de Shalev et ses collègues (1996) a montré que la dissociation péritraumatique explique presque 30% de la variance dans les symptômes de TSPT présents 6 mois après l'événement.

Différentes formes d'évitement sont également associées à la symptomatologie du TSPT. Ainsi, des études ont mis en évidence le lien entre le déni et la suppression des pensées associées au trauma (Shipherd et Beck, 1999; Leitenberg, Greenwald, et Cado, 1992; Clohessy et Ehlers, 1999; Ehlers *et al.*, 1998; Valentiner *et al.*, 1996). D'autres études ont également souligné le lien entre la symptomatologie du TSPT et un style de gestion orienté sur l'évitement cognitif et comportemental tel que mesuré par le «Ways of Coping Checklist» de Folkman et Lazarus (1988) (Charlton et Thompson, 1996; Solomon, Avitzur, et Mikulincer, 1990; Solomon, Mikulincer, et Arad, 1991) ou par le «Coping Style Questionnaire» de Billings et Moos (1981) (Bryant et Harvey, 1995; Harvey et Bryant, 1999).

Les ruminations ou la focalisation sur les réactions émotionnelle et les émotions négatives auraient également une fonction d'évitement et de contrôle de la pensée en déviant l'attention des causes réelles de la détresse, ce qui aurait pour conséquence d'interférer avec les processus cognitifs d'assimilation et d'accommodation nécessaires à l'intégration du trauma (Ehlers et Clark, 2000 ; Borkovec et Inz, 1990; Warda et Bryant, 1998). Les résultats d'études utilisant le «Ways of Coping Checklist» et le «Coping Inventory for Stressful Situations» (Endler et Parker, 1994) montrent que les individus privilégiant des stratégies centrées sur l'émotion telles que définies par Folkman et Lazarus (1988) - Je me suis culpabilisé, je me suis critiquée, j'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé - manifestent plus de symptômes de TSPT (Solomon, Avitzur, et Mikulincer, 1990; Solomon, Mikulincer, et Arad, 1991; Jehel *et al.*, 2001). Une autre étude de Bryant, Moulds et Guthrie (2001) utilisant le «Thought Control Questionnaire» (TCQ) (Wells et Davis, 1994) a révélé que les dimensions «auto-punition» et «ruminations» sont les plus fortement corrélées à la symptomatologie du TSPT.

Une autre forme d'évitement associé à la symptomatologie du TSPT est la consommation de substances, notamment alcool, drogues et cigarettes, pour diminuer

la détresse émotionnelle causée par les intrusions et par les autres réactions post-traumatiques. Plusieurs études ont montré une augmentation marquée de la consommation de substances suite à trauma. Une étude de Vlahov *et al.* (2002, 2004) examinant les changements dans la consommation de cigarettes, d'alcool et de drogues chez les New-Yorkais suite aux événements du 11 septembre indique que 28.8% des répondants rapportent une augmentation de consommation substances suite aux événements, 9.2% rapportent une augmentation dans leur consommation de cigarettes, 24.6% rapportent une augmentation de consommation d'alcool et 3.2% rapportent une augmentation dans leur consommation de marijuana. L'étude révèle également que les individus qui rapportent une augmentation dans leur consommation de substances sont également ceux qui rapportent le plus de symptômes de TSPT. Une autre étude conduite par Joseph *et al.* (1993) auprès des survivants d'un accident de traversier dans la mer Baltique montre que 73% ont rapporté une augmentation de leur consommation d'alcool au cours des 6 mois suivant l'événement. D'autres études rapportent des résultats similaires (Pfefferbaum et Doughty, 2001; Gleser, Green et Winget's, 1981; Adams et Adams, 1984). L'augmentation de la consommation de substances observée dans ces différentes études appuie l'hypothèse selon laquelle le recours à diverses substances constitue pour certains individus une stratégie comportementale de régulation émotionnelle (Khantzian, 1997; Lazarus et Folkman, 1984).

1.4.3.2 Évaluation et interprétation de l'événement et des réactions post-traumatiques.

Les pensées et les attributions ont le pouvoir de moduler l'intensité émotionnelle et jouent par conséquent un rôle central dans la régulation des émotions. Plusieurs chercheurs ont suggéré que la manière d'interpréter et d'évaluer l'événement traumatique et ses répercussions peut contribuer au développement du TSPT (Enher et Clark, 2000; Foa, Steketee et Rothbaum, 1989; Janoff-Bulman, 1985,

1992; Joseph, Williams et Yule, 1997; Litz et Keane, 1989). Les résultats des recherches empiriques ont montré que la sévérité des symptômes de TSPT est associée aux cognitions suivantes : 1) des croyances négatives par rapport à l'événement, comme par exemple «j'attire les désastres», «c'est une punition», «je suis responsable», «le monde est dangereux» (Dunmore, Clark et Ehlers, 1997; Wenninger et Ehlers, 1998; Joseph *et al.*, 1991; Frazier et Schauben, 1994; Foa *et al.*, 1991); 2) une interprétation négative des réactions post-traumatiques et des intrusions, comme par exemple «je vais devenir fou», «mes réactions ne sont pas normales» (Ehlers et Steil, 1995; Dunmore, Clark et Ehlers, 1997, 2001; Ehlers, Mayou et Bryant, 1998; Clohessy et Ehlers, 1999; van den Hout et Engerhard, 2004); 3) des croyances négatives par rapport aux sensations physiques et aux émotions, comme par exemple «je devrais pouvoir contrôler mes émotions» «je suis un faible» (Bryant et Panasetis, 2001; Dunmore, Clark et Ehlers, 1997); 4) des croyances et une perception négative de comment les autres pensent et réagissent, comme par exemple «mes proches ont honte de moi», «je suis un fardeau pour eux» (Dunmore, Clark et Ehlers, 1997; Davis, Brickman et Baker, 1991); 5) une perception négative des conséquences de l'événement sur la vie, comme par exemple «ma vie est finie», «je ne m'en remettrai pas» (Ehlers, Mayou et Bryant, 1998).

1.4.3.3 Mobilisation du soutien social et verbalisations

Une troisième dimension de la régulation des émotions ayant un impact important sur l'adaptation psychologique suite à un événement traumatique est la mobilisation du soutien social et la capacité d'exprimer à autrui ses pensées et ses émotions relatives au trauma. Des études ont montré que la mobilisation du soutien social, telle qu'évaluée par le «Ways of Coping Checklist», est associée à moins de symptômes de TSPT (Solomon, Mikulincer et Arad, 1991 ; Solomon, Avitzur et Mikulincer, 1990 ; Turner, 1981; Green, Grace et Gleser, 1985). Dans le contexte du 'Ways of Coping Checklist', la recherche de soutien social est mesurée en fonction

comportements directs ou indirects de demandes d'aide, de conseils, et de réconfort de la part des proches ou du réseau social, comme par exemple 'j'ai demandé des conseils à une personne digne de respect', 'j'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un', 'j'ai essayé de ne pas m'isoler', 'j'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais'. D'autres études ont montré les effets bénéfiques associés à l'expression des pensées et des émotions négatives sur la santé en général, la détresse psychologique, et sur l'adaptation suite à un trauma (Pennebaker et Beall, 1986 ; Harber et Pennebaker, 1992; Pennebaker, Barger et Tiebout, 1989; Pennebaker et Susman, 1988; Pennebaker, Colder et Sharp, 1990; Donnelly et Murray, 1991). Une étude de Lutgendorf et Antoni (1999) a également montré que le dévoilement de soi favorise une diminution des pensées intrusives et les auteurs suggèrent que le dévoilement de soi constitue une dimension centrale dans l'intégration du trauma.

Plusieurs autres chercheurs suggèrent que le fait de partager les émotions et les pensées relatives à l'événement favoriserait les processus cognitifs impliqués dans l'assimilation de l'expérience par la ré-exposition aux mémoires traumatiques qui entraînerait la ré-organisation de l'information et une nouvelle interprétation de l'événement (Donnelly et Murray, 1991; Murray, Lamnin et Carver, 1989; Pennebaker et Francis, 1996). Parler des émotions négatives semble diminuer la détresse émotionnelle perçue (Berkowits et Troccoli, 1990; Schwartz, 1990) et augmenter le sentiment de contrôle sur les émotions (Pennebaker et Francis, 1996).

Lepore et ses collaborateurs (1996, 1998) suggèrent, pour leur part, que ce n'est pas uniquement le fait de repenser à l'événement qui favorise les processus cognitifs nécessaires à l'intégration du trauma, mais que c'est le fait d'y repenser dans un *contexte interpersonnel soutenant*. En reparler avec les personnes significatives permet d'avoir leurs opinions et idées sur l'événement et offre l'opportunité de développer une autre perspective et de comprendre l'expérience différemment. Parler de l'événement avec les proches et la famille peut aussi avoir

pour effet de renforcer les liens entre eux et de faire en sorte qu'ils peuvent, en retour, apporter un meilleur support à l'individu (Cordova *et al.*, 2003).

1.5 TSPT et sécurité de l'attachement : revue des études empiriques

À la suite de Bowlby, plusieurs chercheurs ont proposé que le degré de sécurité de l'attachement constitue un facteur de risque ou de protection dans le développement de la psychopathologie (Crittenden, 1995; Goldberg, 1997; Main et Goldwyn, 1994; Sroufe, 1989a, 1989b; Carlson et Sroufe, 1995; Sroufe, 1997; Sroufe *et al.*, 1999; Taylor, 1997; Schore, 2001) et des études ont été conduites afin d'examiner le lien entre l'attachement et la psychopathologie à l'âge adulte. Une méta-analyse de van IJzendoorn et Bakermans-Kranenburg (1996) regroupant 14 études ayant utilisé le AAI a montré une surreprésentation des modèles d'attachement insécurisés dans les populations cliniques présentant diverses psychopathologies, dont les désordres anxieux et de l'humeur. D'autres études ayant porté sur les modèles d'attachement et la psychopathologie chez l'adulte montrent un lien entre l'insécurité de l'attachement et certains troubles de l'axe I du DSM-IV; Troubles de l'humeur (Rosenstein et Horowitz, 1996; West et George, 2002) et troubles anxieux, troubles de l'alimentation, abus de substances (Fonagy *et al.*, 1996). Des études indiquent de façon plus spécifique la prévalence des modèles d'attachement préoccupé et désorganisé dans des pathologies où il y a un niveau élevé de détresse subjective rapportée, dans la plupart des troubles anxieux (Fonagy *et al.*, 1996; Rosenstein et Horowitz, 1996) ainsi que dans les problèmes relationnels (Pianta, Egeland et Adam, 1996). Ces études montrent aussi la prévalence du modèle d'attachement détaché dans la schizophrénie, dans certains troubles affectifs (Dozier, Stovall et Albus, 1999) et dans les pathologies où la détresse tend à être minimisée, comme dans l'abus de substances ou la somatisation (Fonagy *et al.*, 1996; Rosenstein et Horowitz, 1996).

Il est reconnu que les traumatismes vécus au cours de l'enfance, tels la négligence et les abus sexuels et/ou physiques, ont des conséquences importantes sur le développement du cerveau, la neurobiologie et les réponses au stress. Des études récentes auprès des animaux et des humains ont montré que les stress importants au début de la vie associés aux donneurs de soins mènent à des altérations de l'axe hypothalamus-hypophysé-surrénalien (HHS) et des fonctions du cortex pré-frontal qui persistent à l'âge adulte et peuvent avoir un effet important sur la résistance au stress (Meaney, 2001; De Bellis et Van Dillen, 2005). Plusieurs études ont montré que les traumatismes vécus dans l'enfance, particulièrement ceux de type interpersonnel, ont des conséquences importantes sur la psychopathologie adulte et plus spécifiquement sur le TSPT (Bremner *et al.*, 1993; Cloître, Scarvalone et Difede, 1997; Elliot et Briere, 1995; Follette, Polusny et Milbeck, 1994; Briggs et Joyce, 1997; Carlson *et al.*, 2001; Yehuda, Spertus et Golier, 2001). Des chercheurs se sont inspirés de la théorie de l'attachement pour comprendre l'impact à l'âge adulte des abus vécus dans l'enfance et postulent qu'une histoire d'abus entraîne le développement d'un attachement insécurisant, plus probablement désorganisé, qui prédispose au TSPT à l'âge adulte relativement au trauma vécu durant l'enfance ou à un autre trauma survenu à l'âge adulte (van der Kolk, 1996; Schore, 2002; Siegel, 1990; Carlson, 1998; Liotti, 2004).

Des études récentes ont examiné le lien entre les abus durant l'enfance, la sécurité de l'attachement et le trouble de stress post-traumatique à l'âge adulte. Une étude conduite par Muller, Sicoli et Lemieux (2000) révèle que 76% des individus rapportant une histoire d'abus physiques ou sexuels durant l'enfance endossent un attachement insécurisé (ambivalent, évitant ou craintif) tel qu'évalué par un questionnaire sur les relations amoureuses. Les analyses de variance ont montré que les individus qui endossent un attachement ambivalent ou craintif rapportent des scores plus élevés sur les symptômes de stress post-traumatique relatifs à l'histoire d'abus. Une étude d'Alexander *et al.* (1998) auprès d'individus ayant vécu une histoire d'inceste indique des résultats similaires et montre une forte prévalence de

l'attachement craintif dans cette population. Ces individus éprouvent également plus de difficultés d'adaptation (dépression, détresse) et rapportent plus de symptômes de TSPT relatifs à l'histoire d'inceste.

D'autres études ont plutôt examiné le lien entre l'attachement et l'adaptation post-traumatique suite à un événement survenu à l'âge adulte. Mikulincer, Florian et Weller (1993) ont étudié le lien entre les styles d'attachement, tels qu'évalués par le questionnaire d'attachement amoureux de Hazan et Shaver (1987), et les réactions d'étudiants Israéliens suite à l'attaque des missiles SCUD durant la guerre du Golfe. Les résultats de cette étude indiquent que les participants ayant un style d'attachement ambivalent rapportent plus de détresse, d'hostilité et de symptômes d'intrusion tels qu'évalués par le Impact of Event Scale (IES) que les participants ayant un style d'attachement sécurisé ou ceux ayant un style d'attachement évitant. Les individus ayant un attachement insécurisé (évitant et ambivalent) somatisent davantage et rapportent plus de symptômes d'évitement sur le IES que les individus ayant un attachement sécurisé.

Une étude de Solomon *et al.* (1998) a examiné le rôle de l'attachement dans les stratégies de gestion du stress et l'adaptation à long terme des prisonniers de guerre Israéliens. Les résultats indiquent que les individus ayant un attachement sécurisé rapportent avoir moins souffert en prison, avoir ressenti moins d'impuissance, avoir utilisé des stratégies actives (instrumentales) de gestion du stress durant leur captivité, et montrent une meilleure adaptation à long terme comparativement aux individus ayant un attachement évitant ou ambivalent. Une autre étude de Kanninen, Punamaki et Qouta (2003), effectuée auprès de Palestiniens de la bande de Gaza ayant été fait prisonniers de guerre durant l'Intifada et ayant subi de la torture physique pendant leur captivité, montre que les individus dont l'attachement est ambivalent ou évitant manifestent plus de somatisation et de symptômes de TSPT que les individus ayant un attachement sécurisé. Une autre étude

récente de Dieperink *et al.* (2001) a examiné le lien entre les styles d'attachement et la symptomatologie de stress post-traumatique chez des vétérans Américains ayant été faits prisonniers de guerre. Les résultats indiquent que les individus ayant un d'attachement sécurisé rapportent moins de symptômes que ceux ayant un d'attachement insécurisé et que le degré de sécurité de l'attachement constitue un meilleur facteur de prédiction de la sévérité des symptômes que la sévérité du traumatisme qu'ils ont subi. Ces résultats convergent avec ceux d'une étude récente de Zakin, Solomon et Neria (2003), effectuée auprès de vétérans ayant été faits prisonniers durant la guerre du Yom Kappur.

Ces différentes études mettent en évidence le lien entre le degré de sécurité de l'attachement et la symptomatologie post-traumatique à l'âge adulte. Il importe de noter cependant que dans toutes ces études, l'attachement a été mesuré uniquement par des questionnaires portant sur la nature des sentiments et des comportements qu'un individu rapporte avoir dans ses relations amoureuses. Or, cette méthode d'évaluation est sensible aux biais perceptuels et peut constituer une source d'invalidité (Dieperink *et al.*, 2001; George, West et Pettem, 1997). De plus, la plupart de ces études n'ont pas évalué la désorganisation de l'attachement.

1.6 Rôle de médiation possible de la régulation des émotions entre l'attachement et le TSPT

Tel que présenté dans les sections précédentes, plusieurs chercheurs ont postulé que la sécurité de l'attachement joue un rôle central dans la réponse au stress et constitue ainsi un facteur de résilience. Les recherches au cours des vingt dernières années ont fourni un support empirique au rôle présumé de l'insécurité de l'attachement dans la psychopathologie adulte. Selon les théoriciens de l'attachement, la prédisposition au développement de la psychopathologie s'explique par des déficits dans la régulation émotionnelle qui sous-tendent les modèles d'attachement

insécurisés. Les stratégies comportementales de régulation émotionnelle auxquelles un individu a recours lorsqu'il est confronté à un stress ou à une émotion intense se développent dans un contexte interpersonnel et sont influencées par les représentations internalisées des premières figures d'attachement. Sroufe et ses collaborateurs (1999) résument ainsi le rôle de l'attachement et de la régulation des émotions dans la gestion du stress et le développement de la psychopathologie :

«Distorsions of early dyadic regulatory processes serve as prototypes for later dysregulation, markers of a process that leaves individuals vulnerable to normative stresses and the development of pathology. Early maladaptive relationship patterns are internalized and carried forward as characteristic modes of affective regulation and associated expectations, attitudes and beliefs (...) Variations in early regulatory patterns provide the basis for differences in later strategies for coping with normative stresses, eliciting support from others and making use of internal signals» (p.9)

Tel que rapporté dans la section 1.4.1, des chercheurs s'intéressant à l'étiologie du TSPT suggèrent que la prédisposition au trouble serait liée à des caractéristiques intra-individuelles, notamment en regard de la gestion des émotions engendrées par l'événement et ses reviviscences. Or, tel que présenté dans les sections 1.3.4 et 1.4.3, les stratégies de régulation des émotions qui sont associées à la pathogenèse du TSPT sont également associées à l'insécurité de l'attachement : différentes formes d'évitement tels que la dissociation, l'évitement comportemental, l'abus de substances, ou les stratégies centrées sur les émotions; l'interprétation rigide et négative de l'événement et des réactions post-traumatiques; des limites au niveau de la reconnaissance et de l'expression des émotions ainsi qu'une utilisation restreinte du soutien social.

Schore (2002), Liotti (2004), de même que Koback, Cassidy et Zir (2004) se sont récemment intéressés à la pathogenèse du TSPT dans la perspective de la théorie de l'attachement. Ils postulent que les individus ayant un modèle d'attachement

désorganisé adoptent des stratégies de régulation des émotions principalement axées sur la dissociation et l'évitement émotionnel, ce qui les rend plus vulnérables lorsqu'ils sont exposés à une expérience générant de fortes émotions. Schore propose quant à lui un modèle neurobiologique mettant en relief l'impact des premières expériences relationnelles sur le développement du cortex préfrontal. Ce dernier jouerait un rôle important dans l'activation physiologique associée aux émotions ainsi que dans la régulation émotionnelle, plus précisément dans la reconnaissance, l'expression et la communication des émotions. Schore suggère que les individus ayant un attachement insécurisé, plus particulièrement désorganisé, manifestent des déficits dans les fonctions associées à cette région du cerveau et relève les similitudes avec les caractéristiques neurobiologiques observées chez les individus souffrant d'un TSPT (De Bellis et Van Dillen, 2005).

Ces différentes considérations théoriques portent à penser que le lien entre l'attachement et le TSPT pourrait être expliqué par les stratégies de régulation des émotions. Or, peu de chercheurs ont examiné simultanément la relation entre la sécurité de l'attachement, la régulation des émotions et la symptomatologie du TSPT. Une étude de Mikulincer, Florian et Weller (1993) montre que les individus qui endossent un attachement ambivalent sont portés à utiliser des stratégies centrées sur les émotions négatives et rapportent plus de reviviscences, alors que ceux qui endossent un attachement évitant utilisent davantage des stratégies orientées sur l'évitement émotionnel et rapportent plus de symptômes d'évitement relatifs au TSPT. Les individus ayant un attachement sécurisé rapportent moins de détresse et de symptômes que les autres et ont davantage recours à des stratégies orientées sur la recherche de soutien social. Une autre étude conduite par Solomon *et al.* (1998) auprès de soldats ayant été faits prisonniers pendant la guerre du Yom Kippur a montré que les individus qui endossent un attachement sécurisé ont davantage fait appel, pendant leur captivité, à des souvenirs positifs relatifs à leurs proches, ou ont créé des rencontres imaginaires avec eux. Solomon et ses collaborateurs concluent

que ces soldats ont géré la menace et l'isolement en faisant appel au soutien symbolique des figures d'attachement internalisées.

D'autres études sont nécessaires pour vérifier le lien présumé entre l'attachement, la régulation des émotions et les symptômes de stress post-traumatiques et pour mieux comprendre le rôle de la régulation des émotions dans la gestion des symptômes et dans la pathogenèse du TSPT. Ces études sont également essentielles pour approfondir les connaissances sur un modèle diathèse de la psychopathologie mettant en relief le rôle des expériences relationnelles et des liens d'attachement dans les facteurs de risque et de résilience.

1.7 Objectifs et hypothèses

L'objectif général de cette étude consiste à examiner le lien entre le degré de sécurité de l'attachement d'individus adultes ayant été exposés à un trauma et leur niveau de symptomatologie de stress post-traumatique tel que modulé par leurs stratégies comportementales de régulation des émotions.

Un premier objectif vise à vérifier l'association entre le degré de sécurité de l'attachement et le niveau de symptomatologie du TSPT. Des études au cours de la dernière décennie ont examiné ce lien mais l'attachement a été systématiquement évalué par l'entremise d'instruments auto-administrés issus de la psychologie sociale et portant sur l'attachement amoureux. Or, ces instruments ne mesurent possiblement que la dimension consciente de l'attachement et peuvent être sensibles à des biais perceptuels et à des distorsions (Main, 1991; Borman et Cole, 1993; Jacobvitz, Curran et Moller, 2002). Afin d'obtenir une évaluation exhaustive des dimensions de ce construit, l'attachement adulte sera mesuré dans le cadre de la présente étude par l'intermédiaire du AAP, une entrevue semi-structurée issue de la psychologie du développement et évaluant les représentations internalisées des relations

d'attachement, de même que par le QEAA, un questionnaire portant sur l'attachement amoureux. Il est attendu dans les deux cas que la sécurité de l'attachement sera associée à un niveau moins élevé de symptômes de stress post-traumatique dans les jours et les semaines qui suivent l'événement ainsi qu'à la diminution graduelle de ces symptômes dans le temps.

Un second objectif vise à examiner l'association entre le degré de sécurité de l'attachement et les stratégies de régulation des émotions organisées en fonction de trois dimensions issues du modèle de Thompson (1994), soit 1) l'orientation de l'attention, 2) l'évaluation et l'interprétation de la situation et des réactions, et 3) la mobilisation du soutien social. Il est attendu que la sécurité de l'attachement sera associée à 1) une plus grande capacité de reconnaître et nommer l'émotion et une utilisation moins importante de stratégies axées sur différentes formes d'évitement émotionnel (distraction, dissociation, abus de substances) ou de stratégies centrées sur les émotions négatives (blâme, auto-punition), 2) un plus grand recours à la réinterprétation et une interprétation plus positive des symptômes, 3) une plus grande tendance à exprimer et verbaliser les émotions et à mobiliser le soutien social.

Il est également attendu que l'utilisation de ces stratégies de régulation des émotions sera inversement associée au niveau de symptomatologie de stress post-traumatique. Les symptômes seront mesurés en fonction de leur fréquence, de leur sévérité et de leur maintien dans le temps.

Enfin, un troisième et dernier objectif vise à vérifier le rôle possible de médiation des stratégies de régulation des émotions dans le lien entre l'attachement et la psychopathologie. Il est attendu que les stratégies de régulation des émotions expliqueront la relation entre le degré de sécurité de l'attachement et le niveau de symptomatologie de stress post-traumatique.

CHAPITRE II

MÉTHODOLOGIE

2.1 Participants

Les participants ont été recrutés dans le cadre d'une étude longitudinale conduite au centre de recherche de l'Hôpital Douglas portant sur l'efficacité d'une intervention précoce auprès des personnes ayant été exposées à un événement traumatique (Brunet, Ruzek et Cordova, *CQRS*, 2000). Dans le cadre de cette étude, 100 participants ont été recrutés et assignés aléatoirement dans le groupe expérimental (recevant l'intervention) ou dans le groupe témoin (ne recevant pas l'intervention). Les participants ont été recrutés dans les urgences hospitalières des deux principaux centres de traumatologie de Montréal, soit l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et l'Hôpital Général de Montréal. Les participants devaient avoir été exposés à un événement où il y avait une menace perçue pour leur vie ou pour leur intégrité physique accompagnée d'un sentiment intense de peur, d'horreur ou d'impuissance tel que défini par le critère A du TSPT selon le DSM-IV. Leur état physique devait leur permettre de participer à une courte entrevue d'évaluation au cours des 72 heures suivant l'événement. Les participants ayant perdu un proche au cours de l'événement et ceux souffrant d'un trouble psychiatrique sévère (psychose) n'ont pas été inclus dans l'étude. Le recrutement s'est échelonné sur une période de deux ans, soit de mars 2002 à mai 2004. Seuls les participants du groupe témoin de l'étude sur l'intervention ont été considérés pour la présente étude. Parmi les 50 participants retenus, 4 d'entre eux ont été exclus en raison de l'enregistrement inaudible des AAP et 10 individus ont abandonné en cours de route. L'échantillon est

donc constitué d'un nombre total de 36 participants, dont 16 femmes et 20 hommes. Les participants sont majoritairement d'origine canadienne (78%) et leur âge moyen est de 33 ans (*é.t.* = 9,28). Parmi ceux-ci, 30,6% sont mariés, 30,6% sont en union de fait, 33,3% sont célibataires et 5,5% sont séparés ou divorcés. La majorité des hommes ont fait des études de niveau collégial et ont un revenu moyen se situant entre \$30,000 et \$50,000, tandis que la majorité des femmes ont fait des études de niveau universitaire et ont un revenu moyen se situant entre \$15,000 et \$30,000. Les femmes et les hommes ne se distinguent pas quant aux autres variables sociodémographiques.

Les événements traumatiques auxquels les participants ont été exposés sont principalement des accidents de la circulation (piéton, automobile, vélo) (64% des participants, $n = 23$) et des accidents de travail (20%, $n = 7$). Quelques participants ont été exposés à des agressions physiques (8%, $n = 3$) ou à d'autres types d'incidents (brûlures, chutes) (8%, $n = 3$). La majorité des participants ont subi des blessures physiques (92%, $n = 33$) variant en termes de gravité (fractures diverses, blessures au cou ou au dos, contusions, atteinte aux organes internes).

Parmi les participants qui ont abandonné l'étude ($n = 10$), il y a avait 4 femmes et 6 hommes, tous d'origine canadienne et dont l'âge moyen est de 40 ans. Les participants qui ont abandonné l'étude ne se différencient pas des autres de façon statistiquement significative sur le plan des variables sociodémographiques.

2.2 Instruments

2.2.1 Mesures de la sécurité de l'attachement

Les modèles opérants internes selon l'approche de la psychologie du développement ont été évalués à l'aide du Adult Attachment Projective (AAP : George, West et Pettem, 1997). Le AAP se compose de huit dessins (dont un neutre) évoquant des scènes qui, selon la théorie de l'attachement, sont susceptibles d'activer le système d'attachement (voir appendice B.1). Pour chacun des dessins présentés, le répondant doit construire une histoire en précisant ce qui s'y passe, ce qui y a mené, à quoi pensent les personnages et comment ils se sentent, et ce qui pourrait arriver par la suite. Certaines images présentent un personnage adulte ou enfant qui est seul, alors que d'autres évoquent une dyade pouvant potentiellement être en relation. L'administration du AAP est d'environ vingt minutes. Les histoires élaborées par les répondants sont enregistrées sur bande magnétoscopique et sont ensuite transcrites sous la forme d'un verbatim.

Le contenu des transcriptions est par la suite codifié en fonction de trois dimensions. La première dimension évalue les caractéristiques du discours à partir de deux échelles. La première échelle, appelée *expériences personnelles*, fait référence à toute allusion concernant le répondant lors de l'élaboration de son récit. Un score de 1 est accordé lorsque le répondant fait référence à lui-même lors du récit et un score de 0 est accordé lorsqu'il ne le fait pas. La deuxième échelle, appelée *cohérence*, permet d'évaluer le concept de cohérence du discours selon les principes de Grice (1975, 1989). Un score de 2 est accordé lorsque les principes sont tous respectés, un score de 1 est accordé lorsqu'ils sont en partie respectés, et un score de 0 est accordé lorsqu'ils ne sont pas du tout respectés.

La seconde dimension évalue le contenu des récits à l'aide de trois échelles. La première échelle, appelée *individu-agissant*, évalue la capacité d'un individu à s'engager dans une action comportementale et/ou cognitive dans le but de comprendre ou d'apporter un changement dans la situation. Cette capacité peut s'exprimer à travers les trois dimensions suivantes: 1) la base sécurisante intériorisée, représentée par le désir et la capacité de s'engager dans l'introspection et d'explorer ses représentations internalisées d'attachement; 2) le havre de sécurité, représenté par la capacité à utiliser les relations d'attachement pour rétablir un état d'équilibre émotionnel interne et un sentiment de sécurité; 3) la capacité d'agir, c'est-à-dire l'aptitude à apporter un changement à une situation. L'absence de capacité d'agir est représentée par un personnage qui reste seul ou qui ne fait pas de démarches vers une action effective. La codification est de 2 pour la base de sécurité intériorisée et le havre de sécurité, de 1 pour la capacité d'agir, et de 0 pour son absence. La deuxième échelle, appelée *connexion*, évalue le désir ou la compétence du personnage à être en relation ou à interagir avec d'autres. Un score de 3 est attribué lorsqu'il y a interactions entre des individus, un score de 2 reflète une frustration dans la relation à l'autre et un score de 1 représente une histoire où il n'est pas mentionné d'autres personnes. La troisième échelle, appelée *synchronie*, évalue le degré auquel les personnages représentés dans les images dyadiques sont décrits comme faisant partie d'une relation réciproque et mutuelle. Un score de 2 reflète une interaction mutuellement plaisante, un score de 1 représente une interaction fonctionnelle ou non réciproque et un score de 0 est indiqué lorsque le répondant exclut de son histoire l'un des deux personnages représentés sur l'image.

La troisième et dernière dimension évaluée par le AAP se rapporte aux processus défensifs présents dans l'élaboration du récit et évalués en fonction de trois échelles représentant les trois types d'exclusion défensive, soit la *désactivation*, la *disjonction cognitive* et les *systèmes ségrégués*. L'échelle de *désactivation* mesure la présence d'indices qui suggèrent la mise à distance de l'émotion et des relations

d'attachement. Ces indices se présentent dans le récit par de la normalisation et des références à des définitions stéréotypées pour décrire des personnages conformes à ce qui est socialement valorisé. Le récit peut comporter des thèmes se rapportant à la réussite sociale, la performance, le pouvoir et inclure des figures d'autorité qui représentent le pouvoir. Une évaluation négative des personnages, de même que différentes formes de rejet d'un personnage peuvent également être présentes. La désactivation se manifeste dans les procédés par la minimisation, l'arrêt du narratif et l'utilisation d'un langage dépersonnalisé et qui neutralise le contenu émotionnel de l'histoire. La deuxième échelle évalue la *disjonction cognitive* qui évoque la rupture entre les émotions ressenties et les causes qui en sont à l'origine. La disjonction cognitive se manifeste dans le contenu du récit par la présence de l'ambivalence et de l'incertitude, de la colère et d'un repli sur soi ou d'une forme de retenue qui peut s'exprimer par l'introduction d'un délai dans l'histoire. La disjonction cognitive se manifeste dans le procédé par la présence de thèmes opposés et contradictoires, par une description très détaillée des scènes et par l'utilisation d'un langage passif, vague, parfois enfantin et comportant des qualificatifs marquant l'exagération. La troisième échelle évalue la présence des *systèmes ségrégués* qui sont codifiés lorsqu'il y a dans l'histoire une prédominance de thèmes de danger, d'impuissance, de dissociation (ex : parler à une personne décédée), d'isolation et de vide. Il peut y avoir intrusion de matériel traumatique de l'histoire personnelle du répondant, ou constriction, c'est-à-dire le refus ou l'incapacité à produire une histoire. Chaque histoire présentant des *systèmes ségrégués* est ensuite révisée afin de vérifier si la présence de ce contenu désorganise le narratif en le rendant incohérent et confus, ou si la personne présente des éléments d'action ou de réflexion témoignant d'un état d'esprit organisé.

L'ensemble des cotes accordées à chacune des échelles est ensuite utilisé afin d'assigner au répondant l'une des quatre classifications de l'état d'esprit à l'égard des relations d'attachement. Les individus classifiés comme ayant un attachement

sécurisé-autonome utilisent peu de processus défensifs et sont relativement cohérents. En général, les thèmes de leurs histoires décrivent une capacité de réflexion et d'exploration de leur monde intérieur, une capacité d'être en relation avec les autres et d'avoir des interactions dyadiques mutuellement satisfaisantes, ainsi qu'une capacité de faire appel aux figures d'attachement pour résoudre les difficultés.

Les individus ayant un attachement *détaché*, utilisent davantage l'exclusion défensive, en particulier la désactivation, c'est-à-dire qu'ils minimisent, normalisent, rejettent ou neutralisent les difficultés provenant des expériences, des sentiments ou des relations d'attachement. Leurs histoires sont modérément cohérentes. Il y a peu de contenu lié à l'attachement et les individus sont généralement présentés comme étant capable d'agir de façon effective. Il y a peu de descriptions d'interactions réciproques puisque les personnages sont fréquemment présentés comme suivant les stéréotypes prescrits par les rôles sociaux ou comme étant rejetés par les autres.

Les individus ayant un attachement *préoccupé*, ont recours à la disjonction cognitive qui se manifeste dans leurs histoires par des thèmes ou idées contradictoires, une abondance de détails non pertinents, de bafouillage et d'incertitude, ce qui conduit à de l'incohérence. Il y a également généralement absence de toutes formes de l'individu-agissant, une impossibilité de connexion aux autres et il arrive fréquemment qu'il y ait inclusion de références au soi dans l'histoire. Les relations décrites par les personnages sont généralement frustrantes et non satisfaisantes.

Les individus classifiés comme ayant un attachement désorganisé-non résolu ne contiennent pas ou ne résolvent pas les références aux systèmes ségrégués de leurs histoires, démontrant qu'ils n'ont pas intégré leurs peurs et expériences d'attachement

dangereuses en un modèle opératoire des représentations intégré et cohérent et qu'ils ne se perçoivent pas comme pouvant se protéger des dangers. Ces individus ont de la difficulté à agir, à réfléchir ou à utiliser l'aide extérieure pour résoudre ce contenu désorganisant.

Sur le plan psychométrique, le AAP a démontré une excellente validité de convergence avec le Adult Attachment Interview (AAI). La correspondance entre le AAP et le AAI obtenue par George et West (2001) est de 92% ($k = 0,75, p < 0,001$) pour les classifications sécurisés – insécurisés et de 85% ($k = 0,84, p < 0,001$) pour les quatre catégories (sécurisé-autonome, détaché, préoccupé et désorganisé-non résolu). Cette étude de validation comprenait 75 adultes provenant de trois échantillons différents dont deux à risque et un normatif. Le AAP possède également une très bonne fidélité interjuge. La fidélité interjuge pour les catégories sécurisé – insécurisé est de 0,93 ($k = 0,73, p < 0,001$) et de 0,86 ($k = 0,79, p < 0,001$) pour les quatre catégories (George et West, 2001). Dans notre échantillon, la codification du AAP a été effectuée par deux codificatrices formées par Carol George et Malcolm West et ayant obtenu une fidélité interjuge de plus de 80% avec ces derniers. La fidélité interjuge dans cette étude repose sur 33% des entrevues et est de 92% ($k = 0,87, p < 0,0001$). Les désaccords entre les codificatrices ont été résolus par une discussion menant à un consensus. Le manuel de codification du AAP n'a pas été validé en français.

La mesure de l'attachement selon l'approche de la psychologie sociale a été effectuée à l'aide du *Questionnaire sur les expériences d'attachement amoureux* (QEAA) qui est la version française du Experience in Close Relationships (ECR) de Brennan, Clark et Shaver (1998), version qui a été traduite et validée par Lafontaine et Lussier (2003). Le QEAA, dont l'administration prend environ 10 minutes, est un questionnaire composé de 36 items qui se répartissent selon deux

dimensions, soit *évitement* de l'intimité et *anxiété* face à l'abandon. Le participant répond aux items en fonction d'une échelle Likert en 7 points, allant de «fortement en désaccord» (1) à «fortement en accord» (7). Au cours des dernières années, plusieurs chercheurs en psychologie sociale ont privilégié cette conception bi-dimensionnelle plutôt que catégorielle de l'attachement, entre autres parce qu'elle permet de pallier au manque de puissance et de précision associée aux mesures catégorielles (Brennan, Clark et Shaver 1998). L'instrument de Brennan, Clark et Shaver a été utilisé dans plusieurs études récentes et présente d'excellentes qualités psychométriques (Fraley, 2002). Les coefficients alpha de Cronbach de la version française sont de 0,89 pour l'échelle d'évitement et de 0,89 pour l'échelle d'anxiété (Lafontaine et Lussier, 2003) comparativement à 0,94 et 0,91 pour la version américaine (Brennan, Clark et Shaver, 1998). Dans l'échantillon de la présente étude, les coefficients alpha obtenus avec le QEAA sont de 0,91 pour l'échelle d'évitement et de 0,87 pour l'échelle d'anxiété. Le QEAA présente l'avantage de permettre une classification des individus en fonction de celle proposée par Bartholomew et Horowitz (1991).

2.2.2 Mesures de la symptomatologie du stress post-traumatique

La symptomatologie de stress post-traumatique a été évaluée à l'aide d'un instrument auto-administré, le Impact of Event Scale, et d'une entrevue semi-structurée, le Clinician Administered for PTSD Symptoms.

Le Impact of Event Scale-Revised (IES-R) (Weiss et Marmar, 1997) est actuellement l'instrument le plus utilisé dans les études pour évaluer la symptomatologie post-traumatique. L'IES-R a été traduit en français et validé auprès d'une population francophone (Brunet *et al.*, 2003). Il s'agit d'un questionnaire composé de 22 items mesurant les symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hyperactivité neurovégétative au cours de la dernière semaine. Le participant répond aux items en fonction d'une échelle Likert en 5 points. L'administration de

l'instrument prend environ 10 minutes. Une étude récente auprès d'une population francophone dans la région de Paris a montré une fidélité test-retest satisfaisante pour cet échantillon, les coefficients de corrélations variant de 0,71 à 0,77 pour les trois sous-échelles et pour le score total ($p < 0.01$) (Brunet *et al.*, 2003). Pour l'échantillon de la présente étude les coefficients alpha de Cronbach pour l'intrusion, l'évitement et l'hyperactivité neurovégétative sont respectivement de 0,89, 0,88 et 0,91. Le coefficient alpha pour le score total est de 0,95.

Le Clinician Administered for PTSD Symptoms for DSM-IV (CAPS) (Blake *et al.*, 1995) est également très utilisé dans les études portant sur le TSPT, entre autres parce qu'il constitue une mesure objective permettant d'établir un diagnostic clinique selon les critères définis par le DSM-IV. Il s'agit d'une entrevue semi-structurée constituée de 30 items permettant de mesurer la symptomatologie de stress post-traumatique en fonction des symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hypervigilance. Les symptômes sont évalués selon leur fréquence et leur sévérité. Pour établir un diagnostic de TSPT, il faut minimalement un score de 3 pour les symptômes d'intrusion, de 9 pour les symptômes d'évitement et de 6 pour les symptômes d'hypervigilance, pour un score total minimal de 18. Une section du CAPS (CAPS checklist) permet également d'évaluer les événements traumatiques antérieurs. L'administration du CAPS prend environ 45 minutes. La fidélité interjuge sur les trois sous-échelles est de 0,92 (Blake *et al.*, 1995); Pour l'échantillon de la présente étude, les coefficients alpha de Cronbach pour l'intrusion, l'évitement et l'hypervigilance sont respectivement de 0,72, 0,77 et 0,53. L'alpha de Cronbach pour le score total est de 0,85. La validité de convergence est élevée avec les autres mesures de symptomatologie post-traumatique. L'instrument a été traduit par l'équipe de recherche sur le stress post-traumatique de l'hôpital Douglas selon les normes de traduction recommandées par le guide de validation transculturelle du RSMQ (Caron, 2000). La validation de cette version est actuellement en cours.

2.2.3 Mesures des stratégies comportementales de la régulation des émotions

Les stratégies de régulation des émotions, regroupées sous les dimensions «orientation de l'attention», «interprétation et évaluation» et «mobilisation du soutien social» ainsi que les instruments de mesures utilisés sont présentés dans le tableau 2.1

Tableau 2.1
Stratégies de régulation des émotions étudiées et instruments de mesure

Stratégies de régulation des émotions	Instruments de mesure
<p>Orientation de l'attention :</p> <p>1- Capacité de reconnaître et nommer l'émotion (Alexithymie)</p> <p>2- Évitement émotionnel</p> <p>3- Stratégies centrées sur l'émotion</p>	<p>- LEAS (Conscience émotionnelle)</p> <p>- PDEQ (Dissociation)</p> <p>- Échelle «évitement» du CISS</p> <p>- Échelle «distraction» du TCQ</p> <p>- SUBS (consommation de substances)</p> <p>- Échelle «émotions» du CISS</p> <p>- Échelle «punition» du TCQ</p> <p>- Échelle «inquiétudes» du TCQ</p>
<p>Évaluation et interprétation :</p> <p>1- Interprétation de la situation</p> <p>2- Interprétation des symptômes</p>	<p>- Échelle «réinterprétation» du TCQ</p> <p>- ASI (peur des symptômes d'anxiété)</p>
<p>Mobilisation de soutien social :</p> <p>1- Utilisation du soutien social</p> <p>2- Expression et communication</p> <p>3- Perception du soutien social</p>	<p>- Échelle «contrôle social» du TCQ</p> <p>- Échelle «diversion sociale» du CISS</p> <p>- EES (Expression des émotions)</p> <p>- échelle «dévoilement de soi» du SDQ</p> <p>- échelle «attentes face à parler» du SDQ</p> <p>- échelle de soutien social (SSS)</p> <p>- échelle de contraintes sociales (SCS)</p>

Le Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS) (Lane *et al.*, 1990) est un instrument semi-projectif mesurant la conscience émotionnelle définie par Lane et ses collègues par la capacité à décrire l'éprouvé émotionnel. Cette capacité est évaluée en fonction de cinq niveaux de conscience émotionnelle dérivés des stades du processus de symbolisation décrits par Piaget et Werner; 1) Le niveau *sensorimoteur-réflexe* où les émotions sont indifférenciées et leur description est limitée. L'individu rapporte surtout les réactions somatiques associées à l'émotion et s'en tient à une description des sensations physiques, par exemple «j'aurais mal au cœur» pour exprimer le dégoût. Il s'agit du niveau se rapprochant le plus de l'alexithymie; 2) Le niveau *sensorimoteur* se limite à une différenciation des états globaux de plaisir et de déplaisir se rapportant à l'émotion. L'individu utilise des mots à caractère émotionnel vague pour décrire ce qu'il ressent, par exemple «je suis bien» ou «je suis mal», ou des mots comportant une dimension d'action, par exemple «j'aurais envie de pleurer»; 3) Le niveau *préopératoire* est marqué par un répertoire restreint d'émotions unidimensionnelles par ailleurs différenciées et pouvant être complexes. La description de l'individu de son expérience émotionnelle est peu nuancée et se limite à une seule émotion, par exemple «je me sentirais ambivalent» pour référer à des émotions composites dont les dimensions ne sont pas spécifiées; 4) Le niveau *opératoire concret* est marqué par une expérience émotionnelle différenciée et nuancée où l'individu rapporte deux émotions représentant une expérience ou une intensité différente qui peuvent même être contradictoires, par exemple «je serais à la fois effrayée et en colère»; 5) Le niveau *opératoire formel* est marqué par un éventail élargi d'émotions nuancées, complexes et différenciées. L'individu décrit ses états émotionnels en faisant référence à plusieurs émotions variant en fonction de la qualité ou de l'intensité et peut distinguer clairement les réactions émotionnelles de deux protagonistes.

Le LEAS est une mesure de performance écrite où il est demandé au répondant de décrire quels seraient ses sentiments et ceux d'une autre personne dans

vingt situations différentes. L'administration du LEAS prend 20 minutes. La cotation du contenu verbal des réponses fournies est basée sur des critères précis visant à déterminer le degré de spécificité des mots utilisés pour décrire les émotions ainsi que l'éventail des émotions décrites dans chacune des situations. Une cote de 0 à 5 est attribuée pour évaluer séparément les sentiments du «Sujet» et ceux de l'«Autre», 5 représentant le niveau de conscience émotionnelle le plus élevé. La cote la plus élevée entre «Sujet» et «Autre» détermine un score total pour chacune des situations et l'addition des 20 scores permet d'obtenir un score global qui évalue la conscience émotionnelle sur une échelle continue de 0 à 100. Le coefficient de corrélation pour la fidélité interjuge a été établie à 0,84 et le coefficient alpha de Cronbach a été établi à 0,81 (Lane *et al.*, 1990). Dans la présente étude, le coefficient de corrélation pour la fidélité interjuge établie sur 28% des entrevues ($n = 10$) est de 0,73 ($p = 0,017$). La validité de construit de l'instrument a été évaluée par l'intermédiaire de huit études qui ont comparé les données obtenues par le LEAS avec celles obtenues par d'autres instruments de mesure (Bouthillier, 2002). Ces études supportent la validité de l'instrument en montrant des corrélats avec des instruments mesurant la reconnaissance faciale des émotions, la perception et la différenciation des émotions, les symptômes de somatisation et l'alexithymie (Berthoz *et al.*, 2000).

Le choix de cet instrument pour mesurer la capacité de reconnaître et nommer l'émotion est basé sur le fait qu'il constitue une mesure objective valide de l'alexithymie tout en offrant la possibilité de mesurer la conscience émotionnelle en fonction de différents niveaux. De plus, l'instrument est accessible en français et a été traduit et adapté par Berthoz et ses collègues (Berthoz *et al.*, 2000).

Le Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire (PDEQ) (Marmar, Weiss et Metzler, 1997) est actuellement l'instrument le plus utilisé pour mesurer en rétrospective les expériences de dissociation vécues durant un événement traumatique et dans les instants qui l'ont suivi. Le questionnaire prend cinq minutes à compléter et

est composé de 10 items dont voici quelques exemples: «les choses avaient l'air de se dérouler au ralenti», «c'est comme si j'étais le spectateur de ce qui m'arrivait, comme si je flottais au-dessus de la scène et l'observait de l'extérieur», «il y avait des moments où la perception que j'avais de mon corps était distordue et changée». Le participant doit répondre en fonction d'une échelle Likert en 5 points allant de «pas du tout» à «extrêmement». L'instrument a été traduit et validé en français par Birmes *et al.* (2005) et le coefficient alpha de Cronbach rapporté dans cette étude est de 0,79, ce qui est consistant avec les études antérieures (Marmar, Weiss et Metzler, 1997). Le coefficient alpha pour l'échantillon de la présente étude est de 0,77.

Le Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) (Endler et Parker, 1994) est un instrument auto-administré de 48 items permettant d'évaluer les stratégies de gestion du stress en fonction de 3 dimensions. La première dimension évalue les stratégies *orientées sur la tâche* qui décrivent les efforts pour résoudre un problème ou pour changer une situation en mettant l'accent sur la tâche, comme par exemple «je me concentre sur le problème et vois de quelle façon je peux le résoudre», «je détermine mes priorités». La seconde dimension évalue les stratégies *centrées sur les émotions* dans lesquelles l'attention est focalisée sur les réactions émotionnelles et les émotions négatives dans le but souhaité de réduire la détresse. L'individu est préoccupé par ses réactions physiques et psychologiques et se blâme et se punit pour ses réactions et ses émotions, comme par exemples «je suis préoccupée par ma douleur», «je me reproche de réagir trop fortement». La troisième dimension évalue les stratégies d'*évitement* qui décrivent les efforts pour éviter les situations stressantes, soit par la distraction, comme par exemple, «j'essaie de dormir», «je prends des vacances et m'échappe de la situation» ou par la diversion sociale, comme par exemple, «je rends visite à un ami», «je parle à quelqu'un dont j'estime les conseils».

Les participants répondent en fonction d'une échelle de fréquence de 5 points allant de «pas du tout» à «beaucoup». Les coefficients de corrélation pour la mesure de fidélité test-retest, avec un mois de délai, s'échelonnent de 0,51 à 0,73 selon les dimensions, ce qui indique que la mesure est stable. Les coefficients alpha de Cronbach pour l'échantillon de la présente étude sont de 0,89 pour les stratégies orientées sur la tâche, 0,76 pour les stratégies orientées sur l'émotion et 0,88 pour les stratégies orientées sur l'évitement, ce qui indique une bonne consistance interne. La validité de convergence avec les autres mesures de gestion du stress est bonne (Endler et Parker 1999). Le temps de passation du CISS est de 10 minutes. L'instrument a été traduit et adapté en français par Lussier (1999). Dans la présente étude, le CISS a été privilégié par rapport au Ways of Coping Checklist (Lazarus et Folkman, 1984) parce qu'il est plus robuste sur le plan psychométrique (Endler et Parker, 1994). De plus, la sous-dimension «diversion sociale» dans la catégorie des stratégies orientées sur l'évitement peut être utilisée pour mesurer le degré auquel l'individu mobilise son réseau social. Le CISS est également plus spécifiquement axée sur la gestion des situations stressantes.

Le Thought Control Questionnaire (TCQ) (Wells et Davis, 1994) est un questionnaire de 30 items qui mesure l'utilisation de cinq stratégies de contrôle de la pensée, soit la distraction, la punition, la réinterprétation, le contrôle social et le déplacement sur d'autres inquiétudes. Voici quelques exemples d'items associés à chacune de ces dimensions : 1) pour la distraction, «je pense à autre chose», «je me tiens occupé(e)»; 2) Pour la punition, «je me dis de ne pas être aussi stupide», «je suis fâché(e) contre moi d'avoir eu cette pensée»; 3) pour la réinterprétation, «je teste la validité de cette pensée», «j'essaie d'y penser différemment»; 4) pour le contrôle social, «je parle à un ami de cette pensée», «je cherche à savoir comment mes amis gèrent ce genre de pensées»; 5) pour le déplacement sur d'autres inquiétudes, «je porte mon attention sur d'autres pensées négatives», «je pense à des soucis antérieurs».

Les participants évaluent sur une échelle Likert allant de 1 (jamais) à 4 (la plupart du temps) la fréquence à laquelle ils utilisent la stratégie représentée par chacun des items. Les coefficients de corrélation pour la mesure de fidélité test-retest se situent entre 0,67 et 0,83 pour les dimensions ce qui indique que la mesure est stable (Wells et Davis, 1994). Les coefficients alpha de Cronbach de la version américaine sont de 0,72 pour la dimension «distraction», 0,79 pour la dimension «contrôle social», 0,71 pour la dimension «déplacement sur d'autres inquiétudes», 0,64 pour la «dimension punition» et 0,67 pour la dimension «réinterprétation». Pour l'échantillon de la présente étude, les coefficients alpha sont respectivement de 0,61, 0,55, 0,78, 0,75 et de 0,54. L'administration du TCQ prend 10 minutes. Le questionnaire a été traduit pour les besoins de l'étude selon les normes de traduction d'instruments de mesure recommandées par le guide de validation transculturelle du RSMQ (Caron, 2000). Parce que cet instrument offre une bonne mesure des stratégies de contrôle de la pensée, il a été utilisé dans plusieurs études portant sur différents troubles anxieux, dont le trouble de stress post-traumatique (Bryant, Moulds et Guthrie, 2001 ; Reynolds et Wells, 2000). Il offre également une mesure des stratégies de régulation axées sur la capacité à réinterpréter une situation et sur la recherche du soutien social (items de la dimension «contrôle social») qui sont des variables importantes dans la présente étude.

Le Substance Use Inventory (SUBS) (Ruzek et Cordova, 2000 ; non publié) est un questionnaire permettant d'évaluer la consommation de substances telle que rapportée par le répondant. Cet instrument est utilisé dans l'étude pour évaluer l'évitement émotionnel par l'intermédiaire de la consommation de substances. Les items portent sur la consommation de cigarettes, caféine, alcool, drogues et psychotropes pour contrôler l'anxiété, favoriser le sommeil ou augmenter l'énergie. Le répondant doit indiquer pour chacun des items s'il a utilisé cette substance au cours du dernier mois, en précisant la quantité quotidienne et en indiquant si sa consommation a augmenté depuis l'événement. Le coefficient alpha de Cronbach

pour l'échantillon de la présente étude est de 0,55. L'instrument a été traduit pour les besoins de l'étude selon les normes de traduction d'instruments de mesure recommandées par le guide de validation transculturelle du RSMQ (Caron, 2000) et est en cours de validation.

Le Anxiety Sensitivity Index (ASI) (Reiss *et al.*, 1986) est un questionnaire de 16 items évaluant l'attitude et la peur par rapport aux symptômes liés à l'anxiété. Voici quelques exemples d'items : «Il est important pour moi de ne pas paraître nerveux», «il est important pour moi de rester en contrôle de mes émotions», «ça me fait peur quand je suis incapable de garder mon attention sur une tâche», «ça me fait peur quand mon cœur bat rapidement». L'administration de l'ASI prend 5 minutes. Le participant doit répondre en fonction d'une échelle Likert en 5 points allant de «très peu» à «énormément». Un score élevé sur l'ASI révèle une peur élevée et une interprétation négative des symptômes d'anxiété. Les mesures de fidélité montrent que l'instrument a une bonne stabilité aux mesures test-retest (0,75) (Reiss *et al.*, 1986). Le coefficient alpha de Cronbach est de 0,88, ce qui indique une bonne consistance interne (Peterson et Heilbronner, 1987). Le coefficient alpha de Cronbach pour la présente étude est de 0,95. L'ASI a été traduit pour les besoins de l'étude selon les normes recommandées par le guide de validation transculturelle du RSMQ (Caron, 2000).

Le Emotional Expressivity Scale (EES) (Kring, Smith et Neale, 1994) est un questionnaire de 17 items permettant de mesurer le degré auquel les individus rapportent exprimer leurs émotions. En voici quelques exemples : «je ne peux pas cacher comment je me sens», «je suis capable de pleurer devant d'autres personnes», «je n'exprime pas mes émotions aux autres» (item inversé), «les gens pensent que je suis insensible» (item inversé). Les participants répondent en fonction d'une échelle Likert en 6 points allant de «jamais» à «toujours» et un score total élevé représente une capacité plus grande d'exprimer l'émotion. L'administration du EES prend 5

minutes. Les mesures de fidélité montrent que le EES a une bonne stabilité aux mesures test-retest (0,90). Le coefficient alpha de Cronbach rapporté dans une population normative est de 0,91, ce qui indique une bonne consistance interne. Le coefficient alpha pour l'échantillon de la présente étude est de 0,88. L'instrument a été traduit pour les besoins de l'étude selon les normes recommandées par le guide de validation transculturelle du RSMQ (Caron, 2000). Le EES a été utilisé dans plusieurs études et constitue une mesure valide de l'expression des émotions indépendamment de leur intensité (Kring, Smith et Neale, 1994).

Le Self-Disclosure Questionnaire (SDQ) (Ruzek et Cordova, 2000) est un questionnaire composé de 40 items mesurant quatre dimensions du dévoilement de soi: Le dévoilement de soi désiré, le dévoilement de soi réel, les attentes et les conséquences perçues reliées au dévoilement de soi. Le questionnaire utilise une échelle de fréquence s'échelonnant de 0 (pas du tout) à 4 (tout le temps). Le SDQ permet d'évaluer le degré auquel l'individu rapporte avoir parlé de ses émotions et/ou des faits relatifs au trauma à ses proches ou à d'autres personnes au cours de la dernière semaine. Le coefficient de consistance interne alpha de Cronbach pour l'échantillon de la présente étude est de 0,81. Le SDQ a été traduit en français pour les besoins de l'étude en suivant les normes de traduction recommandées par le guide de validation transculturelle du RSMQ (Caron, 2000). Le questionnaire est en cours de validation.

L'échelle de soutien social utilisée ici est la version française du Sources of Support Scale (SSS) (Kulka *et al.*, 1990) mesurant le soutien social perçu par un individu par l'intermédiaire de 10 items tels que «il y a quelqu'un vers qui vous pouvez vous tourner dans les moments de besoin» et «il y a quelqu'un à qui vous pouvez parler de vos problèmes». Le participant doit répondre en fonction d'une échelle Likert de 1 (pas du tout vrai) à 5 (tout à fait vrai). Un score élevé sur cette mesure est associé à une perception plus grande de soutien social. Le coefficient alpha

de Cronbach pour l'échantillon de la présente étude est de 0,95. Le questionnaire a été traduit en français pour les besoins de l'étude selon les normes de traduction du guide de validation transculturelle du RSMQ (Caron, 2000).

L'échelle de contraintes sociales, version française du Social Constraints Scale (SCS) de Ruzek (non publié), évalue la réponse de l'environnement social lorsqu'un individu veut parler de l'événement traumatique. Le questionnaire est composé de 15 items tels que «au cours de la dernière semaine, quand vous avez voulu parler de l'événement, est-ce arrivé qu'un proche ait banalisé ou minimisé vos difficultés?». Le participant répond aux items en fonction d'une échelle Likert de 1 (jamais) à 4 (souvent). Le coefficient alpha de Cronbach pour l'échantillon de la présente étude est de 0,91. Le questionnaire a été traduit pour les besoins de l'étude selon les normes de traduction du guide de validation transculturelle du RSMQ (Caron, 2000).

2.2.4 Mesures des variables contrôles

La sévérité objective de l'événement a été évaluée à l'aide d'une section du Potential Stressful Event Interview (PSEI) (Kilpatrick, Resnick et Freedy, 1991). Le PSEI consiste en une entrevue semi-structurée qui permet de mesurer la sévérité objective d'un événement traumatique en fonction du niveau d'exposition et en fonction de facteurs tels les blessures et les séquelles physiques, le nombre de morts impliqués et le caractère imprévisibilité de l'événement. La sévérité de l'événement est également mesurée en fonction de la perception subjective de l'individu et de ses réactions émotionnelles et physiologiques au moment de l'événement. Le coefficient alpha est de 0,86. La sous-échelle évaluant la sévérité objective de l'événement sera utilisée dans la présente étude et a été traduite en français selon les normes de traduction recommandées par le guide de validation transculturelle du RSMQ (Caron,

2000). Un score bas sur cette sous-échelle indique un niveau élevé de sévérité objective de l'événement.

2.3 Procédure

La procédure générale de l'étude ainsi que le formulaire de consentement ont été approuvés par le comité d'éthique du centre universitaire de santé McGill (CUSM), auquel est rattaché le centre de recherche de l'hôpital Douglas, ainsi que par les comités d'éthiques de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et de l'Hôpital Général de Montréal. Avec la collaboration du personnel des deux urgences hospitalières, les participants ont été recrutés dans les 72 heures suite à l'exposition à un événement traumatique. Une brève rencontre a alors été effectuée avec les participants afin d'évaluer leur éligibilité sur la base du critère A du TSPT et des critères d'inclusion et d'exclusion déjà mentionnés, d'obtenir leur consentement pour participer à l'étude et de compléter un court questionnaire médical ainsi qu'un questionnaire sociodémographique. Des envois postaux ont été faits à 4 semaines et à 8 semaines post-trauma et les participants ont complété puis retourné par la poste différents questionnaires mesurant leur niveau d'ajustement psychosocial, leurs symptômes de stress post-traumatiques ainsi que leurs stratégies de régulation des émotions. Une entrevue d'une durée de deux heures a été effectuée 12 semaines après l'événement pour ré-évaluer la symptomatologie de stress post-traumatique et mesurer les modèles d'attachement.

Le tableau 2.2 présente les instruments utilisés en fonction des différents temps de mesure.

Tableau 2.2
Temps de mesure et instruments utilisés

Instruments de mesure	Temps 1 (72 hrs)	Temps 2 (4 sem.)	Temps 3 (8 sem.)	Temps 4 (12 sem.)
Formulaire de consentement	X			
Questionnaire socio-démographique	X			
Symptômes stress post-traumatique:	X			
1- IES-R		X	X	X
2- CAPS				X
Attachement:				
1- AAP				X
2- QEAA				X
Régulation des émotions :				
1- LEAS			X	
2- TCQ			X	
3- CISS			X	
1- PDEQ	X			
1- ASI			X	
6- EES			X	
7- SDQ			X	X
8- SUBS		X	X	X
9- SSS			X	
10- SCS			X	
PSEI (sévérité objective du trauma)				X
Trauma History Checklist				X

Les mesures de symptomatologie de stress post-traumatique ont été prises à 4, 8 et 12 semaines après l'événement à l'aide du questionnaire IES-R, alors que le CAPS a été administré uniquement à 12 semaines après l'événement. L'avantage du CAPS par rapport au IES-R est qu'il permet d'établir un diagnostic de TSPT chronique pour lequel les symptômes doivent avoir été présents pour une durée minimale de trois mois.

Les mesures d'attachement ont été administrées 12 semaines après l'événement, entre autres pour qu'elles soient prises de façon concomitante au CAPS

et au diagnostic de TSPT chronique, mais aussi pour éviter un risque potentiel de contamination si la passation du AAP a lieu trop rapidement après l'événement traumatique. Cette décision a été prise suite à une communication personnelle avec l'auteur de l'instrument qui n'exclut pas la possibilité que la stabilité de l'attachement soit influencée par l'événement traumatique et qui suggère, par mesure de précaution, d'introduire un délai entre l'événement traumatique et l'entrevue. D'un commun accord avec l'auteur, nous avons conclu que le risque de contamination est potentiellement moins important 3 mois après l'événement.

Finalement, sauf pour le questionnaire sur la consommation de substances et le questionnaire évaluant la dissociation au moment de l'événement (PDEQ), les mesures de régulation des émotions ont été prises 8 semaines post-trauma, entre autres pour des considérations éthiques. L'entrevue à 12 semaines étant déjà assez chargée et compte tenu de la détresse pouvant être vécue par les participants, il a été jugé qu'il serait trop demandant pour eux d'ajouter à ce temps de mesure les questionnaires de régulation des émotions ainsi que la passation du LEAS. Cette décision a été prise en toute conscience du risque potentiel que les mesures fluctuent entre 8 et 12 semaines et que l'association que nous cherchons à établir entre les mesures de régulation des émotions et l'attachement en soit affectée. Il est possible par ailleurs, contrairement au AAP, que les mesures de régulation des émotions soient plus révélatrices en étant prises plus rapidement après l'événement puisque le stress peut susciter l'activation des stratégies naturelles des individus.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

3.1 Analyses préliminaires

Des analyses descriptives ont été effectuées afin d'examiner les caractéristiques de l'échantillon en fonction des modèles d'attachement et des symptômes de stress post-traumatique. Des analyses ont également été conduites afin de vérifier si les variables sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'éducation, statut marital) ainsi que le niveau de sévérité objective de l'événement doivent être considérées comme covariables dans les analyses principales.

3.1.1 Distribution des modèles d'attachement

Le tableau 3.1 présente la distribution des modèles d'attachement tels que mesurés par le Adult Attachment Projective (AAP).

Tableau 3.1
Distribution de l'échantillon en fonction des 4 modèles
de l'attachement mesurés par le AAP

	Sécurisé		Préoccupé		Détaché		Désorganisé		Total
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Total	10	28	7	19	4	11	15	42	36

Il n'y a pas à ce jour de données normatives obtenues avec le AAP permettant de comparer les distributions de l'échantillon avec celles d'une population normative. Cependant, la forte convergence entre le AAP et le AAI autorise à utiliser les données du AAI pour comparer la distribution de l'échantillon avec celle provenant d'une population normative. Une comparaison de la présente distribution avec les distributions recueillies dans une méta-analyse de van IJzendoorn et Bakermans-Kranenburg (1996), regroupant différentes études utilisant le AAI, révèle que la distribution des modèles d'attachement de l'échantillon de la présente étude correspond davantage à ce qui est observé dans la population clinique que dans la population normative. Il y a en effet dans l'échantillon un pourcentage élevé de participants ayant un modèle d'attachement désorganisé (42%), ce qui se rapproche davantage de la proportion observée par van IJzendoorn et Bakermans-Kranenburg dans la population clinique (40%) que de celle observée dans la population normative (18%). Le pourcentage de participants ayant un modèle d'attachement sécurisé est également moins élevé dans notre échantillon (28%) que dans la population normative (56%).

Le tableau 3.2 présente la distribution dans l'échantillon des styles d'attachement tels que mesurés par le questionnaire sur les expériences d'attachement amoureux (QEAA).

Tableau 3.2
Distributions en fonction des 4 catégories de
l'attachement mesurées par le QEAA

	Sécurisé		Ambivalent		Évitant		Craintif		Total
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Total	20	56	6	17	5	14	3	8	34

La comparaison entre la distribution des catégories de l'attachement mesurées par le QEAA et celle du AAP montre que la prévalence de l'attachement sécurisé est nettement plus saillante lorsque l'attachement est évalué par le QEAA (56%) que lorsqu'il est évalué par le AAP (28%). Une analyse de Khi carré a été effectuée pour examiner la convergence entre les deux mesures. Pour pouvoir procéder à cette analyse, nous avons regroupé les catégories de l'attachement en attachement sécurisé et insécurisé.

Le tableau 3.3 présente les résultats de l'analyse de convergence entre des mesures sur l'attachement dichotomisé sécurisé-insécurisé.

Tableau 3.3
Convergence entre le AAP et le QEAA
sur l'attachement dichotomisé sécurisé-insécurisé

		QEAA			
		Sécurisé		Insécurisé	
<i>n</i> = 34		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
AAP	Sécurisé	4	40	6	60
	Insécurisé	16	67	8	33

Le tableau révèle que 60% des participants qui ont un attachement sécurisé selon le AAP rapportent un attachement insécurisé sur le questionnaire, et 67% des participants dont l'attachement est insécurisé selon le AAP rapportent un attachement sécurisé sur le QEAA. L'analyse de χ^2 révèle qu'il n'y a pas d'association significative entre les deux mesures $\chi^2(1, n = 34) = 2,07, n.s.$

3.1.2 Transformation des modèles de l'attachement en index de sécurité de l'attachement

En raison du nombre limité de participants et de la faible représentation de chacun des modèles d'attachement dans l'échantillon, il a été décidé, afin d'augmenter la puissance des analyses statistiques, d'utiliser une échelle continue évaluant le degré de sécurité de l'attachement. Cette échelle est créée à partir d'un score composite obtenu par la somme des scores des deux principales dimensions du AAP : *L'individu-agissant*, qui représente un indice de régulation émotionnelle et d'intériorisation de la figure d'attachement, et *la cohérence* du discours, qui représente un indice d'intégration de l'expérience émotionnelle et d'organisation sécurisée de l'attachement. Les études empiriques ont montré que ce sont ces deux dimensions qui permettent le mieux de prédire les catégories de l'attachement (George et West, 2001). Les coefficients de corrélation évaluant l'accord interjuge sur *l'individu-agissant* et sur *la cohérence* sont respectivement de 0,82 ($p < 0,001$) et de 0,67 ($p < 0,05$). Le score composite obtenu par la somme de ces deux dimensions fournit un index de sécurité sur une échelle de 0 à 4

Pour s'assurer de la validité de l'index de sécurité obtenu, une analyse de la variance a été effectuée permettant de le comparer aux quatre catégories d'attachement. Les résultats de l'ANOVA et des tests a posteriori montrent que, comparativement aux participants qui ont un modèle d'attachement insécurisé, les

individus qui ont un modèle d'attachement sécurisé ont un score plus élevé sur l'index de sécurité ($F(1,35) = 9,82, p < 0,001$). Ces résultats confirment que le modèle sécurisé se distingue des autres modèles sur l'index de sécurité et que celui-ci représente bien le degré de sécurité de l'attachement.

Dans la même optique, les échelles continues d'*anxiété* et d'*évitement* du QEAA seront utilisées dans les analyses plutôt que les catégories d'attachement. Il importe de mentionner qu'une analyse corrélationnelle ne révèle aucune corrélation significative entre le score composite du AAP et les sous-échelles *anxiété* et *évitement* du QEAA.

Des analyses descriptives ont été effectuées dans le but de vérifier la présence d'une association entre la sécurité de l'attachement, tel que mesurée par les échelles continues du AAP et du QEAA, et les variables sociodémographiques. Des test-*t* indépendants révèlent qu'il n'y a aucune différence significative entre les hommes et les femmes quant à la sécurité de l'attachement. Des analyses de variance univariées (ANOVAS) ne révèlent aucune différence quant à la sécurité de l'attachement en fonction du revenu, du niveau d'éducation, ou du statut marital. Il n'y a également aucune corrélation significative entre la sécurité de l'attachement et l'âge.

3.1.3 Caractéristiques de l'échantillon en fonction de la symptomatologie de stress post-traumatique

Le tableau 3.4 présente les proportions de participants ayant reçu un diagnostic de TSPT au CAPS trois mois après l'événement en fonction du sexe.

Tableau 3.4
Proportion des participants rapportant un
TSPT trois mois post-trauma

	TSPT				Total
	Non		Oui		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Hommes	16	80	4	20	20
Femmes	11	69	5	31	16
Total	27	75	9	25	36

La prévalence du diagnostic de TSPT dans l'échantillon (25%) correspond à ce qui est observé dans les études épidémiologiques (Kessler *et al.*, 1995; Breslau *et al.*, 1998). Des analyses de χ^2 ne révèlent pas de différence significative entre les hommes et les femmes sur le diagnostic de TSPT $\chi^2 (1, n = 36) = 0,6$, n.s. et indiquent que le diagnostic ne varie pas non plus en fonction des autres variables sociodémographiques.

Malgré la faible proportion de participants rencontrant les critères de TSPT trois mois après l'événement traumatique ($n = 9$), il importe de noter que 77,8% des participants ($n = 28$) rencontrent le critère d'intrusion selon le CAPS trois mois après l'événement, 64% ($n = 23$) rencontrent le critère d'hypervigilance, et 44% ($n = 16$) rencontrent le critère d'évitement. Une large proportion des participants manifeste donc toujours des symptômes de stress post-traumatique après trois mois, même si les critères diagnostiques du TSPT ne sont pas tous rencontrés.

Les symptômes de stress post-traumatique ont également été évalués par le IES-R un mois et trois mois après l'événement. La convergence entre les deux mesures de symptomatologie (IES-R et CAPS) est assez élevée (Pour $n = 36$:

Intrusion : $r = 0,6$, $p = 0,001$; Évitement : $r = 0,51$, $p = 0,002$; Hypervigilance : $r = 0,78$, $p = 0,001$; Score total : $r = 0,73$, $p = 0,001$). La mesure répétée du IES-R permet d'évaluer l'évolution de la symptomatologie post-traumatique entre les deux temps de mesure. Des tests- t pairés comparant les moyennes au temps 2 (1 mois) ($m = 37,26$) avec celles au temps 4 (3 mois) ($m = 31,24$) sur le IES-R révèlent une diminution significative des symptômes entre les deux temps de mesure pour l'échantillon global $t(33) = 2,32$, $p = 0,03$.

La différence au niveau de la diminution des symptômes entre le temps 2 et le temps 4 semble être cependant plus marquée chez les femmes que chez les hommes. En effet, des tests- t comparant les moyennes aux deux temps de mesure sur le IES-R pour chaque sexe montrent une diminution presque significative des symptômes chez les femmes (m t2 = 39,27; m t4 = 33,73), $t(14) = 1,92$, $p = 0,07$, alors que la diminution des symptômes semble moins importante chez les hommes (m t2 = 35,68; m t4 = 29,26), $t(18) = 1,55$, $p = 0,14$. Les femmes rapportent un peu plus de symptômes au temps 2 ($m = 39,27$, $é.t.$ = 22,07, $n = 15$) que les hommes ($m = 35,68$, $é.t.$ = 19,29, $n = 19$), mais la différence mesurée par une ANOVA n'est pas significative.

Finalement, le CAPS permettant d'évaluer l'histoire des traumatismes antérieurs, nous observons que 28% des participants de l'échantillon ($n = 10$) rapportent avoir vécu un événement traumatique durant l'enfance ou l'adolescence, et 15% des participants ($n = 5$) rapportent avoir été abusés sexuellement par un proche durant cette période. Les femmes rapportent en général plus d'événements traumatiques que les hommes au cours du développement (38% des femmes ($n = 5$) pour 25% des hommes ($n = 5$)) et rapportent également plus d'exposition à un abus sexuel perpétré par un proche (31% des femmes ($n = 4$) pour 5% des hommes ($n = 1$)).

3.1.4 Caractéristiques de l'échantillon sur les mesures de la régulation des émotions

En ce qui a trait aux mesures de régulation des émotions, des comparaisons entre les hommes et les femmes ont été effectuées pour vérifier s'il y a des différences significatives en fonction du genre. Des analyses de test-*t* indépendants montrent une différence significative au niveau de l'expression émotionnelle mesurée par le EES (Emotional Expressivity Scale), les femmes rapportant exprimer davantage leurs émotions ($m = 70.38$, $é.t. = 11.84$) que les hommes ($m = 58.57$, $é.t. = 10.81$), $t(35) = -3,37$, $p = 0.002$. Une différence presque significative entre les hommes et les femmes est également observable quant à l'utilisation des stratégies de régulation orientées sur les émotions négatives telles que mesurées par le CISS (Coping Inventory for Stressful Situations), les femmes utilisant davantage ce type de stratégie ($m = 49.94$, $é.t. = 10.25$) que les hommes ($m = 44.70$, $é.t. = 7.49$), $t(34) = -1,72$, $p = 0.08$. Il n'y a pas d'autre différence significative entre les hommes et les femmes sur les autres mesures de régulation émotionnelle.

Le questionnaire sur la consommation de substances complété au temps 2 (1 mois) et au temps 4 (3 mois) nous permet de mesurer l'évolution de cette stratégie de régulation émotionnelle entre les deux temps de mesure pour l'échantillon total ainsi qu'en fonction du sexe. Des analyses de test-*t* pairés montrent une augmentation significative de la consommation de substances entre 1 mois ($m = 13.33$, $é.t. = 16.79$) et 3 mois ($m = 23.39$, $é.t. = 24.27$) post-trauma pour l'échantillon global $t(35) = 3.24$, $p = 0.003$. Les résultats sont également plus élevés sur les questions relatives à l'augmentation de la consommation depuis l'événement au temps 4 ($m = 0.58$, $é.t. = 0.19$) qu'au temps 2 ($m = 0.33$, $é.t. = 0.12$) (augmentation presque significative : $t(35) = 1.95$, $p = 0.06$). Des test-*t* indépendants comparant les hommes et les femmes au temps 2 montrent une différence presque significative entre les hommes et les femmes au niveau de la consommation de substance, les hommes rapportant une plus

grande consommation ($m = 18.05$, $\acute{e}.t. = 4.45$) que les femmes ($m = 7.44$, $\acute{e}.t. = 2.38$), $t(34) = 1.96$, $p = 0.06$. Cette différence n'est plus aussi probante au temps 4.

3.1.5 Lien entre la sévérité objective de l'événement et les symptômes de stress post-traumatique.

En ce qui a trait à la sévérité de l'événement telle que mesurée par la sous-échelle du Potential Stressful Event Interview (PSEI), les résultats des analyses descriptives montrent une moyenne de 23 pour l'échantillon total, avec un écart type de 3, ce qui indique qu'il y a peu de variation entre les participants au niveau de la sévérité rapportée.

Des analyses corrélationnelles et des analyses de variance (ANOVA) ont été conduites afin d'examiner le lien entre la sévérité de l'événement et les symptômes de stress post-traumatiques évalués par le IES-R (T4), ainsi que le diagnostic de TSPT formulé par le CAPS (T4). Ni les analyses corrélationnelles, ni les analyses de variance n'ont montré des résultats significatifs. La variable «sévérité objective de l'événement» ne sera donc pas retenue dans les analyses principales.

3.2 Résultats relatifs aux questions de recherche

Les deux premières questions de recherche sont examinées dans le cadre d'une étape préliminaire descriptive et exploratoire visant à vérifier les liens entre les variables à l'étude, ainsi qu'à faire émerger les prédicteurs qui seront retenus pour examiner la troisième question de recherche testant un modèle de médiation.

3.2.1 Première question de recherche : degré de sécurité de l'attachement et symptomatologie de stress post-traumatique

La première question de recherche porte sur l'étude du lien entre le degré de sécurité de l'attachement et la symptomatologie de stress post-traumatique. Il est attendu que plus les individus ont un attachement sécurisé, moins ils manifesteront de symptômes de stress post-traumatique.

Les tableaux 3.5 et 3.6 présentent les résultats des analyses corrélationnelles examinant le lien entre l'attachement, mesuré par l'index de sécurité du AAP et les dimensions *évitement* et *anxiété* du QEAA, et la symptomatologie de stress post-traumatique mesurée par le Impact of Event Scale-Revised (IES-R) un mois et trois mois post-trauma (tableau 3.5) ainsi que par le Clinician Administered for PTSD Symptoms (CAPS) trois mois post-trauma (tableau 3.6).

Tableau 3.5
Corrélations entre les mesures du degré de sécurité de l'attachement et les symptômes de TSPT mesurés par l'IES-R 1 mois (T2) et 3 mois (T4) post-trauma

<i>n</i> = 36	IES-R Score total		IES-R Intrusion		IES-R Évitement		IES-R Hypervigilance	
	T2	T4	T2	T4	T2	T4	T2	T4
AAP Index	-0,39*	-0,51**	-0,34	-0,47**	-0,35*	-0,44**	-0,44**	-0,51**
QEAA Évitement	0,14	0,14	0,08	0,08	0,14	0,08	0,15	0,11
QEAA Anxiété	0,01	0,15	-0,12	0,13	0,03	0,13	0,12	0,21

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Tableau 3.6
Corrélations entre les mesures du degré de sécurité de l'attachement et les symptômes de TSPT mesurés par le CAPS 3 mois (T4) post-trauma.

<i>n</i> = 36	CAPS Score total	CAPS Intrusion	CAPS Évitement	CAPS Hypervigilance
AAP Index	-0,27	-0,22	-0,04	-0,49**
QEAA Évitement	0,3 ^t	0,17	0,39**	0,15
QEAA Anxiété	0,17	0,01	0,09	0,35*

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

^t $p < 0,1$

Les résultats du tableau 3.5 révèlent une corrélation négative significative entre l'index de sécurité du AAP et le score total du IES-R (temps 4), suggérant que plus les individus ont un score élevé sur l'index de sécurité de l'attachement, moins ils rapportent de symptômes de stress post-traumatique trois mois après l'exposition à l'événement. Les corrélations négatives sont également significatives entre le AAP et les 3 sous-échelles du IES-R (intrusion, évitement et hypervigilance), suggérant que le lien inversé entre le degré de sécurité de l'attachement et la symptomatologie s'applique à toutes les dimensions de la symptomatologie du stress post-traumatique.

Sauf en ce qui concerne l'intrusion, les corrélations négatives sont également significatives entre l'index de sécurité du AAP et les mesures du IES-R recueillies un mois après l'événement (temps 2). Les corrélations sont cependant moins élevées que celles entre le AAP et les mesures du IES-R 3 mois après l'événement.

Le tableau 3.6 révèlent des corrélations négatives significatives entre la dimension hypervigilance du CAPS et l'index de sécurité du AAP (r de Pearson = -0,49, $p = 0,003$, $n = 36$). Par ailleurs, les résultats d'une analyse de variance univariée (ANOVA) montrent qu'il n'y a pas de différence entre les participants qui

rencontrent le diagnostic de TSPT et ceux qui n'ont pas de TSPT au niveau du degré de sécurité de l'attachement mesuré par le AAP, $F(1,35) = 0,55, p = 0,46$.

Les analyses ne révèlent aucune corrélation significative entre les dimensions *anxiété* et *évitement* du QEAA et le score total ou les sous-échelles intrusion, évitement et hypervigilance du IES-R aux temps 2 et 4. Les résultats d'une analyse de variance univariée (ANOVA) montrent qu'il n'y a pas non plus de différence entre la présence ou l'absence d'un TSPT tel que mesuré par le CAPS trois mois post-trauma sur la dimension *évitement*, $F(1,33) = 0,54, p = 0,22$, ou sur la dimension *anxiété* du QEAA, $F(1,33) = 1,69, p = 0,2$. Par ailleurs, il y a une corrélation positive significative entre la sous-échelle évitement du CAPS et la dimension *évitement* du QEAA ($r = 0,39, p = 0,02$), de même qu'entre la sous-échelle hypervigilance du CAPS et la dimension *anxiété* du QEAA ($r = 0,35, p = 0,05$). Les résultats montrent également une corrélation presque significative entre la dimension *évitement* du QEAA et le score total au CAPS ($r = 0,303, p = 0,08$). Ces résultats indiquent que plus les individus rapportent un score élevé sur la dimension *anxiété* du QEAA, plus ils rapportent des symptômes d'hypervigilance tels que mesurés par le CAPS, et plus les individus rapportent un score élevé sur la dimension *évitement* du QEAA, plus ils rapportent des symptômes d'évitement ainsi qu'une tendance à un score total plus élevé sur le CAPS.

Des analyses ont également été effectuées afin de vérifier le lien entre la sécurité de l'attachement et l'évolution de la symptomatologie entre le temps 2 et le temps 4. Il est attendu que plus les individus ont un score élevé sur l'index de sécurité de l'attachement du AAP, ou plus ils ont un score bas sur les dimensions du QEAA, plus la diminution des symptômes entre les deux temps de mesure sera importante. Quatre nouvelles variables ont été créées par la soustraction de IES-R temps 2 et IES-R temps 4 sur le score total, l'intrusion, l'évitement et l'hypervigilance, et des analyses corrélationnelles bivariées ont été effectuées entre ces nouvelles variables et

l'index de sécurité du AAP et les dimensions *anxiété* et *évitement* du QEAA. Les corrélations ne sont pas significatives.

3.2.2 Deuxième question de recherche : degré de sécurité de l'attachement et stratégies de régulation des émotions

La seconde question de recherche porte sur l'étude du lien entre le degré de sécurité de l'attachement et les stratégies de régulation des émotions utilisées dans la gestion des symptômes de stress post-traumatiques.

Au niveau des stratégies se rapportant à l'orientation de l'attention, il est attendu que plus les individus ont un degré élevé de sécurité de l'attachement, représenté par un score élevé sur l'index de sécurité du AAP, ou un score bas sur les dimensions du QEAA, 1) plus ils auront accès à leur expérience émotionnelle et pourront reconnaître et nommer leurs émotions, 2) moins ils utiliseront des stratégies axées sur différentes formes d'évitement cognitif (distraction, dissociation) et comportemental (mesuré ici par la consommation de substances), 3) et moins ils utiliseront de stratégies centrées sur les émotions négatives (punition, blâme, déplacement sur d'autres inquiétudes).

Des analyses corrélationnelles bivariées ont été effectuées entre les échelles d'attachement du AAP et du QEAA et les mesures de stratégies de régulation se rapportant à l'orientation de l'attention. Le tableau 3.7 (p.84) illustre les résultats de ces analyses.

Les résultats révèlent une corrélation négative significative entre le AAP et la sous-échelle du Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) mesurant les stratégies de régulation centrées sur les émotions $r = -0,47$, $p = 0,004$, suggérant que plus les participants ont un score élevé sur l'index de sécurité de l'attachement du

AAP, moins ils utilisent des stratégies centrées sur les émotions (blâme, auto-punition) et moins ils portent leur attention sur les émotions négatives (par exemple, «je me concentre sur l'insuffisance de mes ressources», «Je me reproche de réagir trop fortement»).

Tableau 3.7
Corrélations entre les mesures de sécurité de l'attachement et les stratégies de régulation des émotions se rapportant à l'orientation de l'attention

	AAP Index	QEAA	
		Évitement	Anxiété
LEAS (conscience émotions)	-0,19	-0,08	0,29
PDEQ (Dissociation)	-0,11	0,12	0,39*
TCQ			
échelle «distraction»	-0,17	-0,01	-0,06
échelle «inquiétudes»	0,18	0,28	0,25
échelle «punition»	0,04	0,34*	0,29 ^t
CISS			
échelle «émotion»	-0,46**	0,08	0,19
échelle «distraction»	-0,01	-0,04	-0,11
Consommation subs. (T3)			
Score total (T3)	-0,44**	0,12	0,23
Augmentation depuis l'événement (T3)	-0,54**	0,14	0,42*

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

^t $p < 0,1$

Les résultats révèlent également une corrélation négative significative entre la consommation de substances mesurée au temps 3 et le niveau de sécurité de l'attachement mesuré par le AAP, suggérant que plus les participants ont un score élevé sur l'index de sécurité de l'attachement, moins ils consomment de substance (cigarettes, caféine, alcool, drogues, médicaments) $r = -0,44$, $p = 0,009$, et moins ils

rappellent une augmentation de leur consommation depuis l'événement $r = -0,54, p = 0,001$. Les résultats montrent également que plus les individus ont un score élevé sur la dimension *anxiété* du QEAA, plus ils rapportent une augmentation de leur consommation de substances depuis l'événement $r = 0,42, p = 0,01$.

La consommation de substances ayant également été mesurée au temps 2 et au temps 4, des analyses ont été conduites afin de vérifier s'il y a une association entre le degré de sécurité de l'attachement et l'augmentation de la consommation de substance entre les deux temps de mesure. Une variable a été créée en soustrayant le SUBS au temps 2 du SUBS au temps 4 et une analyse corrélacionnelle a été effectuée entre cette nouvelle variable, représentant l'amplitude de la différence entre les deux temps de mesure, et l'index de sécurité du AAP. Les résultats révèlent qu'il y a une corrélation négative significative entre la sécurité de l'attachement et l'augmentation de la consommation de substances entre les deux temps de mesure $r = -0,59, p = 0,001$.

Ces résultats sont supportés par des analyses de test-*t* pairés comparant la consommation de substances au temps 2 et au temps 4 chez les individus rapportant un attachement sécurisé et ceux rapportant un attachement insécurisé tel que mesuré par le AAP. Les résultats montrent une différence significative entre les deux temps de mesure pour l'attachement insécurisé $t(26) = 3,63, p = 0,001$ ($mT2 = 12,46, mT4 = 26,65, n=26$). La différence n'est pas significative pour l'attachement sécurisé $t(10) = -0,28, p = 0,79$ ($m T2 = 14,9, mT4 = 15,6, n = 10$).

La figure 3.1 illustre l'évolution du niveau de consommation de substances entre un mois et trois mois post-trauma en fonction de l'attachement dichotomisé sécurisé-insécurisé mesuré par le AAP

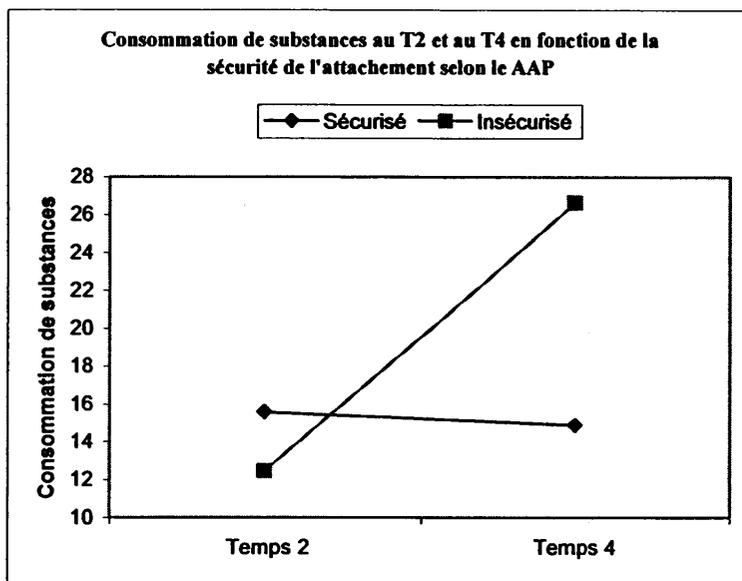


Figure 3.1 Évolution du niveau de consommation de substances entre 1 mois et 3 mois post-trauma en fonction de l'attachement dichotomisé sécurisé-insécurisé évalué par le AAP.

En ce qui concerne les analyses faites sur les dimensions d'attachement *anxiété* et *évitement* du QEAA, les résultats révèlent des corrélations positives significatives entre l'évitement et la sous-échelle «punition» du Thought Control Questionnaire (TCQ) $r = 0,34, p = 0,05$, suggérant que plus les individus ont un score élevé sur l'évitement du QEAA, plus ils utilisent des stratégies orientées sur le blâme et l'auto-punition telles que mesurées par le TCQ (par exemple, «Je me dis de ne pas être aussi stupide», «Je m'en veux d'avoir eu cette pensée»). Les résultats révèlent une tendance semblable pour les individus qui ont un score élevé sur la dimension *anxiété* du QEAA, bien que la corrélation ne soit pas significative ($r = 0,29, p = 0,09$).

Les résultats ne révèlent aucune corrélation significative entre l'index de sécurité de l'attachement du AAP et les stratégies de régulation orientées sur l'évitement telles que mesurées par le Peritraumatic Dissociative Experience

Questionnaire (PDEQ), par les sous-échelles «distraction» et «inquiétudes» du TCQ et par l'échelle d'évitement du CISS. Il y a par contre une corrélation significative entre le PDEQ et la dimension *anxiété* du QEAA ($r = 0,39, p = 0,02$) indiquant que plus les individus ont un score élevé sur cette dimension de l'attachement, plus ils ont expérimenté des symptômes de dissociation au moment du trauma.

Il n'y a aucune corrélation significative entre l'index de sécurité du AAP ou les dimensions *évitement* et *anxiété* du QEAA et le niveau de conscience émotionnelle tel qu'évalué par le Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS).

Au niveau des stratégies se rapportant à l'évaluation et l'interprétation de la situation et des symptômes, il est attendu que plus les individus ont un degré élevé de sécurité d'attachement, ou un score bas sur les dimensions du QEAA, plus ils utiliseront des stratégies axées sur la réinterprétation de la situation et moins ils craindront leurs symptômes. Des analyses corrélationnelles bivariées ont été effectuées afin de vérifier ces hypothèses. Le tableau 3.8 présente les résultats de ces analyses.

Tableau 3.8

Corrélations entre les mesures de sécurité de l'attachement et les stratégies de régulation des émotions se rapportant à l'interprétation et l'évaluation

	AAP Index	QEAA Évitement	QEAA Anxiété
TCQ échelle «réinterprétation»	0,24	0,38*	0,42*
ASI	-0,29 ^t	0,112	0,34*

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

^t $p < 0,1$

Les résultats indiquent que la corrélation entre le AAP et l'échelle «réinterprétation» du TCQ n'est pas significative. Les corrélations entre les dimensions *évitement* et *anxiété* du QEAA et l'échelle «réinterprétation» du TCQ sont cependant toutes les deux significatives indiquant, contrairement aux attentes, que plus les individus rapportent un score élevé sur ces deux échelles, plus ils utilisent la réinterprétation comme stratégie de régulation des émotions (par exemple, «J'analyse cette pensée de façon rationnelle», «J'essaie d'y penser différemment»).

Les résultats indiquent également une corrélation positive significative entre l'Anxiety Sensitivity Inventory (ASI) et la dimension *anxiété* du QEAA $r = 0,34, p = 0,05$, et corrélation inversée presque significative entre l'ASI et le AAP $r = -0,29, p = 0,08$, suggérant qu'un degré plus élevé de sécurité de l'attachement est associée à moins de peur et une attitude plus positive face aux symptômes.

Finalement, en ce qui concerne les stratégies de régulation se rapportant à la mobilisation du soutien social et à l'expression des émotions, il est attendu que plus les individus ont un score élevé sur l'index de sécurité du AAP ou un score bas sur les dimensions du QEAA, plus ils auront recourt à leur réseau social et plus ils s'exprimeront par rapport à l'événement. Des analyses corrélationnelles bivariées ont été effectuées afin de vérifier ces hypothèses. Le tableau 3.9 rapporte les résultats de ces analyses.

Tableau 3.9
Corrélations entre les mesures de sécurité de l'attachement et les stratégies de
régulation des émotions se rapportant à la mobilisation
du soutien social et à la verbalisation

	AAP	QEAA	
	Index	Évitement	Anxiété
EES	-0,09	-0,01	0,27
SDQ (T3)			
échelle «dévoilement de soi»	-0,12	-0,16	0,09
échelle «attentes face à parler»	0,12	-0,23	-0,03
TCQ			
échelle «control social»	-0,02	-0,03	0,08
CISS			
échelle «diversion social»	-0,05	-0,37*	-0,04
SSS (T3)	0,15	-0,35*	-0,25
SCS (T3)	-0,05	0,35*	0,24

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$.

Tel qu'illustré dans le tableau 3.9, les résultats n'indiquent aucune corrélation entre l'index du AAP ou la dimension *anxiété* du QEAA et les mesures prises pour évaluer l'expression par rapport à l'événement ainsi que l'utilisation du réseau social. Par contre, une corrélation significative inversée entre la dimension *évitement* du QEAA et l'échelle «diversion social» du CISS, de même qu'avec l'échelle de soutien social (SSS), indique que plus les individus rapportent un score élevé sur cette dimension de l'attachement, moins ils ont recours à leur réseau social comme stratégie de régulation des émotions. Une corrélation positive significative entre la dimension *évitement* du QEAA et l'échelle de contraintes sociales (SCS) indique également que plus les individus ont un score élevé sur cette dimension de l'attachement, plus ils rapportent de contraintes de la part de leur environnement lorsqu'ils veulent parler de l'événement traumatique.

3.2.3 Troisième question de recherche: rôle de médiation des stratégies de régulation des émotions entre l'attachement et les symptômes de stress post-traumatique

La troisième question de recherche vise à examiner le rôle de médiation des stratégies de régulation des émotions. Il est attendu que les stratégies de régulation des émotions médiatisent la relation observée entre l'attachement et la symptomatologie de stress post-traumatique.

Pour qu'il y ait modèle de médiation, Baron et Kenny (1986) suggèrent que trois conditions doivent être rencontrées : 1) Une corrélation doit être observée entre la variable dépendante (symptômes de stress post-traumatique) et la variable indépendante (attachement); 2) La variable médiatrice (les stratégies de régulation des émotions) doit corrélérer significativement avec la variable dépendante et la variable indépendante; 3) La corrélation entre les variables dépendantes et indépendantes doit disparaître ou diminuer substantiellement lorsque la variable médiatrice est introduite dans le modèle.

En ce qui concerne les deux premières conditions, et tel que rapporté précédemment, l'index de sécurité du AAP corrèle significativement avec le score total des symptômes au temps 4 tel que rapporté par le IES-R ($r = -0,51, p = 0,001$). De plus, des corrélations significatives ont été observées entre la sécurité de l'attachement (variable indépendante) et les stratégies de régulation orientées sur les émotions négatives ($r = -0,46, p = 0,004$), ainsi qu'avec l'augmentation de la

consommation de substance tel que rapportée par le participant au temps 3 ($r = -0,54, p = 0,001$).

Suivant les recommandations de Baron et Kenny, il importe ensuite de vérifier la relation entre les variables médiatrices et la variable dépendante. Les analyses corrélacionnelles montrent une association significative entre les stratégies orientées sur les émotions et les symptômes de stress post-traumatique au temps 4 ($r = 0,61, p = 0,001$), de même qu'entre les symptômes et l'augmentation de la consommation de substance telle que rapportée par le participant ($r = 0,51, p = 0,001$).

Afin de vérifier la troisième condition nécessaire pour confirmer le rôle de médiation des stratégies de régulation des émotions, des analyses de régression hiérarchiques ont été conduites où la variable à prédire (symptômes) a été entrée conjointement avec les variables de régulation des émotions (stratégies centrées sur les émotions et consommation de substance) dans un premier bloc, puis conjointement avec la variable attachement dans un deuxième bloc. Le tableau 3.10 résume les résultats de cette analyse.

Tableau 3.10
Analyse de régression hiérarchique pour les variables prédisant les symptômes de stress post-traumatique (score total du IES-R) au temps 4

	Variables	β	r	p
Bloc 1:	CISS emotions	0,49	0,45	0,001
	Subs questions augmentation	0,34	0,32	0,017
Bloc 2:	CISS emotions	0,44	0,39	0,004
	Subs questions augmentation	0,27	0,23	0,08
	Index AAP	-0,16	-0,13	0,328

Les résultats indiquent que les stratégies orientées sur les émotions négatives et l'augmentation de la consommation de substance telle que rapportée par les participants expliquent ensemble 47.5% de la variance dans les symptômes de stress post-traumatique ($R^2 = 0,475$, $p = 0.001$). Lorsque l'index d'attachement est ajouté dans le modèle, celui-ci n'explique plus que 1,6% de la variance et la relation entre l'attachement et les symptômes n'est plus significative ($r = -0,13$, $p = 0,328$). Les résultats confirment donc que les stratégies de régulation orientées sur les émotions négatives et la consommation de substance constituent des variables médiatrices importantes pour expliquer la relation entre l'attachement et la symptomatologie de stress post-traumatique.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

4.1 Attachement et symptomatologie post-traumatique

Le premier objectif de l'étude visait à examiner le lien entre la sécurité de l'attachement, mesurée à la fois par une entrevue semi-structurée et par un instrument auto-administré, et le niveau de symptomatologie de stress post-traumatique. Il était attendu que les individus qui auraient un niveau plus élevé de sécurité de l'attachement manifesteraient moins de symptômes de stress post-traumatique dans les jours et les semaines qui suivent l'événement, et que leurs symptômes diminueraient de façon plus marquée avec le temps. Les résultats obtenus en mesurant l'attachement par l'intermédiaire de l'entrevue semi-structurée AAP concordent partiellement avec ces hypothèses. Un niveau plus élevé de sécurité de l'attachement est en effet associé à moins de symptômes de stress post-traumatique un mois et trois mois après l'événement et ce, sur toutes les dimensions de la symptomatologie à l'exception des symptômes d'intrusion au temps 2. Les résultats convergent avec ceux des autres études en psychologie du développement qui ont utilisé le AAI ou le AAP et qui ont montré des associations entre l'attachement et diverses psychopathologies à l'âge adulte (Fonagy *et al.*, 1996; Rosenstein et Horowitz, 1996; Dozier, Stovall et Albus, 1999; West et George, 2002).

La présente étude est la première à avoir utilisé une entrevue semi-structurée issue de la psychologie du développement pour mesurer l'attachement dans le contexte de l'adaptation post-traumatique. Les autres études qui ont examiné cette

question, notamment celle de Mikulincer, Florian et Weller (1993) auprès des étudiants Israéliens suite à l'attaque des missiles Scud, celle de Kanninen, Punamaki et Qouta (2003) auprès des Palestiniens de la bande de Gaza ayant subi de la torture, et celle de Dieperink et ses collègues (2001) auprès de vétérans Américains ayant été faits prisonniers de guerre, ont également montré que les individus qui ont un attachement sécurisé manifestent moins de symptômes de stress post-traumatique et une meilleure adaptation post-trauma. Ces études sont cependant toutes issues du courant de la psychologie sociale et ont utilisé des instruments auto-administrés pour évaluer l'attachement adulte. Ces études ont également été conduites auprès d'une population et d'un type de trauma spécifique, soit auprès d'individus ayant subi des traumatismes liés à la guerre, alors que la présente étude s'adresse à une population principalement constituée d'individus d'origine canadienne ayant subi un accident.

Contre toute attente compte tenu des études antérieures, les résultats sont moins probants avec l'instrument auto-administré pour évaluer l'attachement. Aucune corrélation significative n'a été obtenue entre l'attachement mesuré par le Questionnaire des expériences sur l'attachement amoureux (QEAA) et les symptômes de stress post-traumatique évalués aux deux temps de mesure par le IES-R. Il est possible que la taille de l'échantillon puisse expliquer cette absence de résultats. Les corrélations significatives ou près du seuil de signification entre les dimensions du QEAA et le score total et certaines sous-échelles du CAPS portent à penser qu'un effet aurait peut-être été détectable également pour le IES-R avec un échantillon plus substantiel.

La deuxième partie de l'hypothèse selon laquelle un niveau plus élevé de sécurité de l'attachement serait associé à une diminution plus marquée des symptômes dans le temps n'a pas été confirmée. Une contribution importante de la présente étude a trait à sa dimension longitudinale autorisant un suivi des participants sur une période de trois mois suite à l'exposition à l'événement. Ce design permet

d'examiner l'évolution des réactions post-traumatiques en considérant le modèle d'Horowitz qui suggère que les symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hypervigilance sont des réactions courantes suite à un événement traumatique et font partie intégrante du processus naturel de guérison. Dans cette optique, tous les individus, indépendamment de leur degré de sécurité de l'attachement, sont susceptibles d'expérimenter ces réactions dans les jours ou les semaines qui suivent l'événement. Les réactions post-traumatiques deviendraient pathogènes lorsque, dominées par l'évitement, elles se cristalliseraient et se maintiendraient dans le temps au lieu de se résorber. Tel que rapporté précédemment, plusieurs chercheurs présumant que le développement de la pathologie post-traumatique s'expliquerait entre autres par des déficits au niveau de la régulation des émotions qui entraveraient le processus d'intégration du trauma (Shore, 2002; Yehuda, 2004; van der Kolk, 1996) et participeraient au maintien pathogénique du cycle intrusion-évitement. Les stratégies optimales de régulation émotionnelle étant théoriquement associées à la sécurité de l'attachement, il était attendu qu'un niveau plus élevé de sécurité de l'attachement serait associé à une diminution plus marquée des symptômes entre T2 et T4. Or, la sécurité de l'attachement mesurée par l'index du AAP et par les dimensions du QEAA ne corrèle pas de façon significative avec l'amplitude de la diminution des symptômes entre un mois et trois mois post-trauma.

Les résultats n'invalident cependant complètement pas cette hypothèse. Les corrélations inversées entre le degré de sécurité de l'attachement mesuré par l'index du AAP et les trois dimensions de la symptomatologie post-traumatique sur le IES-R sont toutes plus élevées au temps quatre qu'au temps deux, ce qui indique une certaine différence entre les deux temps de mesure. De plus, la corrélation inversée observée entre la sécurité de l'attachement et les symptômes d'intrusion à T2 n'est pas significative, alors qu'elle l'est à T4. Ce résultat suggère que les symptômes d'intrusion sont susceptibles d'être expérimentés au cours des premières semaines post-trauma par tous les individus exposés, indépendamment du niveau de sécurité de

l'attachement, et que le rôle de la sécurité de l'attachement dans la manifestation des symptômes d'intrusion serait surtout observable à plus long terme. Les corrélations inversées significatives entre l'index du AAP et les symptômes d'évitement sur le IES-R montrent par ailleurs que plus les individus ont un niveau élevé de sécurité de l'attachement, moins ils manifestent de symptômes d'évitement un mois après l'événement. Dans l'optique selon laquelle un niveau plus élevé d'évitement après l'événement entraverait l'intégration de l'expérience traumatique (Shalev, 1992), ces résultats suggèrent que tous les individus sont susceptibles d'expérimenter des symptômes d'intrusion suite à un trauma, mais que plus les individus ont un niveau élevé de sécurité de l'attachement, moins ils auront recours à l'évitement pour les gérer, et moins ils manifesteront de symptômes d'intrusion trois mois plus tard.

Il est possible que l'absence de corrélations entre la sécurité de l'attachement et l'amplitude de la diminution des symptômes entre un mois et trois mois post-trauma s'explique par le fait qu'il y a relativement peu de temps entre les deux mesures. Il se peut également que la première mesure de symptomatologie ait été prise trop tard et qu'une grande portion de la diminution des symptômes s'effectue au cours du premier mois post-trauma. L'amplitude de la diminution des symptômes aurait peut-être été plus marquée si la première mesure de symptomatologie avait eu lieu dans les jours qui suivent l'événement, ou si la dernière mesure avait été prise six mois plus tard. Rappelons que la première mesure a eu lieu un mois post-trauma pour des considérations éthiques afin d'éviter une intervention trop intrusive auprès d'individus qui viennent tout juste de subir un trauma.

4.2 Attachement et régulation des émotions

Le deuxième objectif de l'étude visait à examiner le lien entre la sécurité de l'attachement et les stratégies comportementales de régulation des émotions. En regard des stratégies se rapportant à l'orientation de l'attention, il était attendu que plus les individus ont un niveau élevé de sécurité de l'attachement 1) plus ils auront accès à leur expérience émotionnelle et plus ils pourront reconnaître et nommer leurs émotions, 2) moins ils utiliseront de stratégies axées sur différentes formes d'évitement, et 3) moins ils utiliseront de stratégies centrées sur les émotions négatives telles les ruminations, la punition, le blâme, l'auto-critique.

Les résultats supportent partiellement ces hypothèses. Ils indiquent que plus les individus ont un niveau élevé de sécurité de l'attachement tel qu'évalué par l'index de sécurité du AAP, moins ils utilisent de stratégies centrées sur les émotions négatives telles se blâmer pour ce qui est arrivé et pour leurs réactions, ou diriger leur attention sur les symptômes et sur l'incapacité de les gérer adéquatement. Des résultats similaires sont obtenus avec le QEAA et montrent que les individus qui ont un score plus élevé sur la dimension évitement de l'attachement rapportent également un score plus élevé sur l'échelle de punition. Les résultats indiquent également que les individus qui ont un score plus élevé sur l'index du AAP consomment moins de substances telles les drogues, l'alcool ou des psychotropes deux mois après l'événement (Temps 3), et *rapportent* moins de changement dans leur consommation depuis l'événement. De plus, la figure 3.1 (p. 86) illustre clairement les changements *observés* en fonction de l'attachement sécurisé et insécurisé au niveau de la consommation de substances entre un mois (T2) et trois mois post-trauma (T4).

Ces résultats supportent les présupposés théoriques quant au lien entre l'insécurité de l'attachement et le recours à des stratégies de régulation moins

optimales et concordent avec ce qui a été observé dans les études empiriques, à savoir que les individus qui ont un attachement insécurisant utilisent davantage des stratégies centrées sur les émotions négatives (Cole-Detke et Kobak, 1996; Mikulincer, Florian et Weller, 1993; Mikulincer et Orbach, 1995; Zuroff et Fitzpatrick, 1995; Roisman, Tsai et Chiang, 2004) et consomment plus de substances pour gérer leurs symptômes et leurs émotions (Fonagy *et al.*, 1996; Brennan et Shaver, 1995; Caspers *et al.*, 2005), stratégies également associées à la symptomatologie post-traumatique (Solomon, Mikulincer et Arad, 1991; Jehel *et al.*, 2001; Vlahov *et al.*, 2002, 2004).

Les analyses corrélationnelles montrent aussi un lien entre la dimension anxiété du QEAA et la dissociation mesurée par le Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire (PDEQ), suggérant que plus les individus ont un score élevé sur l'échelle d'attachement anxieux, plus ils rapportent avoir expérimenté de la dissociation au moment de l'événement, réaction associée à l'attachement désorganisé (Liotti, 1992; Schore, 2002; Carlson, 1998), et considérée comme un facteur prédisposant au développement du TSPT (Carlson et Rosser-Hogan, 1991; Koopman, Classen, et Spiegel, 1994; Marmar *et al.*, 1994; Holen, 1993; Bremner *et al.*, 1992).

Par ailleurs, les résultats des analyses corrélationnelles ne soutiennent pas les hypothèses quant à l'utilisation des autres stratégies associées à l'orientation de l'attention. En effet, les résultats ne permettent pas de confirmer une association entre la sécurité de l'attachement et les niveaux de conscience émotionnelle tels que mesurés par le Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS), ou avec les autres dimensions de l'évitement mesurées par le Thought Control Questionnaire (TCQ) et le Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). L'absence de résultat quant aux niveaux de conscience émotionnelle et à l'alexithymie est possiblement liée à l'instrument utilisé. Si la dimension projective du LEAS permet de contourner les

biais perceptuels auxquels sont sensibles les instruments auto-administrés qui mesurent ces construits, il se peut que les résultats soient par ailleurs biaisés par les aptitudes sémantiques des individus ayant un attachement détaché, ainsi que leur tendance à formuler des réponses stéréotypées qui peuvent être confondues aux réponses authentiques représentant un niveau de conscience émotionnelle plus élevé.

Dans la même ligne, l'absence de résultats quant aux stratégies d'évitement est possiblement attribuable à la manière dont l'évitement est conceptualisé dans les deux instruments utilisés. Dans le CISS, l'évitement est conceptualisé en fonction de deux dimensions, soit la «diversion sociale» et la «distraction». Tel qu'exposé dans la section «méthodologie», les items de la dimension «diversion sociale» correspondant conceptuellement à la recherche de soutien social, cette dimension est utilisée dans la présente étude pour mesurer les comportements de mobilisation sociale plutôt que l'évitement. L'autre dimension de l'évitement mesurée par le CISS de même que par le TCQ se rapporte à la «distraction». Or, plusieurs des items de cette dimension, aussi bien dans le TCQ que dans le CISS, font référence au fait de se récompenser ou de prendre soin de soi et vont à l'encontre de l'isolement qui est habituellement associé à l'évitement dans le contexte du trauma. Voici quelques exemples de ces items : «je m'offre un casse-croûte ou mon plat préféré», «je sors manger quelque part», «je vais au cinéma», «je fais une promenade», «je pense à des choses agréables», «je fais quelque chose que j'aime faire». Si ces items peuvent évoquer une forme d'évitement, ils peuvent par ailleurs représenter des stratégies qui sont adaptatives dans la régulation émotionnelle suite à l'exposition à un trauma. Horowitz (1978) suggère d'ailleurs qu'un certain niveau d'évitement fait partie du processus naturel de guérison.

Cette observation suscite une réflexion sur la conceptualisation des stratégies d'évitement dans le cadre d'études portant sur l'attachement et le TSPT; Existerait-il un équilibre optimal entre l'évitement et d'autres stratégies de régulation des

émotions? Ou encore, y aurait-il des formes d'évitement qui sont plus adaptatives et d'autres qui le sont moins suite à l'exposition à un trauma? Aller faire une promenade et avoir recours à l'alcool sont toutes deux des stratégies d'évitement qui n'auront cependant pas les mêmes conséquences ni la même portée. C'est peut-être ce qui explique qu'il n'y ait pas d'association entre le niveau de sécurité de l'attachement et les échelles d'évitement du CISS et du TCQ, mais qu'il y en ait entre le niveau de sécurité de l'attachement et la consommation de substances.

Enfin, un autre facteur pouvant contribuer à ces résultats se rapporte à la distribution des modèles d'attachement dans l'échantillon, l'insécurité de l'attachement mesurée par le AAP étant principalement représentée par les modèles d'attachement désorganisé (41.7%) et préoccupé (17.4%). Or, la littérature suggère que les stratégies d'évitement seraient davantage adoptées par les individus ayant un modèle d'attachement détaché et seraient l'expression d'une désactivation du système d'attachement. La prépondérance des individus ayant un attachement désorganisé ou préoccupé dans l'échantillon pourrait dès lors expliquer l'absence de résultat en ce qui concerne l'utilisation de certaines stratégies d'évitement.

En regard des stratégies de régulation retenues pour représenter la dimension «évaluation et interprétation» de la taxonomie de Thompson, un résultat plutôt étonnant est celui relatif aux stratégies orientées sur les efforts de ré-interprétation. Il était attendu que les individus ayant un niveau plus élevé de sécurité de l'attachement rapporteraient avoir davantage recours à cette stratégie comportementale témoignant supposément de la capacité à s'engager dans une action cognitive dans le but de trouver un sens à un événement ou à une situation. Or, s'il n'y a pas de résultat lorsque le niveau de sécurité de l'attachement est évalué par l'index du AAP, les résultats obtenus lorsqu'il est mesuré par le QEAA contredisent les attentes. Ils indiquent en effet qu'un score plus élevé sur les dimensions *évitement* et *anxiété* du QEAA est associé à un score plus élevé sur l'échelle de ré-interprétation du TCQ. Ces

résultats sont peut-être attribuables au fait que cette échelle ne permette pas de distinguer entre les stratégies cognitives adaptatives reflétant les capacités réelles de s'engager dans une action effective de ré-interprétation d'un effort anxieux et frénétique qui s'apparente aux ruminations et se solde par un échec.

Les résultats des analyses montrent par ailleurs des associations significatives ou près du seuil de signification entre un niveau moins élevé de sécurité de l'attachement et une interprétation plus négative des symptômes d'anxiété mesurée par l'ASI. Ces résultats concordent avec ceux des études antérieures (Watt, Williams et Campbell, 2005). L'interprétation négative des symptômes d'anxiété a également été associée à la symptomatologie de stress post-traumatique (Bryant et Panesatis, 2001), ce qui supporte l'idée qu'il s'agit d'une stratégie moins optimale de régulation des émotions.

Enfin, les résultats des analyses n'appuient pas les hypothèses concernant le lien entre la sécurité de l'attachement et l'utilisation de stratégies de régulation orientées sur la mobilisation du soutien social. Il est possible que l'absence de résultat soit à nouveau attribuable à la distribution des modèles d'attachement où l'insécurité est dominée par les modèles préoccupé et désorganisé. Sur le plan théorique, l'attachement préoccupé est associé à une hyperactivation du système d'attachement qui se manifesterait, entre autres, par une amplification des signaux de détresse. Il est par conséquent possible que ces individus n'aient pas de difficulté à exprimer leurs émotions ou à mobiliser leur environnement, mais qu'ils éprouvent par contre de la difficulté à le faire adéquatement. La littérature suggère d'ailleurs que les individus qui ont un attachement préoccupé mobilisent leur réseau social mais le font de manière hostile et exigeante (Fitzpatrick *et al.*, 1993) et s'attendent à une réponse moins positive de la part de leur environnement (Priel et Shamai, 1995; Wallace et Vaux, 1993). Or, la plupart des échelles évaluant les comportements associés à la mobilisation du soutien social ne permettent pas ces nuances.

Dans cette optique, la perception du soutien social ainsi que la réponse de l'environnement aux demandes de l'individu seraient peut-être de meilleurs indicateurs de la capacité à demander et à recevoir du support que les comportements associés à la recherche de soutien social. Les résultats des analyses effectuées avec les échelles de soutien social et de contraintes à parler de l'événement révèlent une association entre ces deux variables et la dimension *évitement* du questionnaire sur l'attachement QEAA. Les individus qui ont un score élevé sur cette dimension rapportent également avoir moins de gens autour d'eux à qui ils peuvent faire appel en cas de besoin, et rapportent plus de contraintes de la part de leurs proches lorsqu'ils désirent parler de l'événement. Bien que ces résultats ne permettent pas d'établir un lien de causalité, il est possible que la perception d'un réseau de support plus restreint et d'une réponse moins satisfaisante de la part des proches soit liée à une absence de demandes d'aide ou, encore, à des demandes qui sont moins optimales parce que teintées d'hostilité.

4.3 Effet médiateur des stratégies de régulation des émotions pour expliquer le lien entre l'attachement et la symptomatologie de stress post-traumatique

Il était attendu que l'association entre le niveau de sécurité de l'attachement et les symptômes de stress post-traumatique pourraient être expliquée par les stratégies comportementales de régulation des émotions. Les résultats des analyses de régression permettent de confirmer la présence d'un modèle de médiation qui supporte en partie cette hypothèse. Les stratégies orientées sur les émotions négatives ainsi que l'augmentation de la consommation de substances rapportée sont significativement associées à l'attachement et aux symptômes de stress post-traumatique et médient statistiquement l'association entre ces deux variables. Ces résultats convergent avec ce qui est connu à ce jour dans la littérature à savoir que les stratégies orientées sur les émotions négatives ainsi que la consommation de substances sont liées à la fois à l'insécurité de l'attachement et aux symptômes de

stress post-traumatique. Les résultats convergent également en partie avec une étude de Feeney et Ryan (1994) qui montre que les stratégies centrées sur les émotions négatives médiatisent partiellement la relation entre l'attachement anxieux et la détresse psychologique.

Les stratégies centrées sur les émotions négatives et la consommation de substances n'expliquant ensemble qu'une partie de la variance (47,5%), d'autres variables jouent donc un rôle de médiation entre l'attachement et le TSPT. L'absence de l'association attendue entre l'attachement et les autres stratégies comportementales de régulation des émotions examinées dans le cadre de cette étude ne permet pas de vérifier l'apport de celles-ci dans l'explication du lien entre l'attachement et le TSPT. Tel que mentionné plus haut, cette absence d'association peut être due à la taille de l'échantillon, aux instruments de mesure, ou encore, aux caractéristiques de l'échantillon comme la faible représentation de l'attachement détaché par rapport à l'attachement préoccupé ou désorganisé.

Quoiqu'il en soit, les résultats offrent un support empirique initial pour expliquer le lien entre l'attachement et la symptomatologie de stress post-traumatique et mettent en évidence l'importance d'explorer davantage les processus de régulation des émotions qui sous-tendent l'adaptation ou la psychopathologie. Il importe de mentionner que la robustesse des résultats obtenus vient du fait que le modèle de médiation a été vérifié en fonction d'associations établies entre une entrevue semi-structurée (AAP) et des instruments auto-administrés (CISS, SUBS, IES-R). Ceci élimine le risque que les résultats soient contaminés par la variance partagée par des instruments répondant à une même modalité, une limite souvent rapportée dans les études vérifiant un modèle de médiation (Lopez, Michell et Gormley, 2002; Contreras *et al.*, 2000).

4.4 Implications théoriques et cliniques des résultats

Au niveau des implications théoriques, bien que les résultats ne permettent pas d'établir un lien causal entre les relations observées, ils sont néanmoins en partie consistants avec un modèle théorique selon lequel le degré de sécurité de l'attachement est associé à l'adoption de stratégies de régulation pouvant protéger ou prédisposer au développement de la psychopathologie à l'âge adulte. La théorie de l'attachement postule que la régulation émotionnelle se développe en parallèle aux représentations internalisées des figures d'attachement qui constituent des schèmes cognitivo-émotionnels issus, entre autres, des relations avec les figures parentales. Il est présumé que ces schèmes influencent la capacité d'un individu d'avoir accès à son expérience émotionnelle, ses capacités réflexives et de symbolisation, sa manière de vivre ses réactions émotionnelles, ainsi que son aptitude à faire appel à ses proches et sa confiance en l'aide qu'il peut recevoir (Bowlby, 1980; Carlson et Sroufe, 1995). Lors d'une situation générant une forte intensité émotionnelle, ces schèmes d'attachement seraient activés et l'individu aurait recours aux stratégies comportementales qui s'y rattachent pour contenir et gérer l'émotion. Dans le contexte d'une expérience traumatique, la manière de réguler l'expérience émotionnelle pourrait faciliter ou entraver l'intégration du trauma et l'adaptation post-traumatique (McFarlane et Yehuda, 1996). Les stratégies qui permettent de tolérer et de contenir l'émotion favorisent une exposition aux mémoires traumatiques qui est curative puisqu'elle facilite les processus d'accommodation et d'assimilation nécessaires à l'intégration du trauma.

Les résultats de la présente étude sont en partie consistants avec un modèle selon lequel plus les individus ont un schème d'attachement insécurisé, plus ils sont à risque d'être débordés par l'expérience émotionnelle vécue lors du trauma et réactivée par les reviviscences. Ils tenteraient alors de gérer ce débordement émotionnel par l'intermédiaire de stratégies moins optimales, par exemple en utilisant

diverses substances pour «engourdir» leurs émotions, ou en orientant leur attention sur les symptômes et leur difficulté à les contrôler, se blâmant pour leurs réactions et ruminant les pensées négatives. Ces derniers comportements ne sont pas sans rappeler le processus défensif de *disjonction cognitive* décrit par Bowlby (1980) et par lequel l'individu déconnecte la détresse qu'il vit de la source qui l'a causée et devient excessivement préoccupé par ses réactions psychologiques et physiologiques. Procurant un bref soulagement, ces stratégies comportementales produiraient en rétroaction l'intensification des émotions et contribueraient au maintien et à l'exacerbation des réactions post-traumatiques telles les intrusions, l'évitement et l'activation neuro-végétative, à priori normales suite à un trauma. C'est ainsi que, comme le constatent McFarlane et Yehuda (1996), la détresse des individus qui développent un TSPT n'est plus générée par l'événement traumatique comme tel, mais par la gestion inadéquate des émotions associées aux symptômes qui se perpétuent alors d'eux-mêmes, soumis à un cercle vicieux: plus l'individu utilise des stratégies de gestion des émotions inadéquates, plus il manifeste des symptômes de TSPT qui entraînent à leur tour l'adoption de stratégies de régulation inadéquates pour gérer les émotions qu'ils suscitent, et ainsi de suite.

À l'opposé, la sécurité de l'attachement sert de ressource interne qui permet d'obtenir du soulagement d'une façon qui ne compromet pas le fonctionnement et qui favorise la balance optimale entre les intrusions et l'évitement à la base du processus de guérison. Les stratégies de régulation théoriquement associées à la sécurité de l'attachement sont principalement basées sur les capacités réflexives et sur la capacité d'utiliser adéquatement le réseau social et les proches pour recevoir réconfort et soulagement. La sécurité de l'attachement, telle qu'évaluée par l'index du AAP, est en partie établie sur la base de la *cohérence* dans le discours qui représente la capacité d'un individu de réfléchir à ses états émotionnels internes et d'exprimer ses émotions. La sécurité de l'attachement, selon l'index du AAP, est également établie en fonction de la dimension *individu-agissant* qui représente la capacité

d'utiliser les relations d'attachement pour rétablir un état d'équilibre émotionnel interne, de même que la capacité de s'engager dans une action cognitive et/ou comportementale dans le but de comprendre ou d'apporter un changement à une situation. Bien que les résultats des analyses n'indiquent pas de lien entre la sécurité de l'attachement et les mesures de conscience émotionnelle, de mobilisation du soutien social et d'expression des émotions, l'association entre l'index du AAP et les symptômes de TSPT suggèrent que les stratégies implicites aux dimensions *cohérence* et *individu-agissant* jouent un rôle dans la symptomatologie de stress post-traumatique. Le niveau de sécurité de l'attachement permet donc de comprendre, dans une perspective développementale et relationnelle, les caractéristiques et les différences individuelles quant aux stratégies de régulation des émotions pouvant influencer le cours de la symptomatologie suite à un trauma survenu à l'âge adulte.

La méthodologie de l'étude permet de vérifier l'association entre le degré de sécurité de l'attachement et les différentes stratégies de régulation des émotions, mais ne permet pas de vérifier les différences présumées par la théorie quant à l'adoption spécifique de stratégies selon chacun des trois modèles de l'attachement insécurisé. Théoriquement, l'attachement préoccupé et l'attachement détaché se distinguent sur la plan de la régulation émotionnelle par l'utilisation respective de stratégies associées à l'hyperactivation du système d'attachement (exagération des signaux de détresse pour mobiliser l'attention des proches, focalisation de l'attention sur les symptômes ou sur les émotions négatives), ou à la désactivation du système d'attachement (inhibition de l'expérience émotionnelle, utilisation restreinte du soutien social). L'attachement désorganisé se distingue des autres types d'attachement insécurisé par l'absence d'un patron stable dans les stratégies adoptées et par le recours à des comportements extrêmes, tels la dissociation, l'auto-mutilation, l'abus de substances, dont la fonction présumée est d'apporter un certain soulagement à une profonde détresse. Si la méthodologie ne permet pas de comparer les modèles d'attachement entre eux, la prédominance des modèles «désorganisé» et «préoccupé»

dans l'échantillon incite à penser que les associations observées s'appliquent plus particulièrement aux individus endossant ces modèles. D'autres études sont nécessaires pour comparer entre eux les trois types d'attachement insécurisé sur le plan de la symptomatologie du TSPT et de la régulation des émotions.

Au niveau des implications cliniques, les résultats suggèrent dans un premier temps que le degré de sécurité de l'attachement pourrait servir d'indicateur à l'adaptation post-traumatique et être utilisé pour orienter les interventions préventives et curatives auprès des individus ayant été exposés à un événement à l'âge adulte. En plus d'offrir un outil pour repérer les individus potentiellement à risque, la théorie de l'attachement procure au clinicien et au client un cadre conceptuel pour comprendre, dans une perspective développementale et relationnelle, la dimension adaptative de certaines stratégies de régulation des émotions pouvant par ailleurs faire entrave à l'intégration du trauma. La compréhension de la fonction initialement adaptative de ces stratégies peut contribuer à diminuer le sentiment de honte, d'échec et d'incompétence associée à la gestion des réactions post-traumatiques, et disposer l'individu à l'apprentissage de stratégies plus optimales. Enfin, en offrant un support empirique aux postulats de la théorie de l'attachement, l'étude apporte un argument supplémentaire en faveur de l'utilisation de ce cadre conceptuel, comme le suggèrent Pearlman et Courtois (2005), pour comprendre et gérer la résistance au changement ainsi que les éléments transférentiels et contre-transférentiels pouvant s'introduire dans la relation thérapeutique et moduler le traitement.

4.5 Distribution des modèles d'attachement

Puisque les participants étaient recrutés dans les urgences hospitalières au cours des jours qui suivaient l'événement traumatique, il était attendu que la distribution des modèles d'attachement se rapprocherait plutôt des distributions observées dans une population non clinique. Or, la forte proportion d'individus ayant un modèle d'attachement désorganisé se rapproche davantage de ce qui est observé dans une population clinique. De plus, le modèle détaché est très faiblement représenté dans l'échantillon. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce phénomène.

Rappelons d'abord que les participants ont été recrutés dans le cadre d'une étude randomisée évaluant l'efficacité d'une intervention précoce, et qu'ils étaient distribués aléatoirement, suite au recrutement, dans le groupe expérimental ou témoin. Cette procédure a pu introduire un biais dans l'échantillonnage puisque le consentement ou le refus de participer pouvaient être motivés par la possibilité d'être assigné au groupe recevant l'intervention. Dès lors, la faible représentation de l'attachement détaché peut s'expliquer par le fait que les individus endossant ce modèle ont plutôt tendance à faire appel à des stratégies d'évitement émotionnel qui les rendent moins enclins à vouloir participer à une intervention visant à les faire parler de l'événement et de leurs émotions.

De la même façon, la forte proportion d'individus ayant un modèle d'attachement désorganisé peut s'expliquer par le fait qu'ils sont possiblement plus à risque d'être débordés émotionnellement suite à l'événement, et d'éprouver une plus grande détresse psychologique que les autres. C'est d'ailleurs ce que suggèrent Schore (2002) ainsi que Kobak, Cassidy et Zir (2004) qui soulignent la plus forte propension de ces individus à dissocier lorsqu'ils sont exposés à une expérience générant une forte intensité émotionnelle et à manifester des déficits plus importants sur le plan de régulation des émotions. Contrairement aux individus ayant un modèle

détaché, la participation des individus endossant un modèle désorganisé pourrait dès lors être motivée par l'espoir d'avoir accès à une intervention psychologique.

Il se peut également que les individus qui ont un attachement préoccupé ou désorganisé soient plus à risque d'être exposés à différents types d'événements traumatiques. L'impulsivité, la consommation d'alcool et de drogues, la tendance à moins bien évaluer les risques ou à prendre plus de risques, conduites plus fortement associées à l'attachement désorganisé, ou à l'attachement préoccupé lorsque l'attachement désorganisé n'est pas considéré, pourraient expliquer en partie la plus forte représentation de ces modèles d'attachement dans l'échantillon. Si aucune étude n'a vérifié le lien entre les modèles d'attachement et la prédisposition aux accidents, certaines études ont porté sur les modèles d'attachement et les comportements à risque. Les résultats de ces études ont montré entre autres la prévalence des problèmes comportementaux externalisés chez les enfants ayant un attachement désorganisé (Moss, Cyr et Dubois-Comtois, 2004), de même que chez les adolescents ayant un attachement préoccupé (Allen et Kuperminc, 1995). Dans cette dernière étude, l'attachement désorganisé n'était pas considéré. Les études de Allen *et al.*, (1998) et de Cooper, Shaver et Collins, (1998) ont montré que les adolescents qui ont un attachement préoccupé, comparativement à ceux qui ont un attachement sécurisé ou détaché, manifestent de façon générale plus de comportements à risque tels la consommation d'alcool et de drogues, des comportements sexuels à risque, des comportements associés à la délinquance. Il est plausible que les individus qui ont ces types de comportements soient plus susceptibles d'être impliqués dans des agressions ou des accidents.

Enfin, la forte proportion de participants ayant un attachement désorganisé dans l'échantillon soulève la question de la stabilité de l'attachement qui fait l'objet de discussion parmi les chercheurs. Tel que mentionné précédemment, des études longitudinales ont démontré une certaine stabilité des modèles d'attachement de

l'enfance jusqu'au début de l'âge adulte. Par ailleurs, les événements stressants ayant un impact sur la qualité de la relation parent-enfant au cours du développement peuvent avoir un effet sur cette stabilité. Mais qu'en est-il à l'âge adulte? Jusqu'à quel point la dérégulation émotionnelle engendrée par les événements traumatiques ne pourrait-elle pas biaiser l'évaluation de l'attachement à l'âge adulte? Ou encore, quel est l'impact de ces événements sur la stabilité de l'attachement dans cette période du développement? Lyons-Ruth et Jacobvitz (1999) suggèrent que, comparativement au modèle désorganisé, les modèles d'attachement détaché ou préoccupé peuvent représenter un facteur de protection face au stress puisque ces modèles sont associés à des stratégies de régulation qui sont adaptatives dans une certaine mesure. Ces chercheurs pensent cependant qu'au-delà d'un certain seuil, l'événement stressant pourrait avoir un effet désorganisant sur ces individus. Il est donc possible que la forte représentation de l'attachement désorganisé dans l'échantillon soit en partie le reflet d'une désorganisation temporaire ou permanente chez les individus ayant un modèle préoccupé ou détaché. Quoiqu'il en soit, il est pertinent de s'interroger sur l'impact d'un trauma sur la stabilité de l'attachement à l'âge adulte, et seule une étude prospective pourrait apporter une réponse à cette question.

4.6 Limites de l'étude

Une première limite de l'étude se rapporte à la taille de l'échantillon. En raison des difficultés liées au recrutement d'individus venant tout juste d'être exposés à un événement traumatique, et en raison du taux d'attrition inhérent aux études longitudinales, l'échantillon est restreint et limité par rapport au nombre de variables étudiées. Par conséquent, il n'y a pas suffisamment de participants représentant chacun des modèles d'attachement pour effectuer des comparaisons inter-groupes en fonction des symptômes de TSPT et des stratégies de régulation émotionnelle.

Une deuxième limite de l'étude concerne les instruments utilisés pour mesurer les stratégies de régulation des émotions. La régulation émotionnelle, telle que définie par Thompson, est constituée de plusieurs dimensions qui peuvent être étudiée de diverses manières. Il n'existe pas à ce jour un instrument unique, fiable et valide permettant de mesurer les stratégies comportementales sous-jacentes à ce construit. Il a donc fallu avoir recours aux sous-échelles de plusieurs instruments afin d'examiner à titre exploratoire les stratégies possiblement rattachées aux différentes dimensions de la régulation émotionnelle. Or, les résultats de l'étude ont mis en évidence des problèmes conceptuels et opérationnels associés à la mesure de certaines stratégies, notamment celles se rapportant à l'évitement et à la mobilisation du soutien social. Les mesures actuellement disponibles ne sont pas suffisamment fines pour distinguer des formes d'évitement adaptatives et non adaptatives dans le contexte du stress post-traumatique, ou pour identifier les comportements plus ou moins optimaux de mobilisation du soutien social. Les instruments disponibles ne permettent pas non plus d'évaluer le niveau de flexibilité dans les stratégies de régulation utilisées, ou d'évaluer la balance possiblement optimale entre l'évitement et d'autres stratégies.

Une autre limite de l'étude se rapporte aux temps de passation des mesures. Tel que mentionné précédemment, afin de ne pas surcharger les participants, la plupart des mesures de régulation émotionnelle ont été administrées au temps trois, alors que les mesures d'attachement ont été prises au temps quatre, donc un mois plus tard. Il est possible que ce décalage ait introduit un biais dans l'association examinée entre l'attachement et les stratégies de régulation des émotions. De plus, la première mesure de symptomatologie a peut-être été prise trop longtemps après l'événement pour permettre de vérifier adéquatement l'hypothèse portant sur le lien possible entre la sécurité de l'attachement et la diminution plus marquée des symptômes dans le temps.

Sur le plan des analyses statistiques, le nombre de variables à l'étude et le nombre de tests effectués proportionnellement à la taille de l'échantillon peuvent constituer une source d'erreurs. Cependant, l'objectif ultime étant de vérifier un modèle de médiation, les tests ont été effectués dans le cadre d'analyses descriptives exploratoires qui visaient à faire émerger les variables de régulation émotionnelle susceptibles de médiatiser la relation entre l'attachement et les symptômes.

Les résultats de l'étude mettent en évidence des associations qui peuvent être interprétées dans le cadre conceptuel de la théorie de l'attachement, mais ne permettent pas d'établir des liens de causalité. Il s'avère par conséquent impossible de conclure avec certitude que certaines stratégies de régulation des émotions modulent réellement la symptomatologie de stress post-traumatique. Il est également impossible d'affirmer que le niveau de sécurité de l'attachement mesuré trois mois après l'événement constitue une caractéristique individuelle stable et pré-traumatique. Des précautions ont été prises afin de contrôler certains facteurs pouvant hypothétiquement influencer la stabilité de l'attachement, comme exclure les participants qui ont perdu un proche au cours de l'événement, ou introduire un délai entre l'événement et l'évaluation de l'attachement. Malgré ces précautions, il est toujours possible que les modèles d'attachement adultes soient influencés par les événements traumatiques même s'ils n'impliquent pas une dimension relationnelle. Les résultats de la présente étude ne permettent pas de répondre à ces questions complexes. Pour se faire, il faudrait comparer des mesures de régulation des émotions et des mesures d'attachement prises avant et après l'événement, ce qui implique l'accès à une population dont les individus sont susceptibles d'être éventuellement exposés à des événements traumatiques.

Finalement, en ce qui concerne l'utilisation du AAP, l'instrument n'a pas encore été beaucoup utilisé dans les études et n'a pas fait l'objet d'une validation officielle auprès d'une population francophone. Certains avantages sont associés à

l'utilisation du AAP par rapport au AAI, comme une cotation moins laborieuse et des coûts moins élevés. Par contre, lorsqu'il importe de comparer les modèles d'attachement entre eux en fonction de certaines variables, le AAP ne procure pas une connaissance aussi détaillée des modèles opérants internes que le AAI, entre autres parce qu'il ne permet de subdiviser les catégories sécurisé-autonome, détaché, préoccupé et désorganisé-non résolu. Par exemple, il ne permet pas d'effectuer une distinction entre les nouveaux sécurisés, c'est-à-dire ceux présentant une vision cohérente de leurs expériences d'attachement malgré qu'elles semblent avoir été négatives, alors que cette distinction se révèle parfois importantes à effectuer (Pearson *et al.*, 1994). Le AAP ne permet pas non plus d'identifier les individus dont l'état d'esprit est préoccupé par les traumatismes antérieurs, ce qui peut constituer une variable importante pour l'étude du stress post-traumatique (Koback, Cassidy, Zir, 2004).

4.7 Contributions de l'étude et directions futures

Cette étude est la première à avoir établi une correspondance significative entre le niveau de sécurité de l'attachement mesuré par un instrument issu de la psychologie du développement, certaines stratégies comportementales de régulation des émotions, et la symptomatologie de stress post-traumatique. Les résultats apportent un appui empirique à un modèle diathèse permettant de mieux comprendre les facteurs de risque et de vulnérabilité impliqués dans le développement du trouble de stress post-traumatique et, de manière plus large, dans le développement de la psychopathologie à l'âge adulte. La théorie de l'attachement offre un cadre conceptuel précieux pour comprendre le développement des stratégies de régulation dans une perspective relationnelle et adaptative, et met en relief le rôle des représentations internalisées de l'attachement dans la résilience et la psychopathologie. L'analyse d'un modèle de médiation dans l'étude constitue un procédé inédit pour examiner le lien entre l'attachement et les symptômes de stress

post-traumatique et contribue à mieux comprendre les facteurs impliqués dans le développement d'un TSPT.

Cette étude permet également d'étendre à une autre population les résultats observés dans les études issues de la psychologie sociale et ayant porté sur l'attachement et le TSPT. La plupart de ces études avaient été effectuées auprès d'individus ayant subi des traumatismes liés à la guerre alors que la présente étude s'adresse à une majorité d'individus ayant subi des accidents. Les résultats suggèrent donc que le lien observé entre l'attachement et les symptômes de stress post-traumatiques n'est pas exclusif à un contexte de guerre ou de traumatismes de type interpersonnel, mais est présent aussi dans d'autres types d'expériences traumatiques générant une forte intensité émotionnelle.

L'utilisation d'une entrevue semi-structurée pour mesurer l'attachement permet de contourner la critique souvent formulée à l'égard de l'utilisation exclusive d'instruments auto-administrés pouvant être sensibles aux biais perceptuels. De plus, la combinaison de différentes modalités d'évaluation (entrevues et questionnaires) pour étudier les variables principales représente un apport important puisqu'elle permet d'éviter les biais associés à la variance partagée par les instruments d'une même modalité dans le cadre de modèle corrélationnel ou de médiation. La diversité des mesures de régulation des émotions permet d'évaluer différentes dimensions de la régulation, mais aussi la régulation spécifique à l'événement, tout comme la régulation en général telle que perçue et rapportée par l'individu. Cette dernière distinction est importante à faire puisque des mesures exclusivement orientées sur la régulation en fonction de l'événement peuvent confondre celle-ci avec les symptômes. Il s'avère par exemple difficile de savoir si l'absence du besoin de parler de l'événement est représentatif d'un mode de régulation orienté sur l'évitement, ou s'il s'agit plutôt de la manifestation d'une réelle absence de détresse. Enfin, en dépit des résultats modestes obtenus dans l'examen du lien entre le niveau de sécurité de

l'attachement et l'évolution de la symptomatologie dans le temps, le design longitudinal de l'étude est unique et prometteur pour examiner les associations entre ces variables et devrait être considéré dans les études futures, moyennant certains ajustements au niveau des temps de passation des mesures.

L'absence de résultats entre le degré de sécurité de l'attachement et certaines mesures d'évitement et de mobilisation du soutien social soulève également une réflexion sur l'opérationnalisation des stratégies comportementales de régulation émotionnelle et sur ce qui est optimal et adaptatif suite à l'exposition à un événement traumatique. Par exemple, jusqu'à quel point une certaine dose ou forme d'évitement n'est-elle pas souhaitable et adaptative? Existe-t-il un équilibre optimal entre l'évitement émotionnel et les capacités réflexives associées aux mémoires traumatiques qui permettent de réinterpréter ou de donner un sens à l'expérience? Cette question a des retombées sur le plan clinique et pourrait expliquer, entre autres, les résultats parfois mitigés des interventions précoces (debriefing) et le pouvoir de retraumatisation des traitements axés sur l'exposition. Dans un même ordre d'idées, quels sont les comportements de mobilisation du soutien social qui sont adaptatifs et qui suscitent une réponse positive de la part de l'environnement et des proches, facteur facilitant l'intégration du trauma? Ces questions et ces nuances devraient être considérées dans les études futures examinant la relation entre les modèles d'attachement, les stratégies de régulation émotionnelle et la psychopathologie à l'âge adulte. Il s'avère en fait essentiel pour la recherche empirique de construire un instrument multimodal pour mesurer les stratégies de régulation émotionnelle. Cet instrument devrait idéalement être composé de mesures observationnelles, physiologiques et auto-administrées, regrouper différentes dimensions de la régulation émotionnelle, tenir compte des nuances dans l'opérationnalisation des stratégies d'évitement et de mobilisation du soutien social, et ne pas être orienté exclusivement sur la gestion en fonction d'un événement ou d'une situation spécifique.

Il est également indispensable à ce stade-ci de nos connaissances d'envisager des études prospectives auprès d'échantillons plus substantiels et dont le design permettrait à la fois de récolter des données pré et post trauma sur les variables de régulation des émotions et sur l'attachement. Ceci permettrait d'examiner l'importante question de la stabilité des modèles d'attachement et des stratégies de régulation des émotions, de même que d'établir des liens de causalités dans les relations observées. Un échantillon plus substantiel offrirait la puissance statistique nécessaire aux analyses de variance permettant de comparer les modèles d'attachement en fonction des variables de régulation émotionnelle et de symptômes de stress post-traumatique.

Une dimension de la régulation émotionnelle qui n'a pas été explorée dans le cadre cette étude mais qui mériterait d'être considérée dans les études futures se rapporte à l'interprétation subjective qu'un individu fait des causes de l'événement traumatique. La littérature suggère que la manière d'interpréter un événement pourrait jouer un rôle important dans le développement de la symptomatologie post-traumatique (Joseph, Williams et Yule, 1995; Janoff-Bulman, 1985). Or, nous avons vu que les modèles d'attachement sont aussi impliqués dans la manière d'interpréter un événement ou une situation. Joseph, Williams et Yule (1995) suggèrent que les schèmes cognitifs qui modulent l'interprétation des causes d'un événement traumatique constituent des modes stables de perception et d'interprétation du monde qui ont été développés depuis l'enfance. La théorie de l'attachement complète le modèle proposé par ces chercheurs en offrant une compréhension du développement des schèmes cognitifs dans une perspective relationnelle. Dans ce contexte, il s'avère pertinent d'étudier le rôle de médiation des styles d'attributions causales dans la relation entre l'attachement et le TSPT.

Une autre question de recherche à laquelle la présente étude ne permet pas de répondre mais qu'il serait intéressant d'explorer se rapporte au parallèle possible entre les stratégies de régulation émotionnelle d'hyperactivation et de désactivation, théoriquement associées aux différents modèles d'attachement, et les symptômes de stress post-traumatique qui se distinguent également en fonction de la dimension hyperactivation (intrusions, hypervigilance) et désactivation (évitement). Plus précisément, est-ce que les modèles d'attachement insécurisé pourraient se distinguer sur le type de symptômes post-traumatiques principalement rapportés?

Bref, la présente étude soulève différentes réflexions et questions à explorer dans des études futures et met en évidence l'importance de poursuivre les recherches en psychologie du développement et dans le domaine de l'attachement pour comprendre les facteurs impliqués dans le TSPT et la psychopathologie adulte.

CONCLUSION

Le but de la présente étude était d'examiner le lien entre le degré de sécurité de l'attachement, les stratégies comportementales de régulation des émotions et les symptômes de stress post-traumatique, ainsi que de vérifier l'hypothèse du rôle de médiation des stratégies de régulation dans la relation entre l'attachement et les symptômes. Les hypothèses de recherche ont été élaborées sur la prémisse théorique selon laquelle le degré de sécurité de l'attachement d'un individu, établi entre autres sur la base des relations avec les premières figures d'attachement, est associé à l'utilisation de stratégies de régulation des émotions plus ou moins optimales pour faire face aux situations générant une forte intensité émotionnelle (Sroufe *et al.*, 1999). Par ailleurs, la manière de réguler les émotions suscitées par un événement traumatique et réactivées par les reviviscences est considérée comme un élément important dans le développement et le maintien des symptômes de TSPT (McFarlane et Yehuda, 1996). Ainsi, l'orientation de l'attention sur les émotions négatives de même que différentes formes d'évitement émotionnel, stratégies associées à l'insécurité de l'attachement, sont liées à plus de symptômes de TSPT, alors que la mobilisation du soutien social et l'expression des émotions, associées à la sécurité de l'attachement, favoriseraient les processus cognitifs nécessaires à l'intégration du trauma (Ehlers, Mayou et Bryant, 1998).

À ce jour, aucune étude n'avait examiné simultanément les relations entre l'attachement, les stratégies de régulation des émotions, et les symptômes de stress post-traumatique. Les études antérieures ayant examiné le lien entre l'attachement et la symptomatologie du TSPT l'avait fait selon l'approche de la psychologie sociale en utilisant des questionnaires portant sur les relations amoureuses pour mesurer l'attachement. Ces études avaient également toutes été effectuées auprès d'individus

ayant été exposés à des traumatismes liés à la guerre. La présente étude est la première à avoir mesuré l'attachement dans le contexte du stress post-traumatique par l'intermédiaire d'une entrevue semi-structurée issue de la psychologie du développement. Il s'agit également de la première étude à avoir examiné le lien entre l'attachement et les symptômes de TSPT par le truchement d'un modèle de médiation et auprès d'individus ayant été exposés à des traumas autres que ceux liés à la guerre. De plus, l'insertion de mesures répétées pour évaluer l'évolution des symptômes constitue un design novateur et prometteur pour comprendre le rôle de la sécurité de l'attachement dans l'intégration du trauma.

Les résultats soutiennent partiellement les hypothèses et montrent un lien entre l'insécurité de l'attachement et l'utilisation de stratégies de régulation centrées sur les émotions négatives, de même qu'avec l'utilisation de diverses substances, une forme d'évitement émotionnel (Lazarus et Folkman, 1984). Les résultats soutiennent également le modèle de médiation proposé et montrent que ces stratégies de régulation des émotions expliquent partiellement la relation observée entre le niveau de sécurité de l'attachement et les symptômes de stress post-traumatique.

Sans permettre d'établir des liens de causalité, les résultats sont en partie consistants avec le modèle proposé par la théorie développementale de l'attachement qui postule que les représentations internalisées de l'attachement influencent l'adoption de stratégies spécifiques de régulation des émotions. Adaptatives dans le contexte relationnel dans lequel elles se sont développées, ces stratégies sont plus ou moins optimales dans l'intégration d'une expérience traumatique survenue à l'âge adulte. Dans cette optique, le niveau de sécurité de l'attachement peut constituer un facteur de résilience ou de prédisposition à la cristallisation des symptômes de stress post-traumatique. L'observation d'une relation significative entre l'attachement et les symptômes d'intrusion à trois mois post-trauma, qui n'était pas apparente à un mois post-trauma, appuie le modèle proposé à l'origine par Horowitz (1978) qui suggère

que les reviviscences dans les jours et les semaines qui suivent l'événement sont normales et nécessaires au processus d'intégration du trauma. Ce résultat appuie également l'hypothèse de certains chercheurs qui s'intéressent à l'étiologie du TSPT et qui pensent que la manière de gérer les symptômes initiaux influence leur maintien à plus long terme (McFarlane et Yehuda, 1996). Ceci expliquerait que la présence des intrusions peu après l'événement soit indépendante du niveau de sécurité de l'attachement, et que le rôle de ce dernier et des stratégies de régulation sur les intrusions soit observable à plus long terme.

Certaines limites méthodologiques peuvent expliquer l'absence de résultat quant aux hypothèses relatives au lien entre l'attachement et les autres stratégies comportementales de régulation des émotions, notamment en ce qui a trait à la mobilisation du soutien social et à certaines formes d'évitement. Le principal problème empirique rencontré dans cette étude provenait du fait qu'il n'existe pas à ce jour une mesure fiable rassemblant les différents construits que nous cherchions à mesurer au niveau de la régulation émotionnelle. Il a donc fallu avoir recours aux diverses sous-échelles de plusieurs instruments dont les items représentent à la fois des stratégies qui sont adaptatives et des stratégies qui le sont moins. Ceci pourrait expliquer l'absence de corrélations entre ces mesures et le niveau de sécurité de l'attachement.

Il s'avère essentiel pour les études futures d'élaborer un instrument multimodal pour mesurer les construits de régulation émotionnelle. Afin de pouvoir établir plus clairement des liens de causalité entre les variables étudiées, il s'avère également indispensable de prévoir des études prospectives avec des échantillons plus substantiels qui permettront d'examiner la stabilité des modèles opérant de l'attachement à l'âge adulte et de confirmer que ces modèles représentent bien des facteurs de risque ou de résilience dans le développement du TSPT et de la psychopathologie.

Enfin, l'étude des marqueurs neurobiologiques potentiellement associés à l'attachement, aux stratégies de régulation des émotions, et au TSPT pourrait permettre de vérifier les hypothèses formulées entre autres par Schore (2002) concernant l'impact des premières relations d'attachement sur le développement neurobiologique et d'apporter un appui supplémentaire aux prémisses conceptuelles de ce modèle diathèse de la psychopathologie.

APPENDICE A

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TSPT SELON LE DSM-IV (1994)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TSPT SELON LE DSM-IV
Diagnostic 309.81 (APA, 1994)

Version traduite et adaptée du DSM-IV par Pascale Brillon, Laboratoire d'Étude du Trauma, Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal.

Le TSPT découle selon le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) de l'exposition à un événement traumatique qui provoque chez l'individu de la peur, de la détresse ou de l'horreur. Ce trouble se manifeste par une ré-expérience persistante de l'événement traumatique, des comportements d'évitement des stimuli associés au traumatisme, un émoussement de la réactivité générale et un état d'hyperactivité neurovégétative.

A) La personne a été exposée à un événement traumatique au cours duquel les deux critères suivants étaient présents:

(1) la personne a été exposée, témoin ou confrontée à un ou des événements qui ont impliqués la mort la ou menace de mort, ou des blessures graves ou une menace à son intégrité physique ou à celle d'autrui,

(2) la réaction de la personne impliquait une peur intense, de la détresse ou de l'horreur.

B) L'événement traumatique est revécu de façon persistante, d'une ou plusieurs des façons suivantes:

(1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement incluant des images, pensées, perceptions;

(2) rêves répétitifs et pénibles de l'événement;

(3) impression ou agissement soudain comme si l'événement traumatique se reproduisait;

(4) intense détresse psychologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes ressemblant à un aspect du traumatisme ou symbolisant celui-ci;

(5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes ressemblant à un aspect du traumatisme ou le symbolisant.

C) Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (non présent avant le trauma) qui s'expriment par trois ou plus des symptômes suivants:

(1) efforts pour éviter les pensées, sentiments ou conversations associés au traumatisme;

(2) efforts pour éviter les activités, endroits ou gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme;

(3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme;

(4) réduction nette de l'intérêt ou de la participation pour des activités de valeur significative;

(5) sentiment de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres;

(6) restriction des affects (ex.: incapacité de ressentir des sentiments amoureux);

(7) sentiment que l'avenir est "bouché", que sa vie ne pourra plus se dérouler normalement.

D) La personne présente deux ou plusieurs symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme):

(1) difficultés à s'endormir ou sommeil interrompu;

(2) irritabilité ou accès de colère;

(3) difficultés de concentration;

(4) hypervigilance;

(5) réaction de sursaut exagérée.

E) Les symptômes B, C et D sont présents durant au moins 1 mois.

E) Le problème entraîne une détresse cliniquement significative ou un dysfonctionnement au niveau social, professionnel ou dans un autre domaine de fonctionnement important.

La victime souffrant de TSPT ré-expérimente donc, cognitivement l'événement traumatisant, effectue un évitement des stimuli associés à cet événement et démontre des difficultés émotionnelles et un état d'alerte physiologique constant.

Spécifier si:

TSPT aigu: la durée des symptômes est de moins de 3 mois.

TSPT chronique: la durée des symptômes est de 3 mois ou plus.

Spécifier si:

TSPT différée: les symptômes apparaissent 6 mois ou plus après le trauma.

APPENDICE B
INSTRUMENTS DE MESURE

Instruments	Pages
B.1 Adult Attachment Projective (AAP)	126
B.2 Questionnaire sur les expériences d'attachement amoureux (QEAA)	137
B.3 Impact of Event Scale-Revised (IES-R)	140
B.4 Clinician Administered for PTSD Symptoms (CAPS)	143
B.5 Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS)	173
B.6 Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire (PDEQ)	195
B.7 Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)	197
B.8 Thought Control Questionnaire (TCQ)	199
B.9 Substance Use Inventory (SUBS)	201
B.10 Anxiety Sensitivity Index (ASI)	205
B.11 Emotional Expressivity Scale (EES)	207
B.12 Self-Disclosure Questionnaire (SDQ)	209
B.13 Sources of Support Scale (SSS)	212
B.14 Social Constraints Scale (SCS)	214
B.15 Potential Stressful Event Interview (PSEI)	216
B.16 Trauma History Checklist (THC)	221

B.1

Adult Attachment Projective (AAP)

Protocole du Test Projectif de l'Attachement Adulte

Le Test Projectif de l'Attachement Adulte est une série de huit images qui, à l'exception de l'image de «réchauffement», dépeignent des scènes qu'on a trouvées susceptibles d'activer le système d'attachement (voir West & Sheldon-Keller, 1994). Les scènes dépeignent soit un enfant ou un adulte seul soit une dyade enfant-adulte ou adulte-adulte. Même si les images ont été conçues comme des stimuli projectifs, la méthode d'administration ressemble plus au format d'une entrevue semi-structurée (e.g., le *AAI*, le *child doll play*) que le format projectif traditionnel (e.g., le *TAT*). *Ceci veut dire que l'administrateur doit introduire des questions qui amènent doucement l'individu à fournir des détails à leur histoire permettant aux codeurs de discriminer la classification des groupes d'attachement.* Les protocoles sont classifiés en quatre groupes d'attachement: Sécurisant (F), Détaché (Ds), Préoccupé (E) et Non-résolu (U).

Ordre de présentation des images

Seul vs. dyade

1. Neutre (L'enfant jouant à la balle)	
2. L'enfant à la fenêtre	Seul
3. Le départ	Dyade
4. Le banc	Seul
5. Le lit	Dyade
6. L'ambulance	Dyade
7. Le cimetière	Seul
8. L'enfant au coin	Seul

Instructions pour l'entrevue

Les interviewers doivent suivre le script et les questions tel qu'ils sont formulés ci-dessous. Ajouter sa touche personnelle au script altère souvent sans le savoir les instructions et les questions.

En débutant.

« Je vais vous montrer une série d'images une à la fois et je vais vous donner un peu de temps pour penser à chacune d'elle. Ensuite, je vais vous demander de me raconter une histoire à propos de ce qui se passe dans l'image. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Inventez une histoire sur ce qui se passe dans l'image, ce qui a mené à cette scène et ce qui pourrait arriver par la suite. »

Questions: L'interviewer doit utiliser un **minimum de deux questions** en réponse à l'histoire du participant. Si l'interviewer considère que le participant a donné un scénario complet, il devrait quand même demander:

« D'après vous, qu'est-ce qui pourrait arriver par la suite? » suivi de *« Autre chose? »*

ou

« Autre chose vous vient à l'esprit? ».

Faire attention de ne pas formuler les questions d'une façon qui pourrait diriger les participants.

Si le participant omet de décrire ce qui a mené à la scène dans l'image ou ce qui a suivi, utilisez une question reprenant les instructions comme:

«D'après-vous, qu'est-ce qui a mené à cette scène?»

ou

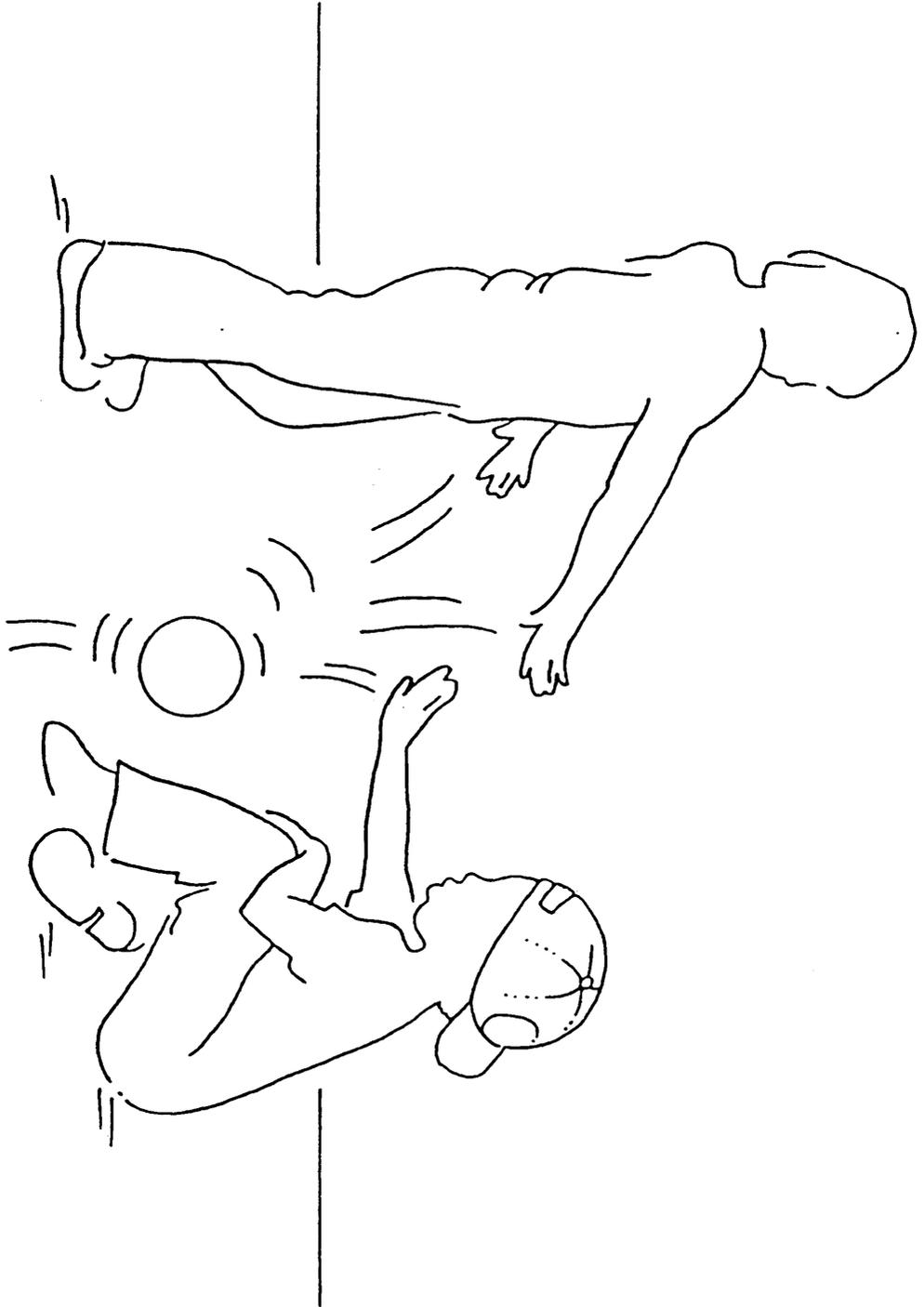
«Qu'est-ce qui pourrait arriver ensuite?».

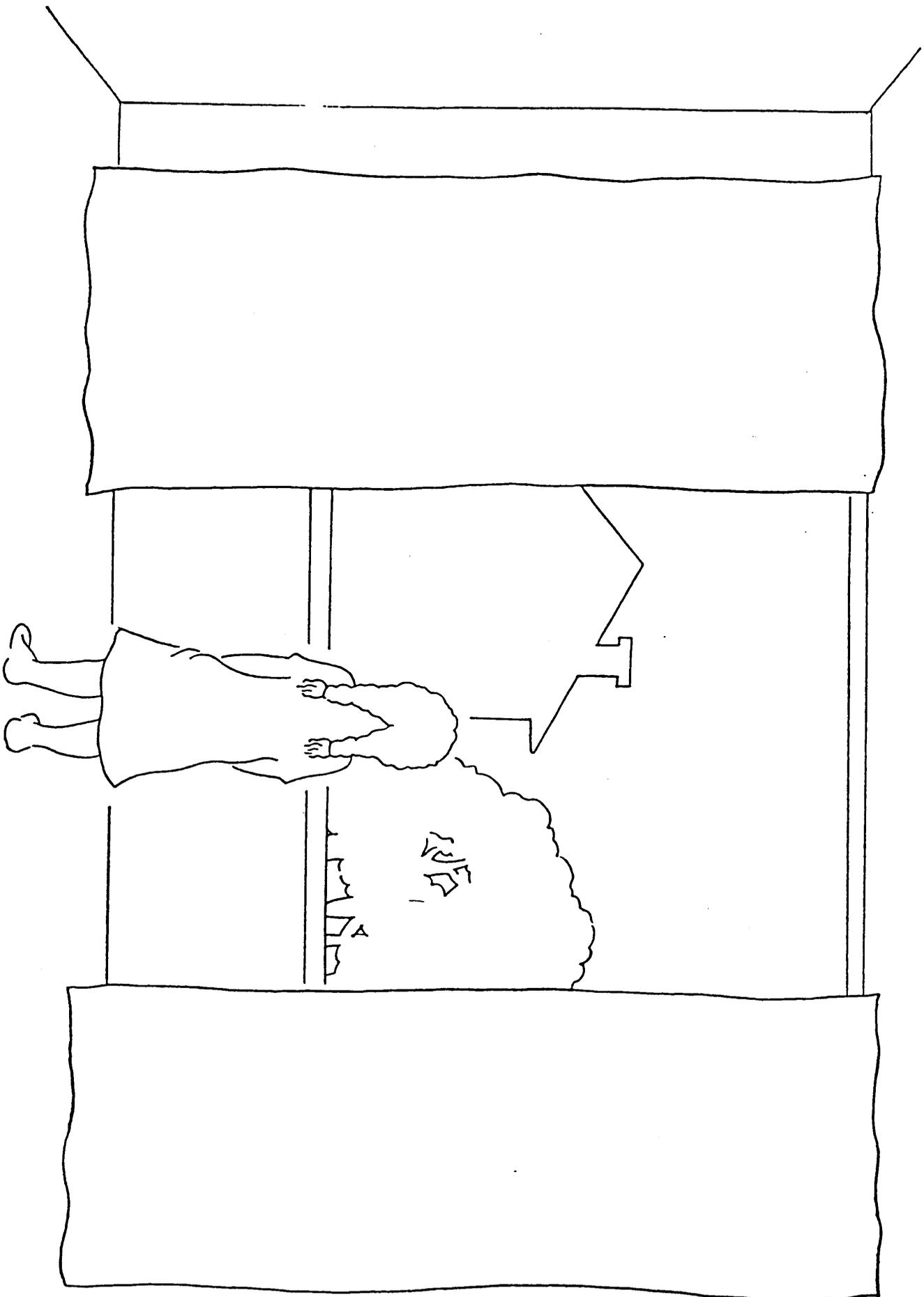
Si le participant omet de décrire les sentiments des personnages dans l'image, utilisez les questions suivantes:

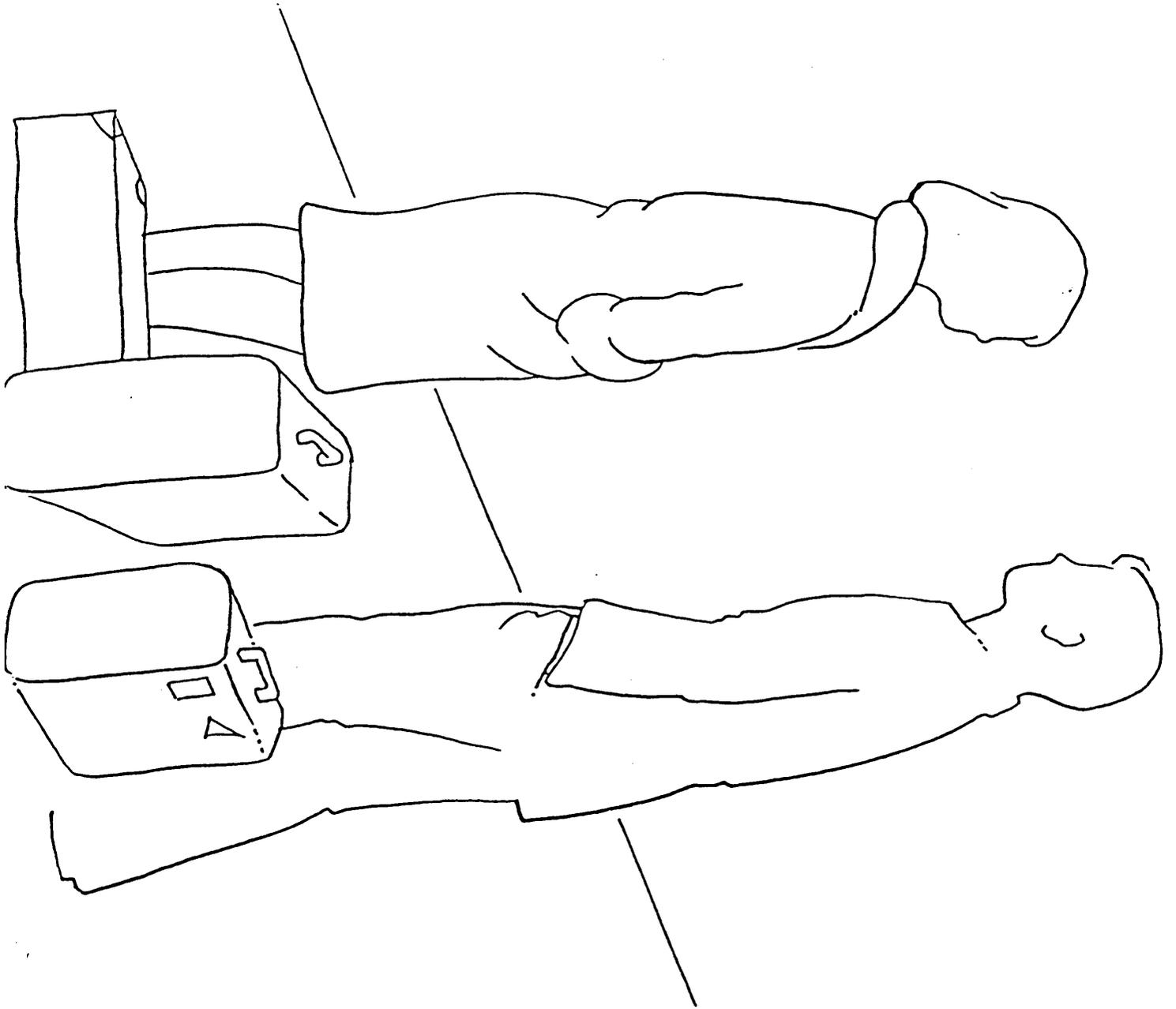
«À quoi pensent-ils? Que ressentent-ils?».

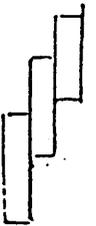
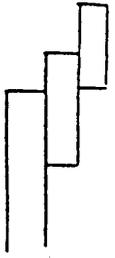
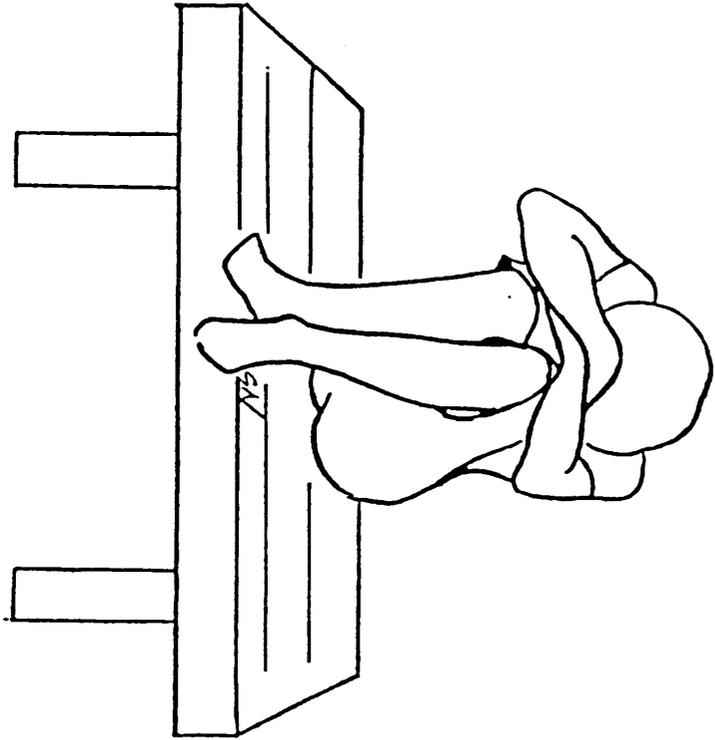
Si le participant répond vaguement ou que la réponse est trop générale, demandez:

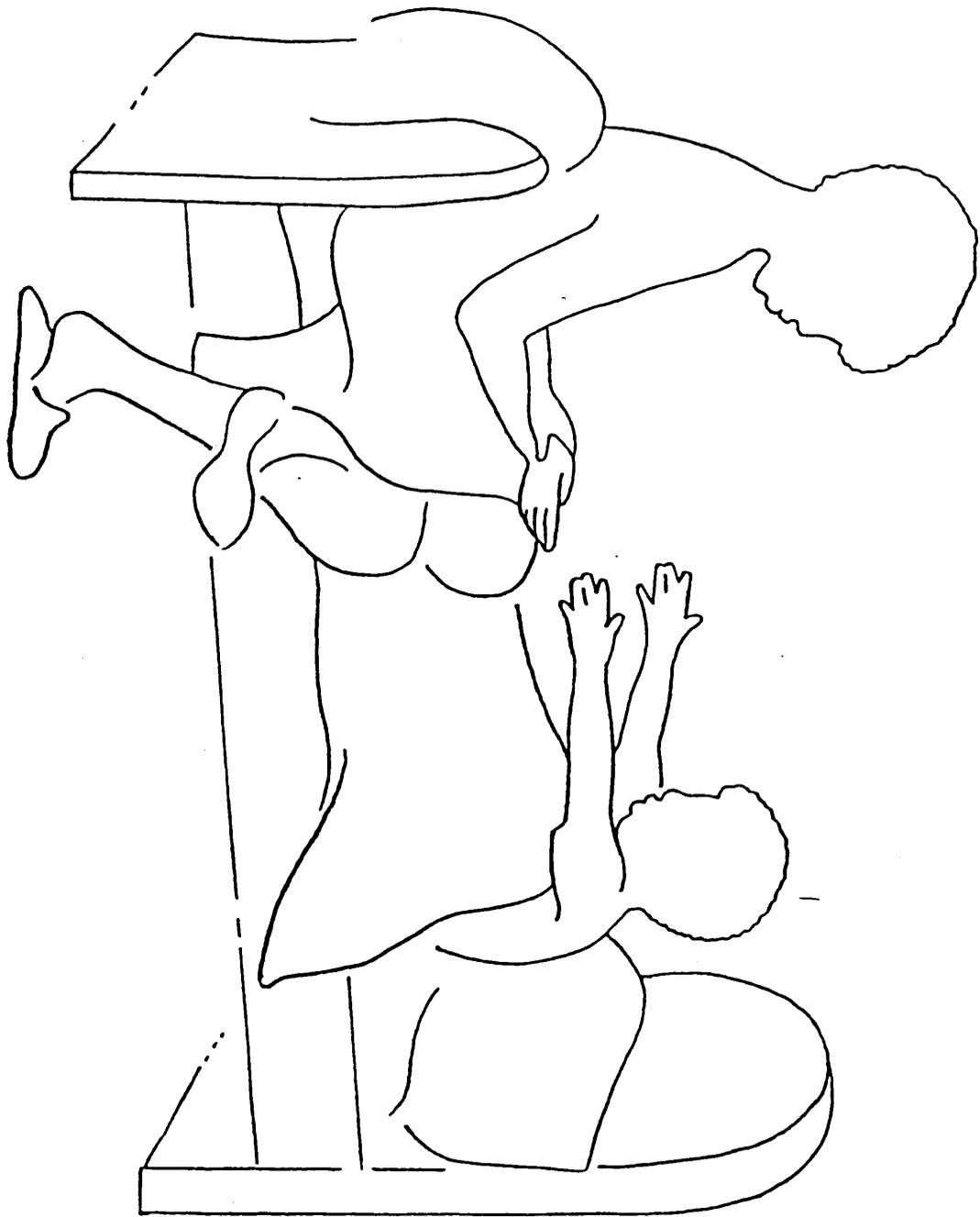
«Que voulez-vous dire par ça?».

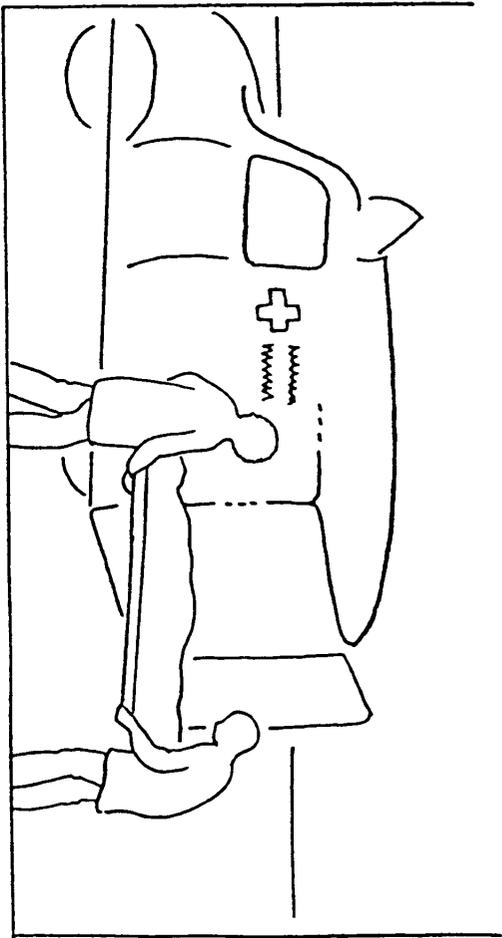
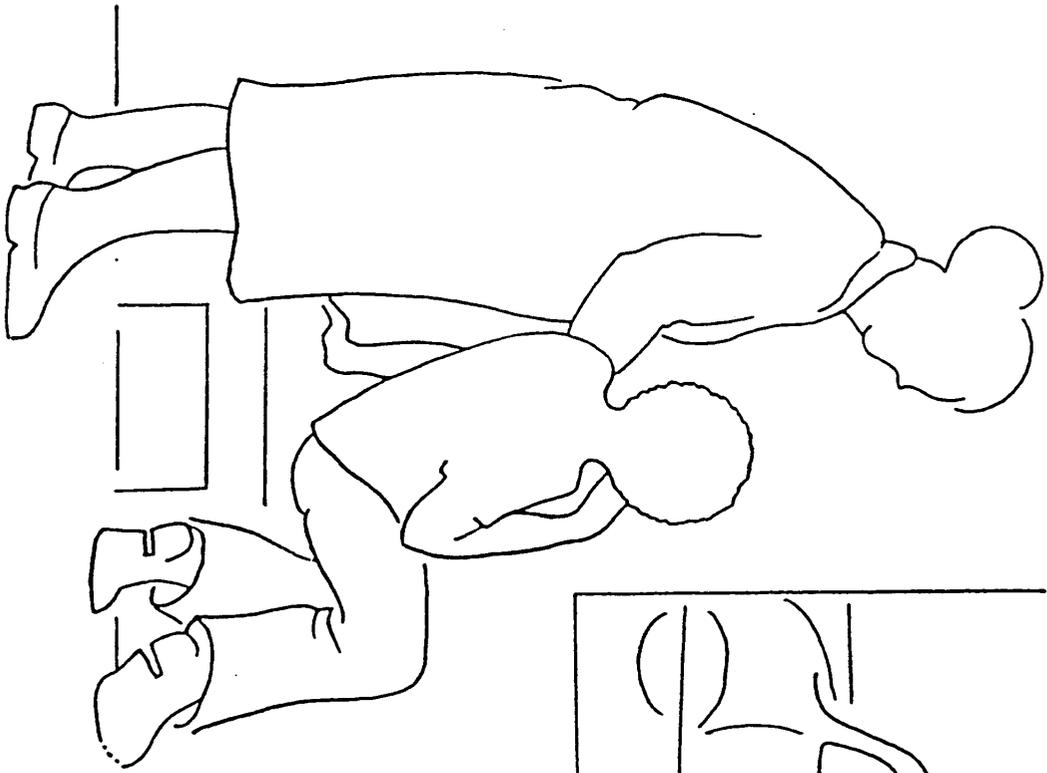


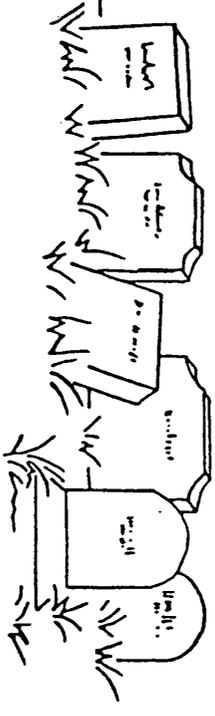
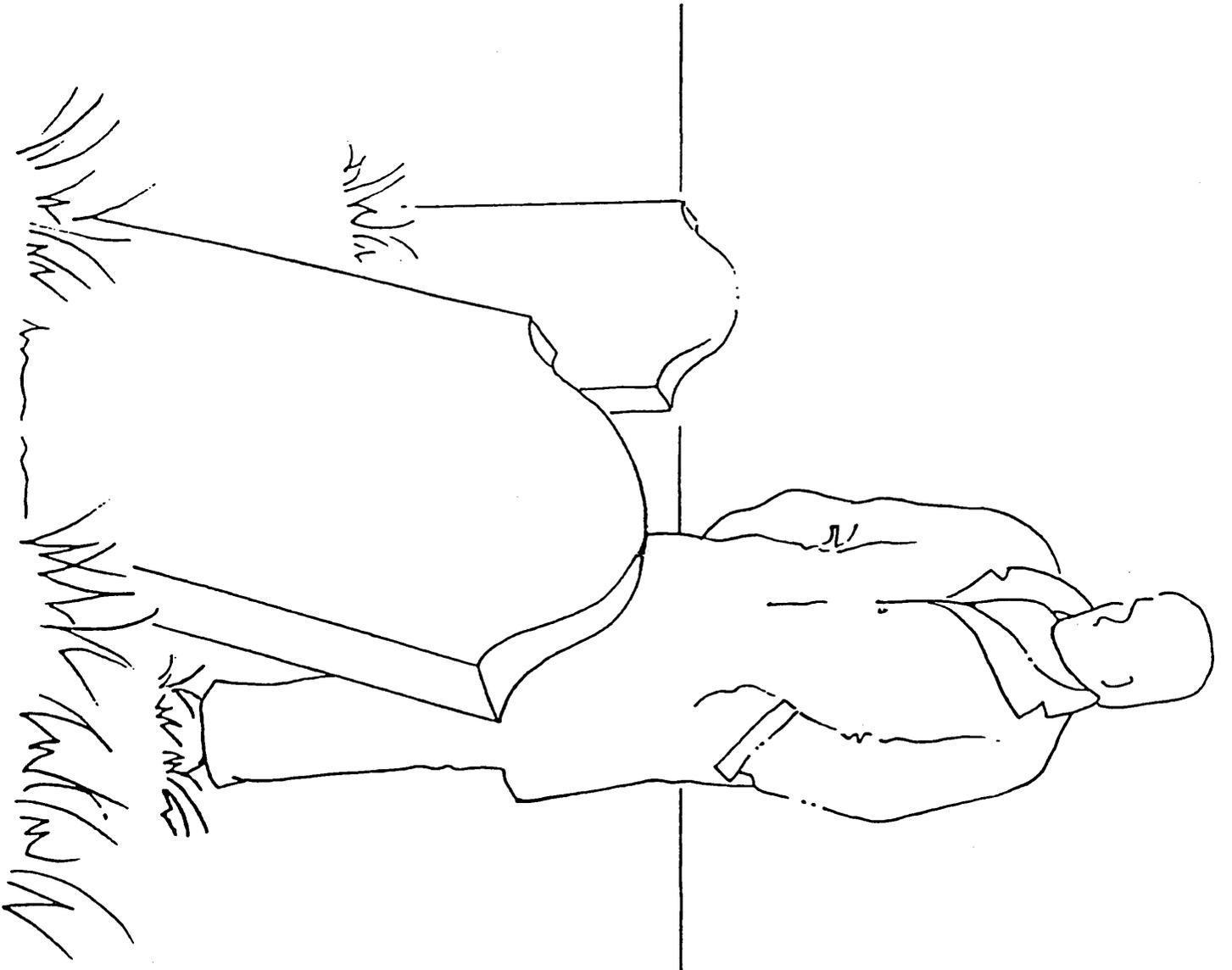


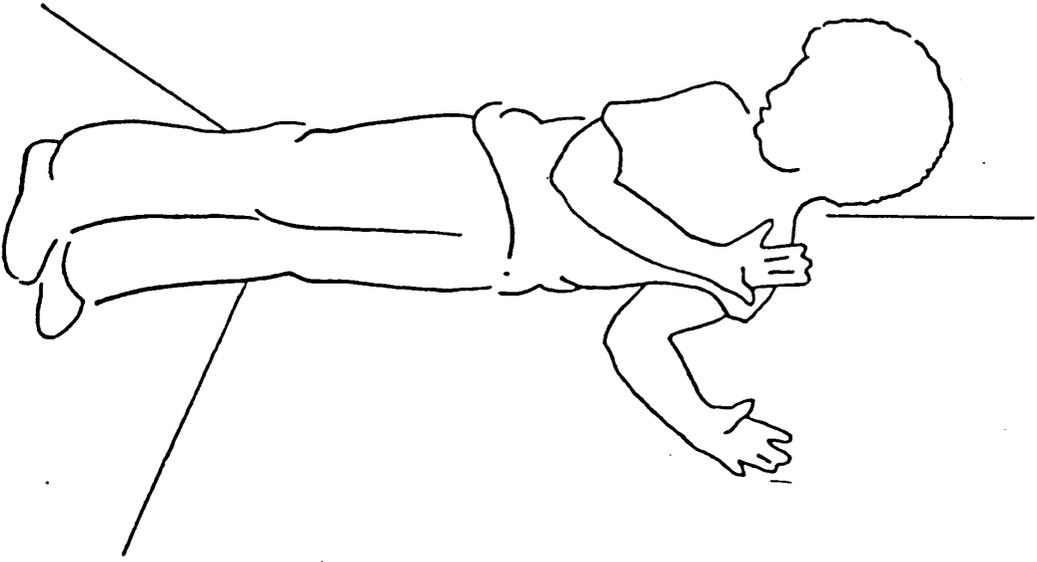












B.2**Questionnaire sur les expériences d'attachement amoureux (QEAA)**

QUESTIONNAIRE SUR LES EXPÉRIENCES AMOUREUSES

Consigne : Les énoncés suivants se rapportent à comment vous vous sentez à l'intérieur de vos relations amoureuses. Nous nous intéressons à la manière dont **vous vivez généralement ces relations et non seulement à ce que vous vivez dans votre relation actuelle**. Répondez à chacun des énoncés en indiquant jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord. Inscrivez le chiffre correspondant à votre choix dans l'espace réservé à cet effet selon l'échelle suivante :

Fortement en désaccord			Neutre / partagé(e)				Fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7	

- 1 _____ Je préfère ne pas montrer mes sentiments profonds à mon/ma partenaire.
- 2 _____ Je m'inquiète à l'idée d'être abandonné(e).
- 3 _____ Je me sens très à l'aise lorsque je suis près de mon/ma partenaire amoureux(se).
- 4 _____ Je m'inquiète beaucoup au sujet de mes relations.
- 5 _____ Dès que mon/ma partenaire se rapproche de moi, je sens que je m'en éloigne.
- 6 _____ J'ai peur que mes partenaires amoureux(es) ne soient pas autant attaché(e)s à moi que je le suis à eux(elles).
- 7 _____ Je deviens mal à l'aise lorsque mon/ma partenaire amoureux(se) veut être très près de moi.
- 8 _____ Je m'inquiète pas mal à l'idée de perdre mon/ma partenaire.
- 9 _____ Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mon/ma partenaire.
- 10 _____ Je souhaite souvent que les sentiments de mon/ma partenaire envers moi soient aussi forts que les miens envers lui/elle.
- 11 _____ Je veux me rapprocher de mon/ma partenaire, mais je ne cesse de m'en éloigner.
- 12 _____ Je cherche souvent à me fondre entièrement avec mes partenaires amoureux(se) et ceci les fait parfois fuir.
- 13 _____ Je deviens nerveux(se) lorsque mes partenaires se rapprochent trop de moi.
- 14 _____ Je m'inquiète à l'idée de me retrouver seul(e).
- 15 _____ Je me sens à l'aise de partager mes pensées intimes et mes sentiments avec mon(ma) partenaire.
- 16 _____ Mon désir d'être très près des gens les fait fuir parfois.
- 17 _____ J'essaie d'éviter d'être trop près de mon/ma partenaire.
- 18 _____ J'ai un grand besoin que mon/ma partenaire me rassure de son amour.
- 19 _____ Il m'est relativement facile de me rapprocher de mon/ma partenaire.

Fortement en désaccord	Neutre / partagé(e)					Fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

- 20 _____ Parfois, je sens que je force mes partenaires à me manifester davantage leurs sentiments et leur engagement.
- 21 _____ Je me permets difficilement de compter sur mes partenaires amoureux(es).
- 22 _____ Il ne m'arrive pas souvent de m'inquiéter d'être abandonné(e).
- 23 _____ Je préfère ne pas être trop près de mes partenaires amoureux(es).
- 24 _____ Lorsque je n'arrive pas à faire en sorte que mon/ma partenaire s'intéresse à moi, je deviens peiné(e) ou fâché(e).
- 25 _____ Je dis à peu près tout à mon/ma partenaire.
- 26 _____ Je trouve que mes partenaires ne veulent pas se rapprocher de moi autant que je le voudrais.
- 27 _____ Habituellement, je discute de mes préoccupations et de mes problèmes avec mon/ma partenaire.
- 28 _____ Lorsque je ne vis pas une relation amoureuse, je me sens quelque peu anxieux(se) et insécure.
- 29 _____ Je me sens à l'aise de compter sur mes partenaires amoureux(es).
- 30 _____ Je deviens frustré(e) lorsque mon/ma partenaire n'est pas là aussi souvent que je le voudrais.
- 31 _____ Cela ne me dérange pas de demander du réconfort, des conseils ou de l'aide à mes partenaires amoureux(es).
- 32 _____ Je deviens frustré(e) si mes partenaires amoureux(es) ne sont pas là quand j'ai besoin d'eux.
- 33 _____ Cela m'aide de me tourner vers mon/ma partenaire quand j'en ai besoin.
- 34 _____ Lorsque mes partenaires amoureux(es) me désapprouvent, je me sens vraiment mal vis-à-vis moi-même.
- 35 _____ Je me tourne vers mon/ma partenaire pour différentes raisons, entre autres pour avoir du réconfort et pour me faire rassurer.
- 36 _____ Je suis contrarié(e) lorsque mon/ma partenaire passe du temps loin de moi.

B.3

Impact of Event Scale – Revised (IES-R)



		/							

INSTRUCTIONS: Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) par chacune de ces difficultés au cours des 7 derniers jours après l'événement stressant/dangereux qui vous a amené à l'hôpital.

Dans quelle mesure avez-vous été affecté(e) ou bouleversé(e) par ces difficultés?

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
-------------	--------	-------------	--------------	-------------

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments en rapport avec celui-ci. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Je me réveillais la nuit. | <input type="checkbox"/> |
| 3. Différentes choses me faisaient y penser. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Je me sentais irritable et en colère. | <input type="checkbox"/> |
| 5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser. | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sans le vouloir, j'y repensais. | <input type="checkbox"/> |
| 7. J'avais l'impression que rien n'était vraiment arrivé ou que ce n'était pas réel. | <input type="checkbox"/> |
| 8. Je me suis tenu loin de ce qui me faisait y penser. | <input type="checkbox"/> |
| 9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête. | <input type="checkbox"/> |
| 10. J'étais nerveux(se) et je sursautais facilement. | <input type="checkbox"/> |
| 11. J'essayais de ne pas y penser. | <input type="checkbox"/> |

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
-------------	--------	-------------	--------------	-------------

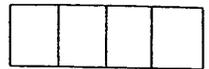
Cocher les cases comme ça:
Et non comme ça:

EI



54263

Impact of Event Scale - Revised T3



12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face.

13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés.

14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement.

15. J'avais du mal à m'endormir.

16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement.

17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire.

18. J'avais du mal à me concentrer.

19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations.

20. J'ai rêvé à l'événement.

21. J'étais aux aguets et sur mes gardes.

22. J'ai essayé de ne pas en parler.

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Passablement	Extrêmement
-------------	--------	-------------	--------------	-------------

B.4

Clinician Administered for PTSD Symptoms (CAPS)

Numéro de dossier

Initiales du client

CAPS

CLINICIAN-ADMINISTERED PTSD SCALE

Version Française

Qu'est ce que la CAPS ?

- La CAPS est une entrevue semi-dirigée permettant de poser un diagnostic actuel ou passé d'État de stress post-traumatique (ESPT) congruent avec la nomenclature DSM-IV (APA, 1994).
- L'entrevue se présente sous la forme d'une série de questions répertoriant chacun des 17 symptômes cardinaux d'ESPT.
- L'entrevue CAPS permet d'évaluer la sévérité de chaque symptôme et de recueillir suffisamment d'information pour poser le diagnostic d'ESPT.
- La CAPS a été développée par le Centre national pour le stress post-traumatique des États-Unis (*National Center for PTSD*), par Blake D.D., Weathers F.W., Nagy L.M., Kaloupek D.G., Charney D.S. et Keane T.M.

Dans quel contexte utiliser la CAPS ?

- La CAPS est employée à des fins d'évaluation clinique, scientifique (recherche), ou juridique auprès d'une clientèle adulte et adolescente (15 ans et plus).
- Développée initialement pour évaluer d'anciens militaires, l'entrevue CAPS est maintenant utilisée pour évaluer une multitude de populations exposées à des événements traumatiques (ex. victimes de viols, d'agressions, d'accidents de la route, d'accidents de travail, d'inceste, de maladies graves, de tortures, etc.).

Numéro de dossier

Initiales du client

INSTRUCTIONS

1. Informer la personne interviewée:

« Je vais maintenant vous poser des questions à propos de certaines situations difficiles ou stressantes qui peuvent survenir. En voici quelques exemples: voir ou subir un accident grave, un incendie, un ouragan ou un tremblement de terre; être agressé(e), battu(e) ou attaqué(e) avec une arme; être forcé(e) d'accomplir des actes sexuels contre son gré. Je vais d'abord vous demander de prendre connaissance de la liste de telle situations et de cocher celles qui s'appliquent à votre cas. Ensuite, si l'une des situations s'applique à vous, je vais vous demander de m'expliquer brièvement ce qui s'est passé et ce que vous avez ressenti au moment où c'est arrivé.»

« Il peut être pénible de se rappeler certaines de ces situations qui peuvent rappeler des souvenirs désagréables ou des sentiments douloureux. En parler soulage certaines personnes, mais c'est à vous de décider ce que vous voulez me dire. Au cours de notre entretien, si vous vous sentez bouleversé(e), dites-le moi et nous pourrons faire une pause pour en parler. Si vous avez des questions à poser ou s'il y a quelque chose que vous ne comprenez pas très bien, veuillez me le dire. Avez-vous des questions avant de commencer l'entrevue? »

2. Remettre la check-list et donner les instructions pour que la personne la complète (voir check-list)

Une fois la liste des événements potentiellement traumatiques complétée, explorer le caractère traumatique de trois événements.

Si plus de trois événements sont cochés comme pertinents: vous devrez déterminer les trois événements à explorer. Par exemple : Le premier, le pire et le plus récent des événements, ou les trois pires événements ou, le traumatisme qui peut être d'intérêt, etc...

3. Évaluer le caractère traumatique des événements:

Des événements sont-ils cochés comme pertinents sur la page précédente?

- Oui** - Si «oui», remplir la feuille du premier événement et procéder à l'interrogation.
- Non** - Si «non», poser la question «Avez-vous déjà été menacé de mort ou de blessure grave, même si vous n'avez pas réellement été blessé(e) ou n'avez pas subi de dommage?»
- Oui** - Si «oui», remplir la feuille du premier événement et procéder à l'interrogation
- Non** - Si «non», poser la question «Avez-vous déjà été menacé de mort ou de blessure grave, même si vous n'avez pas réellement été blessé(e) ou n'avez pas subi de dommage?»
- Oui** - Si «oui», remplir la feuille du premier événement et procéder à l'interrogation.
- Non** - Si «non», le patient n'est pas admissible à l'évaluation.

Numéro de dossier:

Initiales du client

Liste des événements potentiellement traumatiques.

Remettre la liste à la personne interviewée et lui dire:

« Voici une liste de situations difficiles ou stressantes qu'une personne peut avoir à traverser (vivre). Pour chaque situation, cocher une ou plusieurs cases pour indiquer que: (a) Vous avez vécu **personnellement** une telle situation; (b) Une autre personne a vécu une telle situation et **vous en avez été témoin**; (c) Vous **avez appris** qu'un de vos proches a vécu une telle situation; (d) La situation **ne s'applique pas** à vous. »

Événement	Cela m'est arrivé	J'en ai été témoin	Je l'ai appris	Ne s'applique pas
1. Catastrophe naturelle (inondation, ouragan, tornade, tremblement de terre, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Incendie ou explosion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Accident de la route (accident de voiture ou de bateau, déraillement de train, écrasement d'avion...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Accident grave au travail, à domicile ou pendant des occupations de loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Exposition à une substance toxique (produits chimiques dangereux, radiation, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Agression physique (avoir été attaqué, frappé, poignardé, battu, reçu des coups de pieds, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Attaque à main armée (avoir été blessé par arme à feu ou arme tranchante, avoir été menacé avec un couteau, une arme à feu ou une bombe, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Agression sexuelle (viol, tentative de viol, être obligé d'accomplir tout acte sexuel par la force ou sous des menaces)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Autre expérience sexuelle non désirée et désagréable (abus sexuel dans l'enfance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Participation à un conflit armé ou présence dans une zone de guerre (dans l'armée ou comme civil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Captivité (avoir été kidnappé, enlevé, pris en otage, incarcéré comme prisonnier de guerre, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Maladie ou blessure mettant la vie en danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Souffrances humaines intenses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mort violente (homicide, suicide, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mort subite et inattendue d'un proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Blessure grave, dommage ou mort causé par vous à quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Toute autre expérience très stressante (négligence sévère dans l'enfance, torture).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser.....				

Numéro de dossier

Initiales du client

Feuillet d'exploration des événements potentiellement traumatiques

Premier événement: préciser le choix de l'événement exploré (le pire, le plus récent, etc.) _____

Description de l'événement	
<p>Que s'est-il passé ?</p> <p>Quel âge aviez-vous ? Qui d'autre était impliqué ? Combien de fois est-ce arrivé ? Y a-t-il eu ou avez-vous reçu des menaces de mort ? Des blessures graves ?</p>	<p>Description: type d'événement, victime(s), auteur(s) de l'acte, témoin(s) âge, fréquence</p>
<p>Comment avez-vous réagi sur le plan émotif pendant et peu après l'événement?</p> <p>Avez-vous eu très peur ? Étiez-vous très anxieux? Horrifié ? Avez-vous ressenti de l'impuissance? Jusqu'à quel point ? Étiez-vous en état de choc ou tellement abasourdi(e) que vous n'avez rien ressenti ? Comment était-ce ? Comment les autres ont-ils perçu votre réaction émotive ? Et après l'événement comment avez-vous réagit sur le plan émotif ?</p>	

A1	Oui	Non	Soi	Autrui
Menace de mort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blessure grave ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menace pour l'intégrité physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2	Oui	Non	Durant	Après
Peur intense, impuissance ou horreur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le sujet satisfait-il au critère A ?

Le critère A est rempli si la réponse est « oui » à au moins une question de A1 et « oui » pour A2.

Oui Non

Numéro de dossier

Initiales du client

Feuille d'exploration des événements potentiellement traumatiques

Deuxième événement: préciser le choix de l'événement exploré (le pire, le plus récent, etc.) _____

Description de l'événement	
<p>Que s'est-il passé ?</p> <p>Quel âge aviez-vous ? Qui d'autre était impliqué ? Combien de fois est-ce arrivé ? Y a-t-il eu ou avez-vous reçu des menaces de mort ? Des blessures graves ?</p>	<p>Description:</p> <p>type d'événement, victime(s), auteur(s) de l'acte, témoin(s) âge, fréquence</p>
<p>Comment avez-vous réagi sur le plan émotif pendant et peu après l'événement?</p> <p>Avez-vous eu très peur ? Étiez-vous très anxieux? Horrifié ? Avez-vous ressenti de l'impuissance? Jusqu'à quel point ? Étiez-vous en état de choc ou tellement abasourdi(e) que vous n'avez rien ressenti ? Comment était-ce ? Comment les autres ont-ils perçu votre réaction émotive ? Et après l'événement comment avez-vous réagit sur le plan émotif ?</p>	

A1	Oui	Non	Soi	Autrui
Menace de mort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blessure grave ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menace pour l'intégrité physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2	Oui	Non	Durant	Après
Peur intense, impuissance ou horreur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le sujet satisfait-il au critère A ?

Le critère A est rempli si la réponse est « oui » à au moins une question de A1 et « oui » pour A2.

Oui Non

Numéro de dossier

Initiales du client

Feuille d'exploration des événements potentiellement traumatiques

Troisième événement: préciser le choix de l'événement exploré (le pire, le plus récent, etc.) _____

Description de l'événement	
<p>Que s'est-il passé ?</p> <p>Quel âge aviez-vous ? Qui d'autre était impliqué ? Combien de fois est-ce arrivé ? Y a-t-il eu ou avez-vous reçu des menaces de mort ? Des blessures graves ?</p>	<p>Description:</p> <p>type d'événement, victime(s), auteur(s) de l'acte, témoin(s) âge, fréquence</p>
<p>Comment avez-vous réagi sur le plan émotif pendant et peu après l'événement?</p> <p>Avez-vous eu très peur ? Étiez-vous très anxieux? Horrifié ? Avez-vous ressenti de l'impuissance? Jusqu'à quel point ? Étiez-vous en état de choc ou tellement abasourdi(e) que vous n'avez rien ressenti ? Comment était-ce ? Comment les autres ont-ils perçu votre réaction émotive ? Et après l'événement comment avez-vous réagit sur le plan émotif ?</p>	

A1	Oui	Non	Soi	Autrui
Menace de mort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blessure grave ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menace pour l'intégrité physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2	Oui	Non	Durant	Après
Peur intense, impuissance ou horreur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le sujet satisfait-il au critère A ?

Le critère A est rempli si la réponse est « oui » à au moins une question de A1 et « oui » pour A2.

Oui **Non**

Numéro de dossier

□ □ □ □ □

Initiales du client

□ □ □ □

CRITÈRE B : Reviviscence.

1. B1: Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement suscitant de la détresse.

Fréquence

Dans le dernier mois, vous est-il arrivé que des souvenirs de l'événement (images, pensées, perceptions) ressurgissent spontanément, sans le vouloir et sans que rien ne les déclenche ? Avez-vous des exemples ? Ces souvenirs sont-ils revenus quand vous étiez éveillé(e) ou seulement en rêve ? (À exclure lorsque les souvenirs de l'événement ne reviennent qu'en rêve -voir B2- ou lorsque les souvenirs sont déclenchés -voir B4-.)

Combien de fois avez-vous eu de tels souvenirs au cours du dernier mois ?

- 0. Jamais
- 1. Une ou deux fois.
- 2. Une ou deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine.
- 4. Tous les jours ou presque.

Description, exemples

[Empty box for description and examples]

Intensité

Dans quelle mesure ces souvenirs vous ont-ils causé de la détresse ? Avez-vous pu les chasser de votre esprit et penser à autre chose ? (Cela a-t-il été difficile ?) Dans quelle mesure ces souvenirs ont-ils perturbés vos activités ?

- 0. Nullement : Arrive à chasser les souvenirs; pas de détresse; aucune perturbation dans ses activités.
- 1. Légèrement : peu de détresse psychologique ou de perturbation dans ses activités.
- 2. Modérément : détresse nettement présente mais supportable ; quelques perturbations dans ses activités.
- 3. Sévèrement : détresse considérable, difficulté à chasser les souvenirs ; perturbation marquée dans ses activités.
- 4. Extrêmement : détresse incapacitante, impossibilité de chasser les souvenirs ; incapacité à poursuivre ses activités.

Numéro de dossier

Initiales du client

2. B2: Rêves répétitifs à propos de l'événement, suscitant de la détresse.

Fréquence

Au cours du dernier mois, avez-vous déjà fait des rêves pénibles à propos de l'événement ? Pouvez-vous me décrire un rêve typique. (Qu'arrive-t-il dans ces rêves ?) Combien de fois avez-vous fait de tels rêves au cours du dernier mois ?

- 0. Jamais
- 1. Une ou deux fois.
- 2. Une ou deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine.
- 4. Tous les jours ou presque

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure ces rêves vous ont-ils bouleversé(e) ou dérangé(e) ?

Est-il arrivé qu'ils vous réveillent ? Si oui, dans quel état vous êtes vous réveillé(e) ? Qu'avez-vous fait ? Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous rendormir ?

(Être à l'écoute de toute indication d'éveil anxieux, de cris, de mise en acte du cauchemar.)

Vos rêves ont-ils déjà affecté une autre personne ? De quelle façon ?

- 0. Pas du tout dérangé(e) ou bouleversé(e).
- 1. Légèrement : peu de détresse psychologique, peut ne pas s'être réveillé(e).
- 2. Modérément : s'est réveillé(e) en détresse, mais s'est rendormi(e) facilement.
- 3. Sévèrement : détresse considérable, difficulté à se rendormir.
- 4. Extrêmement : détresse incapacitante, ne s'est pas rendormi(e).

Numéro de dossier

Initiales du client

□ □ □ □ □

□ □ □ □

3. B3: Agir ou se sentir comme si l'événement se reproduisait (impression de revivre l'événement, illusions, hallucinations et épisodes dissociatifs avec flash-back [rappel d'images], incluant ceux qui surviennent au réveil ou en état d'intoxication).

Fréquence

Dans le dernier mois, vous est-il déjà arrivé d'agir ou de vous sentir comme si soudainement l'événement survenait à nouveau ? Des images ou des rappels d'images [flash-backs] de l'événement vous sont-ils soudainement revenus ? Quand vous étiez éveillé(e) ou seulement en rêve ? (À exclure si elles ne sont revenues qu'en rêve.)

Combien de fois est-ce arrivé au cours du mois dernier ?

- 0. Jamais
- 1. Une ou deux fois.
- 2. Une ou deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine.
- 4. Tous les jours ou presque

Description, exemples

Empty rectangular box for description and examples.

Intensité

Jusqu'à quel point cela semblait-il comme si l'événement survenait à nouveau ? Dans quelle mesure cela vous semblait-il réel ? (Par exemple, peut-être que vous ne saviez plus très bien où vous étiez, ni ce que vous faisiez ?) Combien de temps cette impression a-t-elle duré ? Qu'avez-vous fait pendant ce temps ? (D'autres personnes ont-elles remarqué votre comportement ? Qu'ont-elles dit ?)

- 0. Événement non revécu.
- 1. Légèrement : impression un peu plus réaliste que de simplement penser à l'événement.
- 2. Modérément : état dissociatif présent mais passager ; très conscient de l'endroit où il/elle se trouvait ; forme de rêve à l'état éveillé.
- 3. Sévèrement : état fortement dissociatif (dit voir des images, entendre des bruits ou sentir des odeurs), tout en restant un peu conscient de l'endroit où il/elle se trouvait.
- 4. Extrêmement : État complètement dissociatif (flash-back), inconscience de l'endroit où il/elle se trouvait, peut être insensible ; amnésie possible de l'épisode (black-out).

Numéro de dossier

Initiales du client

4. B4: Détresse psychologique intense, lorsque la personne est exposée à des indices qui ressemblent à un aspect de l'événement ou le symbolisent.

Fréquence

Dans le dernier mois, vous est-il déjà arrivé d'être bouleversé(e) lorsque quelque chose vous a rappelé l'événement ? (Est-ce que quelque chose a déjà déclenché en vous des sentiments pénibles liés à l'événement ?) Quels genres de choses vous ont rappelé l'événement et vous ont bouleversé(e) ?

Combien de fois est-ce arrivé au cours du dernier mois ?

- 0. Jamais
- 1. Une ou deux fois.
- 2. Une ou deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine.
- 4. Tous les jours ou presque

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure ces rappels vous ont-ils bouleversé(e) ou dérangé(e) ? Combien de temps ont-ils duré ? À quel point ont-ils affecté votre vie ?

- 0. Nullement.
- 1. Légèrement : peu de souffrance psychologique ou de perturbation dans ses activités.
- 2. Modérément : souffrance nettement présente mais supportable ; quelques perturbations dans ses activités.
- 3. Sévère : souffrance considérable ; perturbation marquée dans ses activités.
- 4. Extrêmement : souffrance incapacitante ; incapable de poursuivre ses activités.

Numéro de dossier

Initiales du client

5.B5 : Réactivité physiologique lorsque la personne est exposée à des éléments déclencheurs, internes ou externes, qui ressemblent à un aspect de l'événement ou le symbolisent.

Fréquence

Dans le dernier mois, vous est-il arrivé d'avoir des réactions physiques lorsque quelque chose vous a rappelé l'événement ? (Votre corps a-t-il réagi d'une certaine façon lorsque quelque chose vous a rappelé l'événement ?) Pouvez-vous m'en donner des exemples ? Votre cœur s'est-il mis à battre plus fort ou plus vite ? Votre respiration a-t-elle changée ? Avez-vous transpiré, êtes-vous devenu(e) très tendu(e) ou vous êtes-vous mis(e) à trembler ? Quels types d'indices déclenchent de telles réactions ?

Combien de fois est-ce arrivé au cours du dernier mois ?

- 0. Jamais.
- 1. Une ou deux fois.
- 2. Une ou deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine.
- 4. Tous les jours ou presque.

Description, exemples

Intensité

Quelle était la force de ces réactions physiques ? Combien de temps ont-elles duré ? (Ont-elles persisté même hors de cette situation ?)

- 0. Aucune réactivité physique.
- 1. Légèrement : peu de réactivité.
- 2. Modérément : réactivité physique nettement présente mais supportable, même si l'exposition aux éléments déclencheurs continue.
- 3. Sévèrement : réactivité physique considérable, qui persiste pendant toute l'exposition aux déclencheurs.
- 4. Extrêmement : réactivité physique prononcée dont l'activation persiste même après la fin de l'exposition aux déclencheurs.

Numéro de dossier:

Initiales du client

CRITÈRE C Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique et émoussement psychique (absent avant le l'événement).

6. C1: Efforts délibérés pour éviter les pensées, les sensations ou les conversations liées à l'événement traumatique.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous déjà essayé d'éviter les pensées, les conversations ou les sensations liées à l'événement ? (Quelles sortes de pensées ou de sensations avez-vous essayé d'éviter ?) Faites-vous des efforts pour éviter d'en parler à d'autres personnes ? (Pourquoi ?) Combien de fois cela vous est-il arrivé au cours du dernier mois ?

- 0. Jamais.
- 1. Une ou deux fois.
- 2. Une ou deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine.
- 4. Tous les jours ou presque.

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure vous êtes-vous efforcé(e) d'éviter les pensées, les sensations ou les conversations liées à l'événement ? (Qu'avez-vous fait pour les éviter ? Avez-vous consommé de l'alcool ? Des médicaments ? Des drogues ?) (Considérer de toutes les tentatives d'évitement, y compris les distractions, la suppression et la consommation d'alcool ou de drogues.)

Dans quelle mesure cela a-t-il affecté votre vie ?

- 0. Nullement.
- 1. Légèrement : peu d'effort ; peu ou pas de perturbation dans ses activités.
- 2. Modérément : certains efforts ; évitement nettement présent ; quelques perturbations dans ses activités.
- 3. Sévèrement : efforts considérables ; évitement marqué ; perturbation marquée dans ses activités ou participation à certaines activités comme stratégie d'évitement.
- 4. Extrêmement : immenses efforts d'évitement ; incapacité de poursuivre ses activités ou participation excessive à certaines activités comme stratégie d'évitement.

Numéro de dossier

Initiales du client

7. C2 : Efforts délibérés pour éviter les activités, les situations ou les gens qui entraînent une réactualisation des souvenirs du traumatisme.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous déjà essayé d'éviter certaines activités, certaines situations ou certaines personnes qui vous rappellent l'événement ? (Quelle sortes d'activités, de situations ou de gens avez-vous essayé d'éviter ? Pourquoi ?)

Combien de fois au cours du dernier mois ?

- 0. Jamais.
- 1. Une ou deux fois.
- 2. Une ou deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine.
- 4. Tous les jours ou presque.

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous fait des efforts pour éviter les activités, les situations ou les gens qui vous rappellent l'événement ? (Qu'avez-vous fait à la place ?) Dans quelle mesure cela vous a-t-il gêné dans votre vie ?

- 0. Nullement.
- 1. Légèrement : peu d'effort ; peu ou pas de perturbation dans ses activités.
- 2. Modérément : certains efforts, évitement nettement présent ; quelques perturbations dans ses activités.
- 3. Sévèrement : efforts considérables, évitement marqué ; perturbation marquée dans ses activités ou participation à certaines activités comme stratégie d'évitement.
- 4. Extrêmement : immenses efforts d'évitement ; incapacité de poursuivre ses activités ou participation excessive à certaines activités comme stratégie d'évitement.

Numéro de dossier

Initiales du client

8. C3 : Incapacité à se souvenir d'un aspect important de l'événement traumatique.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous déjà éprouvé de la difficulté à vous souvenir de certains aspects importants de l'événement ? Dites-moi ce qui se passe. (Croyez-vous que vous devriez être capable de vous souvenir de ces choses ? Pourquoi pensez-vous ne pas à y arriver ?)

Au cours du mois dernier, de combien d'aspects importants de l'événement ont échappé à votre mémoire ? (Quels sont les aspects dont vous vous souvenez ?)

- 0. Aucun, se souvient clairement.
- 1. A oublié peu d'aspects (moins de 10 %).
- 2. A oublié certains aspects (environ 20 à 30 %).
- 3. A oublié de nombreux aspects (environ 50 à 60 %).
- 4. A oublié la plupart des aspects ou tous (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous eu de la difficulté à vous souvenir d'aspects importants de l'événement ? (Auriez-vous pu vous souvenir d'un plus grand nombre d'aspects si vous aviez fait des efforts ?)

- 0. Aucune difficulté.
- 1. Légèrement : peu de difficulté.
- 2. Modérément : une certaine difficulté, pourrait s'en souvenir avec effort.
- 3. Sévèrement : difficulté considérable, même avec effort.
- 4. Extrêmement : tout à fait incapable de se souvenir d'aspects importants de l'événement.

Numéro du patient

Initiales du patient

9. C4 : Diminution marquée de la participation à des activités importantes ou perte d'intérêt à l'égard de ces activités.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous ressenti une perte d'intérêt pour des activités auxquelles vous vous adonnez avec plaisir ? (Pour quelles activités avez-vous perdu intérêt ? Y en a-t-il que vous ne faites plus du tout ? Pourquoi ?) (À exclure si la personne n'en a plus l'occasion, si elle est incapable de s'y adonner, ou encore si elle préfère maintenant d'autres activités, à cause d'un changement normal dans son développement.)

Au cours du mois dernier, pour combien d'activités avez-vous ressenti moins d'intérêt ? (Quelles sortes d'activités continuez-vous à aimer faire ?) Quand avez-vous commencé à vous sentir ainsi ? (Après l'événement ?)

- 0. N'a pas perdu intérêt pour ses activités.
- 1. Perte d'intérêt pour peu d'activités (moins de 10 %).
- 2. Perte d'intérêt pour certaines activités (environ 20 à 30 %).
- 3. Perte d'intérêt pour de nombreuses activités (environ 50 à 60 %).
- 4. Perte d'intérêt pour toutes ou presque toutes ses activités (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure aviez-vous perdu de l'intérêt ? (Trouvez-vous les activités agréables après les avoir commencées ?)

- 0. Pas de perte d'intérêt.
- 1. Légèrement : légère perte d'intérêt, y trouverait probablement du plaisir une fois commencées.
- 2. Modérément : nette perte d'intérêt, mais éprouve encore un certain plaisir dans ses activités.
- 3. Sévèrement : perte d'intérêt marquée dans ses activités.
- 4. Extrêmement : a complètement perdu intérêt ; ne participe plus à aucune activité.

Numéro de dossier

Initiales du client

10. C5 : Sentiment d'être détaché ou étranger vis-à-vis des autres.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous eu l'impression d'être détaché(e) ou étranger(ère) vis-à-vis des autres ? Que ressentiez-vous alors ? Quelle fut la durée de cette impression, au cours du mois dernier ? Avez-vous commencé à vous sentir suite à l'événement ?

- 0. Jamais.
- 1. Très peu de temps (moins de 10%).
- 2. Une partie du temps (environ 20 à 30%).
- 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60%).
- 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure vous êtes-vous senti(e) détaché(e) ou étranger vis-à-vis des autres ? (De qui vous sentez-vous le plus proche ? Avec combien de personnes êtes-vous à l'aise pour parler de choses personnelles ?)

- 0. Pas d'impression d'être détaché(e) ou étranger(ère) vis à vis des autres.
- 1. Légèrement : il lui arrive de ne pas se « sentir en harmonie » avec les autres.
- 2. Modérément : impression de détachement nettement présente, mais sent encore certains liens interpersonnels.
- 3. Sévèrement : sentiment marqué d'être détaché(e) des autres ou étranger(ère) aux autres ; ne se sent proche que d'une ou deux personnes.
- 4. Extrêmement : se sent complètement détaché(e) des autres ou étranger(ère) aux autres, ne se sent proche de personne.

Numéro de dossier

Initiales du client

11.C6 : Capacité nettement diminuée à ressentir des émotions

Fréquence

Dans le dernier mois, vous êtes-vous senti(e) insensible sur le plan émotif ? Par exemple, avez-vous eu de la difficulté à ressentir des sentiments, comme l'amour ou la joie ? Comment vous sentiez-vous ? (Quels sentiments avez-vous eu de la difficulté à ressentir ?)

Combien de temps au cours du mois dernier vous êtes-vous senti(e) ainsi ? À partir de quand avez-vous remarqué avoir de la difficulté à ressentir des émotions ? (Avant ou après l'événement ?)

- 0. Jamais.
- 1. Très peu de temps (moins de 10 %).
- 2. Une partie du temps (environ 20 à 30 %).
- 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60 %).
- 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous eu de la difficulté à ressentir des émotions ? (Quelles sortes de sentiments pouviez-vous encore ressentir ?) (Inclure les observations sur la restriction des affects au cours de l'entrevue.)

- 0. Pas de diminution des émotions.
- 1. Légère : légère diminution des émotions.
- 2. Modérée : nette diminution des émotions, mais peut encore en ressentir la plupart.
- 3. Sévère : diminution marquée d'au moins deux émotions fondamentales (par ex., l'amour et la joie).
- 4. Extrême : ne ressent plus aucune émotion.

Numéro de dossier

Initiales du client

12. C7 : Sentiment que l'avenir est bouché.

Fréquence

Dans le dernier mois, y a-t-il eu des fois où vous avez senti qu'il n'était plus nécessaire de faire des plans d'avenir, que votre avenir était d'une certaine façon bouché ? Vous est-il déjà arrivé de penser qu'il ne vous était plus possible d'avoir une carrière, de vous marier, d'avoir des enfants ou d'avoir une durée de vie normale ? Pourquoi ? (Éliminer les risques réalistes tels qu'une maladie mettant la vie en danger.) Combien de temps au cours du mois dernier avez-vous pensé ainsi ? Quand avez-vous commencé à avoir de telles idées ? (Avant ou après l'événement ?)

- 0. Jamais.
- 1. Très peu de temps (moins de 10 %).
- 2. Une partie du temps (environ 20 à 30 %).
- 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60 %).
- 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous eu l'impression que votre avenir était bouché ? (Combien de temps pensez-vous vivre ? Dans quelle mesure êtes-vous convaincu(e) d'être voué(e) à une mort précoce ?)

- 0. Pas de sentiment que l'avenir est bouché.
- 1. Faible : légère impression que l'avenir est bouché.
- 2. Modérée : net sentiment que l'avenir est bouché, mais ne fait pas de prédiction particulière quant à sa propre longévité.
- 3. Sévère : sentiment marqué que l'avenir est bouché ; peut faire des prédictions particulières quant à sa propre longévité.
- 4. Extrême : sentiment accablant que l'avenir est bouché ; tout à fait convaincu(e) d'une mort précoce.

Numéro de dossier

Initiales du client

CRITÈRE D

Symptômes persistants d'hyperéveil.

13. D1 : Difficulté à s'endormir ou à rester endormi(e).

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous éprouvé de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e) ? Combien de fois au cours du mois dernier ? Quand avez-vous commencé à avoir de la difficulté à dormir ? (Abant ou après l'événement ?)

0. Jamais.
 1. Une ou deux fois.
 2. Une ou deux fois par semaine.
 3. Plusieurs fois par semaine.
 4. Toutes les nuits ou presque.

Difficulté à s'endormir ?

 Oui Non

Réveil au milieu du sommeil ?

 Oui Non

Réveil trop matinal ?

 Oui Non

Nombre total d'heures de sommeil par nuit

Nombre d'heures de sommeil souhaité par nuit

Intensité

Dans quelle mesure avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir ? (Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous endormir ? Combien de fois vous êtes-vous réveillé(e) pendant la nuit ?) Vous êtes-vous souvent réveillé(e) plus tôt que vous le vouliez ? En tout, combien d'heures avez-vous dormi chaque nuit ?

0. Pas de trouble du sommeil.
 1. Légère difficulté : délai d'endormissement légèrement prolongé ou un peu de difficulté à rester endormi(e) (perte de sommeil \leq 30 minutes).
 2. Difficulté modérée, net trouble du sommeil : délai d'endormissement nettement prolongé ou nette difficulté à rester endormi(e) (perte de sommeil = 30 à 90 minutes).
 3. Difficulté sévère : délai d'endormissement très prolongé ou difficulté marquée à rester endormi(e) (perte de sommeil = 90 minutes à 3 heures).
 4. Difficulté extrême : très long délai d'endormissement ou sévère difficulté à rester endormi(e) (perte de sommeil > 3 heures).

Numéro de dossier

Initiales du client

14. D2 : Irritabilité ou accès de colère.

Fréquence

Dans le dernier mois, vous êtes-vous parfois senti(e) particulièrement irritable ou avez-vous manifesté une grande colère ? Pouvez-vous m'en donner un exemple ? Combien de fois est-ce arrivé au cours du mois dernier ? À partir de quand avez-vous commencé à vous sentir ainsi ? (Avant ou après l'événement)

- 0. Jamais.
- 1. Une ou deux fois.
- 2. Une ou deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine.
- 4. Tous les jours ou presque.

Description, exemples

Intensité

Quelle était la force de votre colère ? (Comment l'avez-vous manifestée ? Si la personne affirme l'avoir réprimée: Vous a-t-il été difficile de ne pas montrer votre colère ?) Combien de temps vous a-t-il fallu pour vous calmer ? Votre colère vous a-t-elle causé des ennuis ?

- 0. Pas d'irritabilité ni de colère.
- 1. Légère : irritabilité ou efforts pour réprimer sa colère, mais peut se dominer rapidement.
- 2. Modérée : nette irritabilité ou efforts pour réprimer sa colère, mais peut se dominer.
- 3. Sévère : irritabilité marquée ou efforts marqués pour réprimer sa colère, peut devenir agressif(ve) verbalement ou physiquement quand il/elle est en colère.
- 4. Extrême : colère profonde ou immenses efforts pour réprimer sa colère, peut avoir des accès de violence physique.

Numéro de dossier

Initiales du client

15. D3 : Difficulté à se concentrer.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous parfois trouvé difficile de vous concentrer sur ce que vous faisiez ou sur ce qui se passait autour de vous ? Pouvez-vous m'en donner un exemple ? À quelle fréquence est-ce arrivé au cours du mois dernier ? Quand avez-vous commencé à avoir des troubles de concentration ? (Avant ou après l'événement ?)

- 0. Jamais.
- 1. Très peu de temps (moins de 10 %).
- 2. Une partie du temps (environ 20 à 30 %).
- 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60 %).
- 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Jusqu'à quel point était-ce difficile de vous concentrer ? (Tenir compte des observations sur la concentration et l'attention au cours de l'entrevue.) Dans quelle mesure ce manque de concentration a-t-il affecté votre vie ?

- 0. Pas de difficulté de concentration.
- 1. Légèrement : il lui suffisait d'un léger effort pour se concentrer ; peu ou pas de perturbation dans ses activités.
- 2. Modérément : nette diminution de la concentration, mais aurait pu se concentrer avec effort, quelques perturbations dans ses activités.
- 3. Sévèrement : perte de concentration marquée, même avec effort ; perturbation marquée dans ses activités.
- 4. Extrêmement : tout à fait incapable de se concentrer, incapable d'entreprendre des activités.

Numéro de dossier

Initiales du client

16. D4 : Hypervigilance.

Fréquence

Dans le dernier mois, avez-vous parfois senti que vous étiez particulièrement en éveil ou vigilant(e), même lorsque ce n'était pas nécessaire ? (Vous sentiez-vous comme si vous étiez toujours sur vos gardes ?) Pouvez-vous m'en donner un exemple ? Pourquoi ?

À quelle fréquence est-ce arrivé au cours du mois dernier ? À partir de quand avez-vous commencé à vous sentir ainsi ? (Avant ou après l'événement ?)

- 0. Jamais.
- 1. Très peu de temps (moins de 10 %).
- 2. Une partie du temps (environ 20 à 30 %).
- 3. Une bonne partie du temps (environ 50 à 60 %).
- 4. La plupart du temps ou tout le temps (> 80 %).

Description, exemples

Intensité

Dans quelle mesure faites-vous des efforts pour être attentif(ve) à ce qui se passe autour de vous ? (Tenir compte des observations d'hypervigilance en cours d'entrevue.) Votre hypervigilance vous a-t-elle causé des ennuis ?

- 0. Pas d'hypervigilance.
- 1. Légèrement : hypervigilance minimale ; légère hausse de conscience.
- 2. Modérément : hypervigilance nettement présente ; reste sur ses gardes en public (par ex., choisit une place sûre pour s'asseoir dans un restaurant ou au cinéma).
- 3. Sévèrement : hypervigilance marquée, très vigilant(e), guette le danger autour de lui/d'elle, exagérément soucieux(ieuse) de sa propre sécurité, de celle de sa famille ou de celle de son foyer.
- 4. Extrêmement : hypervigilance extrême, fait des efforts pour assurer sa sécurité et y consacre beaucoup de temps et d'énergie, ce qui peut comprendre des comportements exagérés de surveillance et de contrôle ; est particulièrement vigilant(e) durant l'entrevue.

Numéro de dossier

Initiales du client

17. D5 : Réactions exagérées de sursaut.

Fréquence

Dans le dernier mois, vous est-il arrivé de sursauter fortement ? Quand est-ce arrivé ? (Qu'est-ce qui vous a fait sursauter ?) Combien de fois au cours du mois dernier ? Depuis, quand avez-vous commencé à avoir de telles réactions ? (Avant ou après l'événement ?)

- 0. Jamais.
- 1. Une ou deux fois.
- 2. Une ou deux fois par semaine.
- 3. Plusieurs fois par semaine.
- 4. Tous les jours ou presque.

Description, exemples

Intensité

Quelle était la force de ces réactions de sursaut ? (Comment étaient-elles par rapport à celles que l'on éprouve normalement ?) Combien de temps ont-elles duré ?

- 0. Pas de réaction de sursaut.
- 1. Légères : réactions minimales.
- 2. Modérées : nettes réactions de sursaut ; se sent nerveux(euse).
- 3. Sévères : réactions de sursaut marquées, reste en état d'alerte après la première réaction.
- 4. Extrêmes : réactions de sursaut excessives, comportement de défense manifeste (par ex., un ancien combattant qui se couche par terre).

Numéro de dossier

Initiales du client

CRITÈRE E

Chronicité de la perturbation (symptômes des critères B, C et D).

18. Début des symptômes

Combien de mois ou d'années se sont écoulés après l'événement avant que les symptômes d'ESPT n'apparaissent?

Mois :
Années :

Le délai d'apparition a-t-il été ≥ 6 mois ?

Oui Non

19. Durée des symptômes

En tout, combien de mois ou d'années durent (ou ont duré) les symptômes d'ESPT ?

Mois :
Années :

La durée des symptômes est-elle ≥ 3 mois ?

Oui Non

Numéro de dossier:

Initiales du client

CRITÈRE F

La perturbation cause une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

20. F1 : Souffrance subjective

Dans quelle mesure l'ensemble des symptômes dont nous avons discuté vous ont-ils dérangé(e) ? (Tenir compte de la souffrance signalée aux critères précédents.)

- 0. Nullement.
- 1. Légèrement : peu de détresse psychologique.
- 2. Modérément : détresse psychologique nettement présente mais supportable.
- 3. Sévèrement : détresse psychologique considérable.
- 4. Extrêmement : détresse psychologique incapacitante.

21. F2 : Altération du fonctionnement social

Ces symptômes ont-ils affecté vos relations avec les autres ? Dans quelle mesure ? (Tenir compte de l'altération sociale signalée aux critères précédents.)

- 0. Pas de répercussions défavorables.
- 1. Légères répercussions : peu d'altération du fonctionnement social.
- 2. Répercussions modérées : nette altération du fonctionnement social, dont de nombreux aspects restent toutefois intacts.
- 3. Répercussions sévères : altération marquée du fonctionnement social, dont peu d'aspects restent intacts.
- 4. Répercussions extrêmes : peu ou pas de fonctionnement social.

Numéro de dossier

Initiales du client

22. F3 : Altération du fonctionnement au travail ou dans d'autres domaines importants

Travaillez-vous actuellement ?

Oui

Si « oui », ces symptômes ont-ils nui à votre travail ou à votre capacité de travail ? Dans quelle mesure ?

Tenir compte des antécédents de travail, notamment du nombre et de la durée des emplois ainsi que de la totalité et de la nature des relations de travail. Si le fonctionnement au travail avant le trouble n'est pas clair, interroger le sujet à propos de ses expériences de travail avant le traumatisme.

- 0. Pas de répercussions défavorables.
- 1. Légères répercussions, peu d'altération du fonctionnement professionnel.
- 2. Répercussions modérées : nette altération du fonctionnement professionnel, dont de nombreux aspects restent toutefois intacts.
- 3. Répercussions sévères : altération marquée du fonctionnement professionnel, dont peu d'aspects restent intacts.
- 4. Répercussions extrêmes : peu ou pas de fonctionnement professionnel.

Non

Si « non », ces symptômes vous ont-ils nui dans d'autres domaines importants de votre vie ? Dans quelle mesure ?

Dans ce cas, suggérer des exemples tels que le rôle de parents, la tenue de la maison, les études scolaires, le travail bénévole, passe-temps, etc.

- 0. Pas de répercussions défavorables.
- 1. Légères répercussions : peu d'altération du fonctionnement dans d'autres domaines importants.
- 2. Répercussions modérées : nette altération du fonctionnement dans d'autres domaines importants, mais dont de nombreux aspects toutefois restent intacts.
- 3. Répercussions sévères : altération marquée du fonctionnement dans d'autres domaines importants, dont peu d'aspects restent intacts.
- 4. Répercussions extrêmes : peu ou pas de fonctionnement dans d'autres domaines importants.

Numéro de dossier

Initiales du client

23. Validité globale

Estimer la validité globale des réponses. Tenir compte de facteurs tels que l'observance de l'entrevue, l'état mental (par exemple : des difficultés de concentration, de compréhension de certains éléments, de dissociation) et des efforts évidents pour exagérer ou minimiser les symptômes.

- 0. Excellente : pas de raison de soupçonner des réponses invalides.
- 1. Bonne : présence de facteurs pouvant entacher la validité.
- 2. Passable : présence de facteurs qui entachent certainement la validité.
- 3. Mauvaise : validité considérablement réduite.
- 4. Réponses invalides : état mental sévèrement altéré ou simulation de bien-être ou de « mal-être ».

24. Sévérité globale

Estimer la Sévérité globale des symptômes d'ESPT. Tenir compte du degré de souffrance subjective, du degré d'altération du fonctionnement, des observations sur le comportement pendant l'entrevue et du jugement ayant trait à la manière de répondre aux questions.

- 0. Pas de symptôme cliniquement significatif, ni de souffrance psychologique, ni d'altération du fonctionnement.
- 1. Légère : peu de souffrance psychologique ou d'altération du fonctionnement.
- 2. Modérée : nette souffrance psychologique ou altération du fonctionnement, mais peut, avec effort, fonctionner de façon satisfaisante.
- 3. Sévère : souffrance psychologique ou altération du fonctionnement considérables ; fonctionnement limité, même avec effort.
- 4. Extrême : souffrance psychologique marquée ou altération marquée du fonctionnement dans au moins deux domaines importants.

Numéro de dossier

Initiales du client

FEUILLE DE COTATION DU CAPS p.1

Transcrire ci-dessous les cotes (notées de 0 à 4) du questionnaire

A. Évènements traumatiques

Les décrire

B. Symptômes de reviviscence

Fréquence

Intensité

1. Souvenirs répétitifs et envahissants
2. Rêves pénibles
3. Agir ou se sentir comme si l'événement se reproduisait
4. Souffrance psychologique lors d'exposition à des déclencheurs
5. Réactivité physiologique lors d'exposition à des déclencheurs

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> total <input type="text"/>	+	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> total <input type="text"/>	=	_____
---	---	---	---	-------

Le critère B est rempli si au moins un score est ≥ 1 pour la fréquence et ≥ 2 pour l'intensité

Critère B satisfait ? Oui Non

C. Symptômes d'évitement et d'émoussement

Fréquence

Intensité

1. Évitement des pensées, des sensations, des conversations
2. Évitement des activités, des situations ou des gens
3. Incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme
4. Diminution de l'intérêt ou de la participation à des activités
5. Sentiment d'être détaché ou étranger
6. Capacité réduite de ressentir des émotions
7. Sentiment que l'avenir est bouché

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> total <input type="text"/>	+	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> total <input type="text"/>	=	_____
---	---	---	---	-------

Le critère C est rempli si trois (3) F ≥ 1 et trois (3) I ≥ 2 Critère C satisfait ? Oui Non

D. Symptômes d'hyperveil

Fréquence

Intensité

1. Difficulté à s'endormir ou à rester endormi(e)
2. Irritabilité ou excès de colère
3. Difficulté à se concentrer
4. Hypervigilance
5. Réactions exagérées de sursaut

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> total <input type="text"/>	+	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> total <input type="text"/>	=	_____
---	---	---	---	-------

Le critère D est rempli si deux (2) F ≥ 1 et deux (2) I ≥ 1 Critère D satisfait ? Oui Non

E. Durée de la perturbation

Le critère E est rempli si la durée est ≥ 3 mois

Critère E satisfait ? Oui Non

TOTAL (B+C+D) = _____

B.5

Levels of Emotional Awareness Scale (LEAS)

SUJET :

ETUDE :

CONSIGNE :

Dans ce livret, 20 situations vont vous être exposées successivement. Pour chacune de ces 20 situations, nous vous demandons de vous imaginer en train de la vivre et de bien vouloir **décrire par écrit ce que vous ressentiriez** si cela vous arrivait. Vous devez nécessairement **utiliser les verbes « ressentir » ou « se sentir »** dans vos réponses. Vos réponses concernant ce que vous ressentez peuvent être brèves ou aussi longues que vous le désirez.

Par ailleurs, dans chacune des situations qui vous sont présentées, une autre personne est mentionnée. Pour chacune de ces situations, nous vous demandons également de bien vouloir indiquer ce que, selon vous, **l'autre personne ressentirait**.

1. Un voisin vous sollicite pour réparer un meuble. Tandis que votre voisin vous regarde, vous commencez à enfoncer le clou avec un marteau quand soudain vous manquez le clou et vous tapez sur les doigts.

Que ressentiriez-vous / Comment vous sentiriez-vous ?

Que ressentirait votre voisin / Comment se sentirait votre voisin ?

2. Vous marchez dans le désert en compagnie d'un guide. Vous manquez d'eau depuis déjà plusieurs heures. Selon le plan du guide, le puits le plus proche est à une distance de 3 kilomètres.

Que ressentiriez-vous / Comment vous sentiriez-vous ?

Que ressentirait votre guide / Comment se sentirait votre guide ?

3. De retour chez vous après une dure journée de travail, quelqu'un que vous aimez bien vous masse le dos.

Que ressentiriez-vous / Comment vous sentiriez-vous ?

Que ressentirait la personne qui vous masse / Comment se sentirait la personne qui vous masse ?

4. Vous participez à une course à pied avec un(e) ami(e) avec lequel / laquelle vous vous entraînez depuis longtemps. Au moment où vous approchez de la ligne d'arrivée, vous vous tordez la cheville, vous tombez et êtes incapable de continuer.

Que ressentiriez-vous / Comment vous sentiriez-vous ?

Que ressentirait votre ami(e) / Comment se sentirait votre ami(e) ?

5. Vous voyagez dans un pays étranger. Quelqu'un que vous connaissez fait des remarques désobligeantes sur votre pays d'origine.

Que ressentiriez-vous / Comment vous sentiriez-vous ?

Que ressentirait la personne qui vous a fait les remarques / Comment se sentirait la personne qui vous a fait les remarques ?

6. En voiture, vous traversez un pont suspendu, vous voyez une personne qui se tient de l'autre côté de la rambarde de sécurité et regarde l'eau.

Que ressentiriez-vous / Comment vous sentiriez-vous ?

Que ressentirait la personne qui regarde l'eau / Comment se sentirait la personne qui regarde l'eau ?

7. Votre amoureux(se) s'est absenté(e) pendant plusieurs semaines et rentre enfin à la maison. Votre amoureux(se) ouvre la porte ...

Que ressentiriez-vous / Comment vous sentiriez-vous ?

Que ressentirait votre amoureux(se) / Comment se sentirait votre amoureux(se) ?

8. Votre patron vous dit que vous avez fait un travail inacceptable et qu'il faut l'améliorer.

Que ressentiriez-vous / Comment vous sentiriez-vous ?

Que ressentirait votre patron / Comment se sentirait votre patron ?

9. Vous faites la queue à la banque. La personne qui vous précède s'avance vers le comptoir et entame une opération compliquée.

Que ressentiriez-vous / Comment vous sentiriez-vous ?

Que ressentirait la personne qui vous précède / Comment se sentirait la personne qui vous précède ?

10. Après une soirée passée avec des amis, vous rentrez chez vous en voiture avec votre conjoint. Au moment où vous vous engagez dans votre rue, vous apercevez des camions de pompiers garés près de votre domicile.

Que ressentiriez-vous / Comment vous sentiriez-vous ?

Que ressentirait votre époux(se) / Comment se sentirait votre époux(se) ?

11. Cela fait des mois que vous travaillez dur sur un projet. Quelques jours après l'avoir rendu, votre patron passe et vous dit que votre travail est excellent.

Que ressentiriez-vous / Comment vous sentiriez-vous ?

Que ressentirait votre patron / Comment se sentirait votre patron ?

12. Vous recevez une communication téléphonique longue distance imprévue, par laquelle un médecin vous informe que votre mère vient de mourir.

Que ressentiriez-vous / Comment vous sentiriez-vous ?

Que ressentirait le médecin / Comment se sentirait le médecin ?

13. Vous dites à un(e) ami(e) qui se sent seul(e) qu'il / elle peut vous appeler chaque fois qu'il / elle aura besoin de parler. Une nuit, il / elle appelle à 4 heures du matin.

Que ressentiriez-vous / Comment vous sentiriez-vous ?

Que ressentirait votre ami(e) / Comment se sentirait votre ami(e) ?

14. Le dentiste vous dit que vous avez plusieurs caries et vous donne un nouveau rendez-vous.

Que ressentiriez-vous / Comment vous sentiriez-vous ?

Que ressentirait votre dentiste / Comment se sentirait votre dentiste ?

15. Quelqu'un qui vous a critiqué par le passé vous fait un compliment.

Que ressentiriez-vous / Comment vous sentiriez-vous ?

Que ressentirait l'autre personne / Comment se sentirait l'autre personne ?

16. Le docteur vous dit d'éviter la nourriture trop grasse. Un nouveau collègue de travail vous appelle pour dire qu'il / elle va manger une pizza et vous invite à venir avec lui / elle.

Que ressentiriez-vous / Comment vous sentiriez-vous ?

Que ressentirait votre collègue / Comment se sentirait votre collègue ?

17. Un(e) ami(e) et vous vous mettez d'accord pour investir ensemble de l'argent pour vous lancer dans un nouveau projet commercial. Quelques jours plus tard vous rappelez votre ami et pour vous entendre dire qu'il / elle a changé d'avis.

Que ressentiriez-vous / Comment vous sentiriez-vous ?

Que ressentirait votre ami(e) ? / Comment se sentirait votre ami(e) ?

18. Vous décidez de vendre un objet auquel vous tenez pour acheter un cadeau coûteux à votre conjoint. Quand vous lui offrez le cadeau, il / elle vous demande si vous avez vendu cet objet.

Que ressentiriez-vous / Comment vous sentiriez-vous ?

Que ressentirait votre époux(se) / Comment se sentirait votre époux(se) ?

19. Vous tombez amoureux(se) d'une personne à la fois séduisante et intelligente. Bien que cette personne n'ait pas une situation financière prospère, cela vous est égal - vos revenus sont suffisants. Quand vous commencez à parler mariage, vous apprenez qu'en réalité il / elle est issu(e) d'une famille très riche. Il / elle ne voulait pas que ça se sache par crainte que les gens ne s'intéressent à lui / elle que pour son argent.

Que ressentiriez-vous / Comment vous sentiriez-vous ?

Que ressentirait cette personne dont vous êtes amoureux(se) / Comment se sentirait cette personne dont vous êtes amoureux(se) ?

20. Votre meilleur(e) ami(e) et vous travaillez dans le même domaine. Un prix est donné tous les ans pour récompenser la meilleure performance de l'année. Vous travaillez dur tous les deux pour gagner ce prix. Un soir, on proclame le gagnant: c'est votre ami(e).

Que ressentiriez-vous / Comment vous sentiriez-vous ?

Que ressentirait votre ami(e) / Comment se sentirait votre ami(e) ?

B.6**Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire (PDEQ)**



5840

Réactions Immédiates: Questionnaire No. 2 (PDEQ)

Date (jj/mm/aaaa):

--	--	--	--	--	--	--	--

INSTRUCTIONS: Veuillez répondre aux énoncés suivants en cochant le choix de réponse qui décrit le mieux vos expériences et réactions DURANT L'INCIDENT ET IMMÉDIATEMENT APRÈS.

Si une question ne s'applique pas à votre expérience, cochez "Pas du tout vrai".

Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
------------------	-------------	-------------	-----------	------------------

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Il y a eu des moments où j'ai perdu le fil de ce qui se passait - j'étais complètement déconnecté(e) ou, d'une certaine façon, j'ai senti que je ne faisais pas partie de ce qui se passait. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Je me suis retrouvé(e) sur le "pilote automatique" - je me suis mis(e) à faire des choses que, je l'ai réalisé plus tard, je n'avais pas activement décidé de faire. | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ma perception du temps a changé, les choses avaient l'air de se dérouler au ralenti. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ce qui se passait me semblait irréel, comme si j'étais dans un rêve, ou au cinéma, ou en train de jouer un rôle. | <input type="checkbox"/> |
| 5. C'est comme si j'étais la spectateur(trice) de ce qui m'arrivait, comme si je flottais au-dessus de la scène et l'observait de l'extérieur. | <input type="checkbox"/> |
| 6. Il y a eu des moments où la perception que j'avais de mon corps était distordue ou changée. Je me sentais déconnecté(e) de mon propre corps, ou bien il me semblait plus grand ou plus petit que d'habitude. | <input type="checkbox"/> |
| 7. J'avais l'impression que les choses qui arrivaient aux autres m'arrivaient à moi aussi, comme par exemple être en danger alors que je ne l'étais pas. | <input type="checkbox"/> |
| 8. J'ai été surpris(e) de constater après coup que plusieurs choses s'étaient produites sans que je m'en rende compte, des choses que j'aurais habituellement remarquées. | <input type="checkbox"/> |
| 9. J'étais confus(e); c'est-à-dire que par moment j'avais de la difficulté à comprendre ce qui se passait vraiment. | <input type="checkbox"/> |
| 10. J'étais désorienté(e); c'est-à-dire que par moment j'étais incertain(e) de l'endroit où je me trouvais, ou de l'heure qu'il était. | <input type="checkbox"/> |

Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
------------------	-------------	-------------	-----------	------------------

Cocher les cases comme ça:
Et non comme ça:

EI

B.7

Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)

CISS - ADULTE

Consigne: Les énoncés suivants représentent des types de réactions à différentes situations difficiles, tendues ou contrariantes. Veuillez encrer le chiffre qui correspond à votre degré d'implication pour chacune des réactions proposées lorsque vous vivez une situation difficile, tendue ou contrariante.

Pas du tout		Beaucoup			
1	2	3	4	5	
1	2	3	4	5	1. Je répartis plus efficacement mon horaire.
1	2	3	4	5	2. Je me concentre sur le problème et vois de quelle façon je peux le résoudre.
1	2	3	4	5	3. Je pense aux bons moments que j'ai passés.
1	2	3	4	5	4. Je cherche la compagnie d'autres personnes.
1	2	3	4	5	5. Je me reproche d'avoir perdu mon temps.
1	2	3	4	5	6. Je fais ce qui me semble le mieux.
1	2	3	4	5	7. Je suis préoccupé(e) par ma douleur.
1	2	3	4	5	8. Je me reproche de m'être mis(e) dans cette situation.
1	2	3	4	5	9. Je fais du lèche-vitrines.
1	2	3	4	5	10. Je détermine mes priorités.
1	2	3	4	5	11. J'essaie de dormir.
1	2	3	4	5	12. Je m'offre un casse-croûte ou mon plat préféré.
1	2	3	4	5	13. Je m'inquiète de ne pas pouvoir m'en tirer.
1	2	3	4	5	14. Je deviens très tendu(e).
1	2	3	4	5	15. Je réfléchis à la façon dont j'ai résolu des problèmes semblables.
1	2	3	4	5	16. Je me dis que ça ne m'arrive pas vraiment.
1	2	3	4	5	17. Je me reproche de réagir trop fortement.
1	2	3	4	5	18. Je sors manger quelque part.
1	2	3	4	5	19. Je me sens très contrarié(e).
1	2	3	4	5	20. Je me paie quelque chose.
1	2	3	4	5	21. J'établis une ligne de conduite et je la suis.
1	2	3	4	5	22. Je me reproche de ne pas savoir quoi faire.
1	2	3	4	5	23. Je vais à une fête.
1	2	3	4	5	24. Je travaille à comprendre la situation.
1	2	3	4	5	25. Je bloque et je ne sais pas quoi faire.
1	2	3	4	5	26. Je pose immédiatement des actions rectificatives.
1	2	3	4	5	27. Je pense à l'événement et en tire profit.
1	2	3	4	5	28. Je souhaiterais pouvoir changer ce qui est arrivé ou comment je me sens.
1	2	3	4	5	29. Je rends visite à un(e) ami(e).
1	2	3	4	5	30. Je me soucie de ce que je vais faire.
1	2	3	4	5	31. Je passe du temps avec une personne spéciale.
1	2	3	4	5	32. Je fais une promenade.
1	2	3	4	5	33. Je me dis que ça ne se reproduira plus jamais.
1	2	3	4	5	34. Je me concentre sur l'insuffisance de mes ressources.
1	2	3	4	5	35. Je parle à quelqu'un dont j'estime les conseils.
1	2	3	4	5	36. J'analyse le problème avant de réagir.
1	2	3	4	5	37. Je téléphone à un(e) ami(e).
1	2	3	4	5	38. Je me fâche.
1	2	3	4	5	39. J'ajuste mes priorités.
1	2	3	4	5	40. Je vais au cinéma.
1	2	3	4	5	41. Je maîtrise la situation.
1	2	3	4	5	42. Je fais un effort supplémentaire pour que tout soit fait.
1	2	3	4	5	43. Je songe à différentes solutions pour résoudre le problème.
1	2	3	4	5	44. Je prends des vacances et m'échappe de la situation.
1	2	3	4	5	45. Je m'en prends à d'autres personnes.
1	2	3	4	5	46. Je profite de la situation pour faire mes preuves.
1	2	3	4	5	47. J'essaie d'être organisé(e) afin de me trouver au-dessus de la situation.
1	2	3	4	5	48. Je regarde la télévision.

B.8**Thought Control Questionnaire (TCQ)**

du participant : _____

TCQ

La plupart des gens font l'expérience d'avoir des pensées déplaisantes et/ou non désirées (sous forme verbale ou sous forme d'images). Ces pensées peuvent être difficiles à contrôler. Nous sommes intéressés à savoir à quelles techniques vous faites *généralement* appel pour contrôler ces pensées.

Vous trouverez ci-dessous différentes choses que les gens font pour contrôler leurs pensées désagréables ou non désirées. Veuillez lire attentivement chaque item et indiquer la fréquence à laquelle vous utilisez chacune des stratégies énumérées en encerclant le chiffre approprié. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne passer pas trop de temps à penser à chaque item.

Quand j'ai une pensée désagréable et/ou non désirée :

		Jamais	Parfois	Souvent	La plupart du temps
1	Je fais appel à des images positives à la place	1	2	3	4
2	Je me dis de ne pas être aussi stupide	1	2	3	4
3	Je porte mon attention sur la pensée	1	2	3	4
4	Je remplace la pensée par une mauvaise pensée moins importante	1	2	3	4
5	Je ne parle à personne de cette pensée	1	2	3	4
6	Je me punis pour avoir eu cette pensée	1	2	3	4
7	Je m'attarde sur d'autres inquiétudes	1	2	3	4
8	Je garde cette pensée pour moi	1	2	3	4
9	Je m'occupe plutôt par le travail	1	2	3	4
10	Je teste la validité de cette pensée	1	2	3	4
11	Je suis fâché(e) contre moi d'avoir eu cette pensée	1	2	3	4
12	J'évite de discuter de cette pensée	1	2	3	4
13	Je m'en veux d'avoir eu cette pensée	1	2	3	4
14	J'analyse cette pensée de façon rationnelle	1	2	3	4
15	Je me frappe ou me pince pour arrêter d'y penser	1	2	3	4
16	Je pense plutôt à des choses agréables	1	2	3	4
17	Je cherche à savoir comment mes amis gèrent ce genre de pensées	1	2	3	4
18	Je me préoccupe plutôt de choses moins importantes	1	2	3	4
19	Je fais quelque chose que j'aime faire	1	2	3	4
20	J'essaie de réinterpréter la pensée	1	2	3	4
21	Je pense à autre chose	1	2	3	4
22	Je pense davantage à mes problèmes qui sont moins importants	1	2	3	4
23	J'essaie d'y penser différemment	1	2	3	4
24	Je pense plutôt à des soucis antérieurs	1	2	3	4
25	Je demande à mes amis s'ils ont des pensées similaires	1	2	3	4
26	Je porte mon attention sur d'autres pensées négatives	1	2	3	4
27	Je me questionne sur les raisons qui me poussent à avoir cette pensée	1	2	3	4
28	Je me dis que quelque chose de mauvais va arriver si j'ai cette pensée	1	2	3	4
29	Je parle à un ami de cette pensée	1	2	3	4
30	Je me tiens occupé(e)	1	2	3	4

B.9

Substance Use Inventory (SUBS)



19662

QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES T3

Date (jj/mm/aaaa):

INSTRUCTIONS: Vous trouverez ci-dessous 6 catégories de substances communément utilisées, incluant cigarettes, caféine, alcool, et drogues diverses. Veuillez indiquer par 'oui' ou 'non' si vous avez utilisé n'importe quelle substance faisant partie de chacune de ces catégories au cours du dernier mois. Si vous indiquez 'non' pour une catégorie, passez à la catégorie suivante. Veuillez noter que les deux dernières questions dans chacune des catégories portent sur les changements au niveau de votre consommation depuis l'événement.

1. Au cours du dernier mois, avez-vous fumé des cigarettes?

Non Oui

SI OUI: Combien de cigarettes avez-vous fumé par jour?

par jour

Avez-vous fumé plus suite à l'événement?

Non Oui

SI OUI: Continuez-vous à fumer plus qu'avant l'événement?

Non Oui

2. Au cours du dernier mois, avez-vous bu des breuvages contenant de la caféine?

Non Oui

SI OUI: Combien de chacun des breuvages suivants?

Café

Tasses par
jour

Thé

Tasses
par jour

Boissons gazeuses

Cannettes ou
bouteilles par jour

Est-ce que votre consommation de caféine a augmenté suite à l'événement?

Non Oui

SI OUI: Continuez-vous à consommer plus de caféine qu'avant l'événement?

Non Oui

Cocher les cases comme ça:

Et non comme ça:

EI



19662

QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES T3

--	--	--	--

3. Au cours du dernier mois, avez-vous consommé des boissons contenant de l'alcool?

Non Oui

SI OUI: Combien de chacun des boissons suivantes?

Bière

--	--

Cannettes ou bouteilles par semaine

Vin

--	--

Verres par semaine

Boissons fortes

--	--

Onces par semaine

Est-ce que votre consommation d'alcool a augmenté suite à l'événement?

Non Oui

SI OUI: Continuez-vous à consommer plus d'alcool qu'avant l'événement?

Non Oui

4. Au cours du dernier mois, avez-vous utilisé des substances pour vous donner de l'énergie?

Non Oui

SI OUI: Veuillez indiquer laquelle ou lesquelles:

Amphetamines

Caféine

Ritalin

Cachets pour maigrir

Cocaïne

Autres (spécifiez): _____

Pendant combien de jours avez-vous utilisé cette (ces) substance(s) au cours du dernier mois?

--	--

 jour

Est-ce que votre consommation de cette (ces) substance(s) a augmenté suite à l'événement ?

Non Oui

SI OUI: Continuez-vous à utiliser cette (ces) substance(s) plus qu'avant l'événement?

Non Oui



19662

QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES T3

--	--	--	--

5. Au cours du dernier mois, avez-vous utilisé des substances pour vous aider à dormir? Non Oui

SI OUI: Veuillez indiquer laquelle ou lesquelles:

- Dalmane
- Quaalude
- Halcion
- alcool
- Marijuana
- Autres (spécifiez): _____

Pendant combien de jours avez-vous utilisé cette (ces) substance(s) au cours du dernier mois?

--	--

 jour

Est-ce que votre consommation de cette (ces) substance(s) a augmenté suite à l'événement? Non Oui

SI OUI: Continuez-vous à consommer ces substances plus qu'avant l'événement? Non Oui

6. Au cours du dernier mois, avez-vous utilisé des substances pour vous aider à contrôler votre anxiété pendant le jour? Non Oui

SI OUI: Veuillez indiquer laquelle ou lesquelles:

- Valium
- Librium
- Serax
- Xanax
- Marijuana
- Autres (spécifiez): _____

Pendant combien de jours avez-vous utilisé au moins une de ces substance(s) au cours du dernier mois?

--	--

 jour

Est-ce que votre utilisation de ces substances a augmenté suite à l'événement? Non Oui

SI OUI: Continuez-vous à utiliser ces substances plus qu'avant l'événement? Non Oui

B.10**Anxiety Sensitivity Index (ASI)**

Reiss-Epstein-Gursky A.S.I.

Nom _____

Date _____

Choisissez la réponse qui représente le mieux à quel point chacun des énoncés suivants s'applique à vous. Si certains énoncés ne s'appliquent pas à vous (ex: 'ça me fait peur quand je tremble' pour quelqu'un qui ne tremble jamais), répondez sur la base de comment vous pensez que vous vous sentiriez si vous viviez une expérience de la sorte. Autrement, répondez à tous les énoncés sur la base de votre propre expérience.

1. Il est important pour moi de ne pas paraître nerveux(se).

Très peu Un peu Assez Beaucoup Énormément

2. Quand je ne peux pas maintenir mon attention sur une tâche, j'ai peur d'être en train de devenir fou (folle).

3. Ça me fait peur quand je me sens tremblant(e).

4. Ça me fait peur quand je me sens comme si j'allais m'évanouir.

5. C'est important pour moi de rester en contrôle de mes émotions.

6. Ça me fait peur quand mon coeur bat rapidement.

7. Ça m'embarrasse quand mon estomac fait du bruit.

8. Ça me fait peur quand j'ai la nausée.

9. Quand je remarque que mon coeur bat rapidement, j'ai peur d'être en train de faire une crise cardiaque.

10. Ça me fait peur quand je me sens à bout de souffle.

11. Quand j'ai l'estomac à l'envers, je m'inquiète d'être gravement malade.

12. Ça me fait peur quand je suis incapable de garder mon attention sur une tâche.

13. D'autres personnes le remarquent quand je me sens tremblant(e).

14. Des sensations physiques inhabituelles me font peur.

15. Quand je suis nerveux(se), je m'inquiète d'être mentalement malade.

16. Ça me fait peur quand je suis nerveux(e).

B.11

Emotional Expressivity Scale (EES)

du participant : _____

EES

Instructions: Les items suivants se rapportent à vous et à vos émotions. En fonction de l'échelle suggérée, veuillez encrer pour chaque item le chiffre correspondant le mieux à la façon dont vous gérez vos émotions.

Jamais: 1

Rarement: 2

Occasionnellement: 3

Souvent : 4

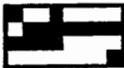
Presque toujours: 5

Toujours: 6

		Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Presque toujours	Toujours
1	Je n'exprime pas mes émotions aux autres	1	2	3	4	5	6
2	Même quand j'ai des sentiments intenses, je ne les exprime pas ouvertement	1	2	3	4	5	6
3	Les gens croient que je suis très sensible	1	2	3	4	5	6
4	Les gens peuvent lire mes émotions	1	2	3	4	5	6
5	Je garde mes sentiments pour moi	1	2	3	4	5	6
6	Les autres personnes ne voient pas facilement ce que je ressens	1	2	3	4	5	6
7	Je manifeste mes émotions aux autres personnes	1	2	3	4	5	6
8	Les gens pensent que je suis insensible	1	2	3	4	5	6
9	Je n'aime pas laisser les autres voir comment je me sens	1	2	3	4	5	6
10	Je ne peux pas cacher comment je me sens	1	2	3	4	5	6
11	Émotionnellement, je ne suis pas très expressif (ve)	1	2	3	4	5	6
12	Les autres me considèrent souvent comme indifférent(e)	1	2	3	4	5	6
13	Je suis capable de pleurer devant d'autres personnes	1	2	3	4	5	6
14	Même si je suis très émotif(ve), je ne laisse pas les autres voir mes sentiments	1	2	3	4	5	6
15	Je me perçois comme une personne qui exprime facilement ses émotions	1	2	3	4	5	6
16	La façon dont je me sens est différente de la façon dont les autres pensent que je me sens	1	2	3	4	5	6
17	Je retiens mes émotions	1	2	3	4	5	6

B.12

Self-Disclosure Questionnaire (SDQ)



32752

Disclosure Questionnaire T3

Date (jj/mm/aaaa):

		/		
		/		

INSTRUCTIONS : Ce questionnaire porte sur l'événement qui vous a conduit à l'hôpital. Nous aimerions savoir comment les choses se passent pour vous lorsque vous parlez de cet événement et de ses effets sur votre vie. Les questions portent sur la fréquence à laquelle vous avez parlé de l'événement; sur la fréquence à laquelle vous auriez aimé en parler; ainsi que sur le contenu de ces discussions. Certaines questions font référence à votre expérience lorsque vous en parlez avec la personne la plus proche de vous, alors que d'autres questions font référence à votre expérience à en parler avec les autres en général. Pour chacune des questions, veuillez encercler la réponse qui correspond le mieux à votre expérience. Veuillez répondre à toutes les questions même si votre réponse est 'pas du tout', '0', ou 'ne s'applique pas'.

QUESTIONS RELATIVES À LA PERSONNE DE QUI VOUS ÊTES LE PLUS PROCHE

Les questions suivantes portent sur votre expérience lorsque vous parlez de l'événement avec votre conjoint(e) ou avec la personne de qui vous êtes le plus proche.

En fonction de qui allez-vous répondre à ces questions (veuillez choisir une seule personne):

- Votre conjoint(e) La personne de qui vous êtes le plus proche

(veuillez spécifier la nature de votre relation avec cette personne): _____

Au cours de la dernière semaine, avez-vous parlé de l'événement (ou de ses effets) avec votre conjoint(e) ou avec la personne la plus proche de vous?

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Tout le temps
<input type="checkbox"/>				

Au cours de la dernière semaine, environ combien de fois avez-vous parlé de l'événement (ou de ses effets) avec votre conjoint(e) ou avec la personne la plus proche de vous? (SVP indiquez un nombre approximatif)

Nombre de fois différentes:

--	--	--

fois

Au cours de la dernière semaine, quand vous avez parlé de l'événement (ou de ses effets) avec votre conjoint(e) ou avec la personne la plus proche de vous, pendant combien de temps en avez-vous parlé en moyenne? (SVP indiquez le nombre approximatif de minutes)

Combien de minutes chaque fois?

--	--	--

minutes

<input type="checkbox"/>	Ne s'applique pas, je n'en ai pas parlé.
--------------------------	--

Au cours de la dernière semaine, avez-vous eu envie de parler de l'événement (ou de ses effets) avec votre conjoint(e) ou avec la personne la plus proche de vous?

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Tout le temps
<input type="checkbox"/>				

Au cours de la dernière semaine, environ combien de fois avez-vous eu envie de parler de l'événement (ou de ses effets) avec votre conjoint(e) ou avec la personne la plus proche de vous? (SVP indiquez un nombre approximatif)

Nombre de fois différentes:

--	--	--

fois

En général, au cours de la dernière semaine, avez-vous le sentiment d'avoir parlé de l'événement (ou de ses effets) avec votre conjoint(e) ou avec la personne la plus proche de vous:

Trop peu	Peu	Juste assez	Trop	Vraiment trop
<input type="checkbox"/>				

<input type="checkbox"/>	Ne s'applique pas, je n'en ai pas parlé.
--------------------------	--

Cochez les cases comme ça:
 Et non comme ça:

EI

--	--	--	--

Au cours de la dernière semaine, quand vous avez parlé de l'événement (ou de ses effets) avec votre conjoint(e) ou avec la personne la plus proche de vous, avez-vous parlé de ce que vous ressentiez?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup Tout le temps

Ne s'applique pas, je n'en ai pas parlé.

Au cours de la dernière semaine, quand vous avez parlé de l'événement (ou de ses effets) avec votre conjoint(e) ou avec la personne la plus proche de vous, avez-vous parlé de ce qui s'est passé?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup Tout le temps

Ne s'applique pas, je n'en ai pas parlé.

En général, au cours de la dernière semaine, vous êtes-vous senti(e) mieux ou moins bien après avoir parlé de l'événement (ou de ses effets) avec votre conjoint(e) ou avec la personne la plus proche de vous?

Beaucoup moins bien Moins bien Pareil Mieux Beaucoup mieux

Ne s'applique pas, je n'en ai pas parlé.

EN GÉNÉRAL

Les questions suivantes portent sur votre expérience lorsque vous parlez de l'événement avec d'autres personnes que votre conjoint ou la personne de qui vous êtes le plus proche.

Au cours de la dernière semaine, avez-vous parlé de l'événement (ou de ses effets) avec les autres?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup Tout le temps

Au cours de la dernière semaine, environ combien de fois avez-vous parlé de l'événement (ou de ses effets) avec les autres? (SVP indiquez un nombre approximatif)

Nombre de fois différentes:
 fois

Au cours de la dernière semaine, quand vous avez parlé de l'événement (ou de ses effets) avec les autres, pendant combien de temps en avez-vous parlé en moyenne? (SVP indiquez un nombre approximatif de minutes)

Combien de minutes chaque fois?
 minutes

Ne s'applique pas, je n'en ai pas parlé.

Au cours de la dernière semaine, avez-vous eu envie de parler de l'événement (ou de ses effets) avec les autres?

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup Tout le temps

Au cours de la dernière semaine, environ combien de fois avez-vous eu envie de parler de l'événement (ou de ses effets) avec les autres? (Indiquez un nombre approximatif)

Nombre de fois différentes:
 fois

ATTITUDES/ESPÉRANCES

- a. Éviter de parler de mes blessures peut entraver mes capacités de rétablissement.
 b. Parler de mes blessures me fera me sentir plus mal.
 c. Parler de mes blessures est une étape importante de mon rétablissement.
 d. Exprimer mes émotions à propos d'expériences stressantes me fait du bien.

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Incertain	D'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	--------------	-----------	----------	----------------------

B.13

Sources of Support Scale (SSS)



47671

Support Social

Date (jj/mm/aaaa):

INSTRUCTIONS : Veuillez cocher la case qui représente le mieux à quel point chacun des énoncés suivants s'applique présentement à vous.

Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tres vrai	Absolument vrai
------------------	-------------	-------------	-----------	-----------------

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Il y a quelqu'un vers qui vous pouvez vous tourner dans les moments de besoin. | <input type="checkbox"/> |
| 2. Vous connaissez quelqu'un qui peut vous donner de bons conseils. | <input type="checkbox"/> |
| 3. Il y a quelqu'un que vous pouvez appeler à la dernière minute pour aller prendre un verre ou pour aller au cinéma. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Il y a quelqu'un qui vous prêterait \$100-\$200 en cas d'urgence. | <input type="checkbox"/> |
| 5. Il y a quelqu'un à qui vous pouvez parler de vos problèmes personnels ou familiaux. | <input type="checkbox"/> |
| 6. Il y a quelqu'un qui vous prêterait une voiture ou vous conduirait chez le médecin, à l'aéroport, au magasin, ou ailleurs si vous en aviez vraiment besoin. | <input type="checkbox"/> |
| 7. Il y a quelqu'un que vous pourriez appeler et qui paierait votre caution si vous étiez arrêté(e) et emprisonné(e) pour quelque raison que ce soit. | <input type="checkbox"/> |
| 8. Il y a quelqu'un avec qui vous pouvez partager vos inquiétudes et vos soucis. | <input type="checkbox"/> |
| 9. Il y a quelqu'un sur qui vous pouvez compter pour veiller sur vous et vous aider dans le cas où vous seriez sérieusement blessé(e) ou dans le cas où vous auriez subi une opération importante. | <input type="checkbox"/> |
| 10. Il y a quelqu'un sur qui vous pouvez compter pour vous remonter le moral quand vous êtes triste ou déprimé(e). | <input type="checkbox"/> |

Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Tres vrai	Absolument vrai
------------------	-------------	-------------	-----------	-----------------

Cocher les cases comme ça:
 Et non comme ça:

EI

B.14

Social Constraints Scale (SCS)



7835

SCS T3

Date (jj/mm/aaaa):

INSTRUCTIONS: Pour chacune des questions suivantes, veuillez encercler la réponse qui représente le mieux la fréquence à laquelle ces situations se sont produites au cours de la dernière semaine.
VEUILLEZ RÉPONDRE À CES QUESTIONS EN FAISANT RÉFÉRENCE À L'ÉVÉNEMENT QUI VOUS A CONDUIT (E) À L'HÔPITAL.

Au cours de la dernière semaine, combien de fois votre conjoint(e) ou la personne la plus proche de vous (veuillez spécifier votre relation à cette personne:).

Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
--------	----------	---------	---------

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. A changé de sujet quand vous avez voulu discuter de l'événement et de ses effets sur votre vie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ne semblait pas comprendre votre situation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Vous a évité(e)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. A minimisé vos problèmes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. A semblé cacher ses sentiments? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. A paru inconfortable quand vous avez parlé de l'événement et de ses effets? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. A banalisé vos difficultés? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. S'est plaint(e) de ses propres difficultés alors que vous auriez voulu parler des vôtres? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Essayait de paraître gai(e) pour cacher ses vrais sentiments ou ses inquiétudes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Vous a dit de cesser de vous en faire autant à propos de l'événement et de ses effets? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Vous a dit d'essayer de ne pas penser à l'événement et à ses effets? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Vous a donné l'impression qu'il (elle) ne voulait pas entendre parler de l'événement et de ses effets? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Vous a fait sentir comme s'il vous fallait garder pour vous-même vos sentiments par rapport à l'événement et à ses effets parce que ça le (la) mettait inconfortable? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Vous a fait sentir comme s'il vous fallait garder pour vous-même vos sentiments par rapport à l'événement et à ses effets parce que ça le (la) mettait en colère? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Vous a laissé(e) tomber en ne vous démontrant pas autant d'amour et d'intérêt que vous auriez souhaité? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cochez les cases comme ça:
 Et non comme ça:

EI

B.15

Potential Stressful Event Interview (PSEI)

--	--	--	--

j j m m a a a a

Date : / /

SUIVI - TEMPS DE MESURE 4

Après avoir demandé au participant comment il va...

1- Avez-vous pris des médicaments après l'événement (*on veut surtout savoir ici s'ils ont pris des psychotropes (anti-dépresseurs, anxiolytiques, somnifères) suite à l'événement – si oui, vérifier s'ils les prenaient avant l'événement*)

Oui Non

Nom du médicament	Posologie	Date du début (jj/mm/aaaa)	Date d'arrêt (jj/mm/aaaa)
	/jour		

2- Depuis l'événement, y a-t-il eu des changements dans votre vie ou avez-vous vécu des événements stressants (Ne pas inclure l'événement stressant qui vous a amené à participer à l'étude) : Oui Non

Lesquels? (Indiquez la date de(s) l'événement(s))

Perte d'emploi	<input type="checkbox"/>	Interventions chirurgicales	<input type="checkbox"/>
Changement d'emploi	<input type="checkbox"/>	Maladie grave (vous ou un proche)	<input type="checkbox"/>
Sérieux problèmes financiers	<input type="checkbox"/>	Accident grave (vous ou un proche)	<input type="checkbox"/>
Séparation	<input type="checkbox"/>	Problèmes légaux	<input type="checkbox"/>
Divorce	<input type="checkbox"/>	Mariage	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes familiaux	<input type="checkbox"/>	Naissance d'un enfant	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	Décès d'un proche	<input type="checkbox"/>

Donnez quelques détails (s'il y a lieu) :

Autre événement : spécifiez :

3- Au cours de la dernière semaine, en comparant à votre état habituel, et en tenant compte des événements décrits ci-dessus, diriez-vous que vous étiez :

- Un peu moins stressé(e) que d'habitude
- Comme d'habitude
- Un peu plus stressé(e) que d'habitude
- Beaucoup plus stressé(e) que d'habitude

4- Depuis l'événement, avez-vous consulté un professionnel de la santé mentale (psychologue, psychiatre, travailleur social, psychothérapeute, etc.)

Oui Non Si oui, quel type d'intervenant?: _____

Si oui, combien de fois? 0 fois 1 fois 2 fois 3 fois 4 fois et +

(Spécifiez : n'inclue pas les interventions ayant été faite par les infirmières impliquées dans le projet)

QUESTIONS PORTANT SUR L'ÉVÉNEMENT :

1. Durant l'événement avez-vous subi:

_____ (1) des blessures physiques importantes

_____ (2) des blessures mineures

_____ (3) aucune blessure physique

_____ (4) Ne s'applique pas

2. Au cours de l'événement, avez-vous été en danger d'être blessé(e) ou tué(e)?

_____ (1) Oui

_____ (2) Non

_____ (3) Je ne sais pas/Je ne me souviens pas

_____ (4) Ne s'applique pas

3. Au cours de l'événement, est-ce qu'une autre personne a été sérieusement blessée ou tuée?

_____ (1) Oui (Poser les 2 autres questions)

_____ (2) Non (Sauter à l'item 6)

_____ (3) Je ne sais pas/Je ne me souviens pas

_____ (4) Ne s'applique pas

4. Est-ce que vous avez vu cette personne (ou ces personnes):

_____ (1) Se faire blesser ou tuer

_____ (2) Après qu'elle(s) ai(ent) été blessée(s) ou une fois morte(s)

_____ (3) N'a vu aucune personne blessée ou morte

_____ (4) Ne s'applique pas

5. Est-ce que la personne qui a été blessée ou tuée était un proche ou un très bon ami à vous? (ou: Y avait-il, parmi les personnes qui ont été blessées ou tuées, un ou des proches, ou un ou de très bons amis à vous).

_____ (1) Oui, un (des) proche(s)

_____ (2) Oui, un (des) très bon(s) ami(s)

_____ (3) Ni un proche, ni un très bon ami.

_____ (4) Ne s'applique pas

6. Y avait-il une personne (ou des personnes) responsables en quelque sorte de l'événement (de façon intentionnelle ou accidentelle) ou est-ce que cet événement résulte d'un acte de la nature?

_____ (1) Une ou des personnes sont responsables

_____ (2) L'événement résulte d'un acte de la nature

_____ (3) Ne s'applique pas

SI DES PERSONNES SONT RESPONSABLES DE L'ÉVÉNEMENT (Qt.6):

7. Croyez-vous que cette ou ces personnes avait (avaient) l'intention de vous faire du mal ou de faire du mal aux autres?

_____ (1) Oui

_____ (2) Non

_____ (3) Je ne sais pas

8. À quel point cet événement est-il arrivé soudainement?

_____ (1) L'événement s'est produit très soudainement

_____ (2) L'événement s'est produit plutôt soudainement

_____ (3) L'événement ne s'est pas produit trop soudainement

_____ (4) L'événement ne s'est pas produit soudainement du tout

_____ (5) Ne s'applique pas

_____ (6) Je ne sais pas

9. À quel point vous attendiez-vous à ce que cet événement se produise?

_____ (1) L'événement était très prévisible

_____ (2) L'événement était plutôt prévisible

_____ (3) L'événement n'était pas très prévisible

_____ (4) L'événement n'était pas prévisible du tout

_____ (5) Je ne sais pas

10- Séquelles physiques? (Indiquez si c'est mineur, moyen, important, et si c'est temporaire, permanent, ou ne sait pas)

B.16

Trauma History Checklist (THC)

		Numéro du patient <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Initiales du patient <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
--	--	--	--	--	--

CAPS 1 — LISTE DE POINTAGE DES ÉVÉNEMENTS MARQUANTS — Page 1

Voici une liste de situations difficiles ou stressantes qu'une personne peut avoir à subir. Pour chaque événement, veuillez cocher une ou plusieurs cases de droite pour indiquer que : (a) vous avez **personnellement vécu** une telle situation; (b) vous avez **été témoin** d'une telle situation vécue par une autre personne; (c) vous **avez appris** qu'une telle situation était arrivée à l'un de vos proches; (d) cela **ne s'applique pas** à vous.

Événement	Cela m'est arrivé	J'en ai été témoin	Je l'ai appris	Cela ne s'applique pas à moi
1. Catastrophe naturelle (inondation, ouragan, tornade, tremblement de terre, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Incendie ou explosion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Accident de la route (accident de voiture ou de bateau, déraillement de train, écrasement d'avion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Accident grave au travail, à domicile ou pendant des occupations de loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Exposition à une substance toxique (produits chimiques dangereux, radiations, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Agression physique (avoir été attaqué, frappé, poignardé, battu, reçu des coups de pied, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Attaque à main armée (avoir été blessé par arme à feu ou arme tranchante, avoir été menacé avec un couteau, une arme à feu ou une bombe, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Agression sexuelle (viol, tentative de viol, être obligé d'accomplir tout acte sexuel par la force ou sous des menaces)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Autre expérience sexuelle non désirée et désagréable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Participation à un combat ou présence dans une zone de guerre (dans l'armée ou comme civil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Captivité (avoir été kidnappé, enlevé, pris en otage, incarcéré comme prisonnier de guerre, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Maladie ou blessure mettant la vie en danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Souffrances humaines intenses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mort violente (homicide, suicide, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mort subite et inattendue d'un proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Blessure grave, dommage ou mort causé par vous à quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Toute autre situation ou expérience très stressante Préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



17764

**QUESTIONNAIRE DES
ÉVÉNEMENTS DE VIE
TRAUMATIQUES T4**

Date (dd/mm/yyyy):

		/		

Instructions : En se référant au Life Event checklist, noter ci-joint les 4 événements traumatiques les plus importants, le premier événement étant celui pour lequel le sujet a été recruté dans l'étude, les 3 autres événements étant ceux qu'il a vécu par le passé.

Événement #1: Événement le plus récenta) Type d'événement :

--	--

b) Âge :

--	--

c) Niveau d'exposition : Ça lui est arrivé En a été témoin L'a apprisÉvénement #2:a) Type d'événement :

--	--

b) Âge :

--	--

c) Niveau d'exposition : Ça lui est arrivé En a été témoin L'a apprisÉvénement #3:a) Type d'événement :

--	--

b) Âge :

--	--

c) Niveau d'exposition : Ça lui est arrivé En a été témoin L'a apprisÉvénement #4:a) Type d'événement :

--	--

b) Âge :

--	--

c) Niveau d'exposition : Ça lui est arrivé En a été témoin L'a appris

APPENDICE C

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude:

'Intervention brève suite à un incident critique'.

Chercheurs principaux:

Alain Brunet, Ph.D., Département de psychiatrie de l'Université McGill, Centre de recherche de l'hôpital Douglas & Josef Ruzek, National Center for PTSD (Californie).

But et description de l'étude:

Vous êtes invités à participer à une étude examinant l'efficacité d'une nouvelle intervention destinée aux personnes ayant vécu un incident critique. Par incident critique nous entendons un événement impliquant une menace pour la vie ou pour l'intégrité physique accompagnée d'un sentiment intense de peur, d'horreur ou d'impuissance tel qu'éprouvé par exemple au cours d'un accident grave, d'une agression ou d'un désastre naturel.

Comme c'est le cas sur le plan physique, l'exposition à des événements stressants peut parfois nécessiter une période d'ajustement sur le plan psychologique, autant pour la personne ayant été exposée que pour ses proches. Un des ingrédients essentiels à cet ajustement est la communication. Il importe en effet que les individus ayant vécu l'événement ainsi que leurs proches puissent parler ouvertement de ce qui s'est passé et de ce qu'ils éprouvent. L'intervention que nous vous proposons vise à favoriser cette communication en fournissant de l'information sur les réactions courantes suite à un incident critique et sur les stratégies de communication aidantes. *L'intervention implique l'individu exposé à l'événement ainsi qu'une personne proche de son choix.*

Cette étude se déroule au Centre de recherche de l'hôpital Douglas et à l'Hôpital général de Montréal, et est subventionnée par le Conseil Québécois de la recherche sociale (CQRS)

Description de la recherche:

Dans le cadre de cette étude, nous suivrons, sur une période de 3 mois, 180 participants se présentant à l'urgence après avoir été exposés à un incident critique. Si vous acceptez de participer, nous procéderons d'abord à une entrevue d'évaluation d'environ 30 minutes au cours de laquelle vous parlerez brièvement de l'événement qui vous a amené à l'hôpital. Vous

remplirez également quelques questionnaires portant sur votre santé physique et psychologique, sur vos réactions émotionnelles et physiques au moment de l'événement, ainsi que sur votre environnement social.

Cette entrevue d'évaluation nous permettra de déterminer si vous répondez aux critères de participation à l'étude, c'est-à-dire : 1) si vous avez été exposé(e) à un incident critique au cours des deux dernières semaines 2) si vous n'avez pas de condition physique ou psychologique pouvant affecter les résultats de l'étude (troubles cognitifs, maniaque-dépression, psychose, etc.) et 3) si vous pouvez identifier un proche intéressé à vous accompagner.

Les personnes éligibles à participer seront par la suite distribuées *au hasard* dans l'un de ces deux groupes : 1. évaluation + intervention précoce ou 2. évaluation + intervention différée. La moitié des participants recevront l'intervention 2 semaines après l'événement (intervention précoce), tandis que l'autre moitié la recevra après 12 semaines (intervention différée). L'intervention consiste en deux séances de 50 minutes à deux semaines d'intervalle.

Les participants des deux groupes seront suivis 2, 4, 8 et 12 semaines après l'incident critique afin d'évaluer leur état psychologique et leur santé physique. Nous vous demanderons alors de remplir des questionnaires portant sur votre santé physique et psychologique depuis l'événement, sur votre expérience lorsque vous avez parlé de l'événement avec votre entourage, et sur votre consommation d'alcool, de drogue et de médicaments. Ces questionnaires prennent entre 25 minutes et 1 heure 30 minutes à compléter. Tous les suivis se font dans le cadre d'une entrevue en face à face, à l'exception du suivi de la 8^{ème} semaine qui se fait par la poste.

Préjudices et inconvénients possibles:

Certaines questions pourraient susciter des émotions vives telles que la tristesse, la colère, etc. Il se peut également que vous vous sentiez ennuyé(e) et fatigué(e) par des questions qui vous apparaîtront parfois répétitives.

Mis à part ces inconvénients, votre participation à cette étude ne vous causera aucun préjudice. Cependant, il peut exister des risques dont nous ignorons l'existence pour le moment. Toute nouvelle information pouvant affecter votre condition ou influencer votre désir de poursuivre votre participation à l'étude vous sera communiquée.

Bienfaits possibles:

Il se peut que vous et vos proches bénéficiez de cette intervention et que celle-ci facilite votre rétablissement. Cependant, nous ne pouvons vous l'assurer. Votre participation pourrait nous permettre de mesurer l'efficacité de l'intervention et contribuer à son amélioration.

Si vos réponses aux questionnaires de suivi nous indiquent que vous avez un trouble diagnostique pour lequel il existe un traitement psychologique et/ou pharmacologique reconnu comme efficace, vous en serez avisé(e) et une liste de professionnels vous sera fournie. Votre participation à l'étude ne sera pas compromise si vous décidez d'entreprendre un autre traitement en cours d'étude.

Confidentialité:

Afin d'assurer la confidentialité des données, un code numérique sera utilisé pour identifier les questionnaires des participants. La liste permettant de faire le lien entre le nom du participant et son code numérique sera gardée séparément des questionnaires. De plus, les questionnaires complétés seront gardés sous clé. Seul le personnel de recherche autorisé aura accès à ces documents. Aucune information révélant votre identité ne sera diffusée ou publiée à moins que vous y ayez expressément consenti. Les sessions d'intervention seront enregistrées. Les enregistrements seront détruits à la fin de l'étude.

Si lors de l'intervention ou dans vos questionnaires vous transmettez des informations suggérant que vous représentez un danger pour vous même ou pour les autres, la loi nous oblige à briser la confidentialité et à rapporter ces informations aux autorités compétentes. De même, il est possible en cas de poursuites judiciaires que des dossiers de recherche, incluant les cassettes audio, soient exigés par la cour. La confidentialité est donc respectée dans la mesure où la loi le permet.

Des représentants de l'organisme subventionnant cette étude (CQRS) ainsi que du comité d'éthique de l'Université McGill peuvent, à des fins de contrôle, exiger d'inspecter des dossiers de recherche qui pourraient vous identifier.

Remboursement:

Dans le cadre de cette étude, l'intervention vous sera offerte gratuitement. Vous recevrez également une compensation monétaire de \$20 pour la rencontre initiale, \$30 pour *chacun* des 3 suivis, et de \$50 pour la dernière entrevue, pour un total de \$160 pour votre participation à toute l'étude. Vous recevrez un chèque séparé pour chacune des étapes de l'étude.

Participation volontaire:

Votre participation à cette étude est volontaire. Votre décision de participer ou non n'affectera en aucune manière la qualité des soins que vous recevrez à l'hôpital. Vous pouvez mettre un terme à votre participation n'importe quand sans aucun préjudice. Vous êtes également libre de refuser de répondre à n'importe quelle question.

Il est à noter que le CQRS ou les chercheurs principaux peuvent mettre un terme à votre participation avec ou sans votre consentement.

Consentement:

Pour toutes questions relatives au projet, n'hésitez pas à rejoindre Mme Maryse Benoit, M.Ps., psychologue et coordonnatrice du projet, au 761-6131 poste 2368 ou le professeur Alain Brunet, Ph.D., psychologue et chercheur principal, au 761-6131 poste 4348. Si vous avez des questions concernant vos droits à titre de participant(e) à une étude, contactez l'ombudsman de l'hôpital Douglas au (514) 762-3010.

**VOTRE SIGNATURE INDIQUE QUE VOUS AVEZ LU ET COMPRIS LES
INFORMATIONS CI-DESSUS, ET QUE VOUS CONSENTEZ LIBREMENT À
PARTICIPER AU PROJET SUR LA BASE DES INFORMATIONS QUI VOUS ONT
ÉTÉ DONNÉES.**

Signature du participant: _____

Date: _____

Nom du participant en lettres moulées : _____

Signature du personne proche : _____

Date : _____

Nom du personne proche en lettres moulées : _____

Signature du témoin: _____

Date: _____

Nom du témoin en lettres moulées: _____

RÉFÉRENCES

- Adams, P. S., et Adams, G. R. (1984). Mount Saint-Helen's ashfalls: Evidence for disaster stress reaction. *American Psychologist*, 39, 252-260.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., et Stayton, D. J. (1971). Individual differences in strange-situation behaviour of one-year-olds. In H. R. Schaffer (Éd.), *The origins of human social relations*. Oxford, England: Academic press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., et Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alexander, P. C., Anderson, C. L., Brand, B., Schaeffer, C. M., Grelling, B. Z., et Kretz, L. (1998). Adult attachment and long term effects in survivors of incest. *Child Abuse and Neglect*, 22, 45-61.
- Allen, J. P. et Kuperminc, G. P. (1995). *Adolescent attachment, social competence, and problematic behavior*. Papier présenté à la conférence bi-annuelle de la Society for Research in Child Development, Indianapolis, IN.
- Allen, J. P., McElhaney, K. B., Kuperminc, G., et Jodl, K. M. (2004). Stability and change in attachment security across adolescence. *Child Development*, 75(6), 1792-1805.
- Allen, J. P., Moore, C. M., Kuperminc, G. P., et Bell, K. L. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development*, 69, 1406-1419.
- Association, A. P. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (III)*. Washington, D.C.: APA.
- Association, A. P. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IV)*. (4ième éd.). Washington, DC: APA.
- Badura, A. S. (2003). Theoretical and empirical exploration of the similarities between emotional numbing in posttraumatic stress disorder and alexithymia. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 349-360.

- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New-York: W.H. Freeman.
- Barnett, D., Butler, C. M., et Vondra, J. I. (1999). Atypical patterns of early attachment; Discussion and future directions. *Monographs of the society for research in child development*, 64, 172-192.
- Baron, R. M., et Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Bartholomew, K., et Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bartholomew, K., et Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment. En J. A. Simpson et W. S. Rholes (Éds.), *Attachment Theory and Close Relationships* (pp. 25-45): New York: Guilford Press.
- Batten, S. V., Follette, V. M., et Aban, I. B. (2001). Experiential avoidance and high-risk sexual behavior in survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 10(2), 101-120.
- Berant, E., Mikulincer, M., et Florian, V. (2001a). The association of mother's attachment style and their reactions to the diagnosis of infant's congenital heart disease. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 208-232.
- Berant, E., Mikulincer, M., et Florian, V. (2001b). Attachment style and mental health: A one-year follow-up study of mothers of infants with congenital heart disease. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 956-968.
- Berkowitz, L., et Troccoli, B. T. (1990). Feelings, direction of attention, and expressed evaluations of others. *Cognition and Emotion*, 4, 305-325.
- Bernier, A., et Dozier, M. (2002). Assessing adult attachment: Empirical sophistication and conceptual bases. *Attachment and Human Development*, 4, 171-179.
- Berthoz, S., Ouhayoun, B., Parage, N., Kirzenbaum, M., Bourgey, M., et Allilaire, J.-F. (2000). Étude préliminaire des niveaux de conscience

émotionnelle chez des patients déprimés et des contrôles. *Annales Médico-Psychologiques*, 158(8), 665-672.

- Billings, A. G., et Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioural Medicine*, 4, 139-157.
- Birmes, P., Brunet, A., Benoit, M., Defer, S., Hatton, L., Sztulman, H., et al. (2005). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of french-speaking exposed to trauma. *European Psychiatry*, 20, 145-151.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., et al. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.
- Borkovec, T. D., et Inz, J. (1990). The nature of worry in generalised anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research & Therapy*, 28, 153-158.
- Borman, E., et Cole, H. (1993). *A comparison of three measures of adult attachment*. Papier présenté dans le cadre de la conférence de Society for Research in Child Development, New Orleans.
- Bouthillier, D. (2002). *La conscience émotionnelle: Modèle cognitivo-développemental*. Papier présenté dans le cadre de la conférence La conscience émotionnelle et la santé, Montreal.
- Bouthillier, D., Julien, D., Dubé, M., Bélanger, I., et Hamelin, M. (2002). Predictive validity of adult attachment measures in relation to emotion regulation behaviors in marital interactions. *Journal of Adult Development*, 9(4), 291-305.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York,: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol.2: Separation*. New York,: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss, Vol.3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.

- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bremner, J. D., Southwick, S., Brett, E., Fontana, A., Rosenheck, R., et Charney, D. S. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 328-332.
- Bremner, J. D., Southwick, S. M., Johnson, D. R., Yehuda, R., et Charney, D. S. (1993). Childhood physical abuse and combat-related Posttraumatic Stress Disorder in Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, *150*(2), 235-239.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., et Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. En J. A. Simpson et W. S. Rholes (Éds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Brennan, K. A. et Shaver, P. R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationships functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *21*(3), 267-283.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., et Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 626-631.
- Bretherton, I. (1987). New perspectives on attachment relations: Security, communication, and internal working models. En J. D. Osofsky (Éd.), *Handbook of Infant Development* (2 ed., pp. 1061-1100). Oxford, England: John Wiley & sons.
- Bretherton, I., et Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. En J. Cassidy et P. R. Shaver (Éds.), *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 89-111). New York: Guilford.
- Bretherton, I., Ridgeway, D., et Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of attachment relationship: An Attachment Story Completion Taks for 3-years-old. En M. T. Greenberg, D. Cichetti et E. M. Cummings (Éds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 3-49). Chicago: University of Chicago Press.

- Briggs, L., et Joyce, P. R. (1997). What determines post-traumatic stress disorder symptomatology for survivors of childhood sexual abuse? *Child Abuse and Neglect*, 21, 575-582.
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., et King, S. (2003). Validation of a french version of the Impact of Event Scale-Revised. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(1), 55-60.
- Bryant, R. A., et Harvey, A. G. (1995). Avoidant coping style and post-traumatic stress following motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 33(6), 631-635.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., et Guthrie, R. M. (2001). Cognitive strategies and the resolution of acute stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 213-219.
- Bryant, R. A., et Panasetis, P. (2001). Panic symptoms during trauma and acute stress disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 39, 961-966.
- Calhoun, K. S., & Resick, P. A. (1993). Posttraumatic stress disorder. En D. H. Barlow (Éd.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2^e éd., pp. 48-98). New York: The Guilford Press.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69(4), 1107-1128.
- Carlson, E. A., et Sroufe, L. A. (1995). The contribution of attachment theory to developmental psychopathology. En D. Cicchetti et D. Cohen (Éds.), *Developmental processes and psychopathology: Vol. 1. Theoretical perspectives and Methodological approaches* (pp. 581-617). New York: Cambridge University Press.
- Carlson, E. B. (1997). Factors that influence responses to traumatic experiences. In *Trauma assessments; A clinician's Guide* (pp. 61-74). New York: The Guilford Press.
- Carlson, E. B., Dalenberg, C., Daniels, J. W., et Lowensteing, R. J. (2001). Multivariate prediction of posttraumatic symptoms in psychiatric inpatients. *Journal of Traumatic Stress*, 14(3), 549-567.
- Carlson, E. B., et Rosser-Hogan, R. (1991). Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1548-1551.

- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., et Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25(4), 525-531.
- Caron, J. (2000). *Un guide de validation transculturelle des instruments de mesure en santé mentale*. Ressources en Santé Mentale du Québec (RSMQ)
- Caspers, K. M., Cadoret, R. J., Langbehn, D., Yucuis, R., et Troutman, B. (2005). Contributions of attachment style and perceived social support to lifetime use of illicit substances. *Addictive Behaviors*, 30, 1007-1011.
- Cassidy, J. (1994). Emotion Regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 228-283.
- Cassidy, J., et Kobak, R. (1988). Avoidance and its relationship to other defensive processes. En J. Belsky et T. Nezworski (Éds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 300-323). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Charlton, P. F. C., et Thompson, J. A. (1996). Ways of coping with psychological distress after trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(4), 517-530.
- Cicchetti, D., Cummings, E. M., Greenberg, M. T., et Marvin, R. S. (1990). An organizational perspective on attachment beyond infancy: Implications for theory, measurement, and research. (pp. 3-49). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Clohessy, S., et Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 251-265.
- Cloître, M., Scarvalone, P., et Difede, J. (1997). Posttraumatic stress disorder, self and interpersonal dysfunction among sexually retraumatized women. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 437-452.
- Cole-Detke, H., et Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorders and depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(2), 289-290.

- Collins, D. L., et Feeney, B. C. (2000). A safe heaven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1053-1073.
- Contreras, J. M., Kerns, K. A., Weimer, B. L., Gentzler, A. L., et Tomich, P. L. (2000). Emotion regulation as a mediator of associations between mother-child attachment and peer relationships in middle childhood. *Journal of Family Psychology*, 14(1), 111-124.
- Cooper, M. L., Shaver, P. R., et Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1380-1397.
- Cordova, M. J., Ruzek, J. I., Benoit, M., et Brunet, A. (2003). Promotion of emotional disclosure following illness and injury: A brief intervention for medical patients and their families. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 359-372.
- Creamer, M., Burgess, P., et Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 452-459.
- Crittenden, P. M. (1994). *Peering into the black box: An exploratory treatise on the development of self in young children*. Papier présenté dans le cadre du symposium de Rochester sur le développement de la psychopathologie, Rochester, NY, US.
- Crittenden, P. M. (1995). Attachment and Psychopathology. En S. Goldberg, R. Muir et J. Kerr (Éds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives*. Hillsdale NJ: Analytic Press.
- Crittenden, P. M. (1997). Truth, error, omission, distortion, and deception: The application of attachment theory to the assessment and treatment of psychological disorder. En S. M. C. Dollinger et L. F. DiLalla (Éds.), *Assessment and intervention issues across the life span* (pp. 35-76). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Crowell, J. A., Fraley, R. C., et Shaver, P. R. (1999). Measurement of adult attachment. En J. Cassidy et P. R. Shaver (Éds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 434-465). New York: Guilford.

- Crowell, J. A., et Treboux, D. (1995). A review of adult attachment measures: Implications for theory and research. *Social Development, 4*, 294-327.
- Crowell, J. A., Treboux, D., Gao, Y., Fyffe, c., Pan, H., et Waters, E. (2002). Assessing secure base behavior in adulthood: Development of a measure, links to adult attachment representations, and relations to couples' communication and reports of relationships. *Developmental Psychology, 38*(5), 679-693.
- Crowell, J. A., Treboux, D., et Waters, E. (1993). *Alternatives to the adult attachment interview?* Papier présenté à la conférence Society Research in Child Development, New orleans, LA.
- Crowell, J. A., Treboux, D., et Waters, E. (1999). The adult attachment interview and the relationship questionnaire: Relations to report of mothers and partners. *Personal relationships, 6*, 1-18.
- Davis, R. C., Brickman, E., et Baker, T. (1991). Supportive and unsupportive responses of others to rape victims: effects on concurrent victim adjustment. *American Journal of Community Psychology, 19*, 443-451.
- De Bellis, M. D., et Van Dillen, T. (2005). Childhood Post-Traumatic Stress Disorder: An Overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 14*, 745-772.
- De Hass, M. A., Bakerman-Kranenburg, M. J., et van IJzendoorn, M. H. (1994). The adult attachment interview and questionnaires for attachment style, temperament, and memories of parental behavior. *Journal of Genetic Psychology, 155*, 471-486.
- Dieperink, M., Leskela, J., Thuras, P., et Engdahl, B. (2001). Attachment style classification and posttraumatic stress disorder in former prisoners of war. *American Journal or Orthopsychiatry, 71*(3), 374-378.
- Donnelly, D. A., et Murray, E. J. (1991). Cognitive and emotional changes in written essays and therapy interviews. *Journal of Social & Clinical Psychology, 10*(3), 334-350.
- Dozier, M., et Kobak, R. R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child Development, 63*, 1473-1480.

- Dozier, M., et Lee, S. W. (1995). Discrepancies between self- and other-report of psychiatric symptomatology: Effects of dismissing attachment strategies. *Development and Psychopathology*, 7, 217-226.
- Dozier, M., Stovall, K. C., et Albus, K. E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. En J. Cassidy et P. R. Shaver (Éds.), *Handbook of Attachment* (pp. 497-519). New York: The Guilford Press.
- Dunmore, E. C., Clark, D. M., et Ehlers, A. (1997). Cognitive factors in persistent versus recovered post-traumatic stress disorder after physical or sexual assault: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 147-159.
- Ehlers, A., et Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Dunmore, E., Jaycox, L., Meadows, E., et Foa, E. B. (1998). Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 457-471.
- Ehlers, A., Mayou, R. A., et Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508-519.
- Ehlers, A., et Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 217-249.
- Elliot, D. M., et Briere, J. (1995). Posttraumatic stress associated with delayed recall of sexual abuse: a general population study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 629-647.
- Endler, N. S., et Parker, J. D. A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6(1), 50-60.
- Endler, N. S., et Parker, J. D. A. (1999). *Coping inventory for stressful situations (CISS): manual*. Manuscrit non publié, Toronto.
- Feeney, J. A., et Ryan, S. M. (1994). Attachment style and affect regulation: Relationships with health behavior and family experiences of illness in a student sample. *Health psychology*, 13(4), 334-345.

- Fitzpatrick, M. A., Fey, J., Segrin, C., et Schiff, J. L. (1993). Internal working models of relationships and marital communication. *Journal of Language and Social Psychology, 12*(1-2), 103-131.
- Foa, E. B., et Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*, 20-35.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., et Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 715-723.
- Foa, E. B., Steketee, G., et Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 20*(2), 155-176.
- Folkman, S., et Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Follette, V. M., Polusny, M. M., et Milbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing service to child sexual abuse survivors. *Professional Psychology: Research & Practice, 25*(3), 275-282.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., et al. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 64*, 22-31.
- Fonagy, P., et Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self organization. *Development and Psychopathology, 9*, 679-700.
- Fraley, R. C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review, 6*, 123-151.
- Frazier, P., et Schauben, L. (1994). Causal attributions and recovery from rape and other stressful life events. *Journal of Social and Clinical Psychology, 13*, 1-14.
- Fukunishi, I., Sasaki, K., Chishima, Y., et Anze, M. (1996). Emotional disturbances in trauma patients during the rehabilitation phase: Studies

- of posttraumatic stress disorder and alexithymia. *General Hospital Psychiatry, 18*(2), 121-127.
- Furman, E. (1992). On feeling and being felt. *Psychoanalytic Study of the Child, 47*, 67-84.
- Gable, S., et Isabella, R. A. (1992). Maternal contributions to infant regulation of arousal. *Infant Behavior and Development, 15*, 95-107.
- George, C., Kaplan, N., et Main, M. (1985). *Adult attachment interview*. Manuscrit non publié, Université de Californie à Berkeley.
- George, C., et Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal, 17*, 198-216.
- George, C., et Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. En J. Cassidy et P. R. Shaver (Éds.), *Handbook of attachment theory, research, and clinical applications* (pp. 649-670). New York: Guilford Press.
- George, C., et Solomon, J. (2000). *Six year attachment doll play classification system*. Manuscrit non publié, Mills College, Okland, CA.
- George, C., et West, M. (2001). The development and preliminary validation of new measure of adult attachment: The Adult Attachment Projective. *Attachment and Human Development, 3*(1), 30-61.
- George, C., West, M., et Pettem, O. (1997). *Adult attachment projective: Protocol and classification scoring system*. Manuscrit non publié, Mills College, Californie.
- Gleser, G. C., Green, B. L., et Winget, C. (1981). *Prolonged psychosocial effects of disaster: A study of Buffalo Creek*. New York: Academic Press.
- Goldberg, S. (1997). Attachment and childhood behavior problems in normal, at-risk, and clinical samples. En L. Atkinson et K. J. Zucker (Éds.), *Attachment and Psychopathology* (pp. 171-195). New York: Guilford Press.
- Golder, S., Gillmore, M. R., Spieker, S. et Morrison, D. (2005). Substance use, related problem behaviors and adult attachment in a sample of high risk

- older adolescent women. *Journal of Child and Family Studies*, 14(2), 181-193.
- Green, B. L. (1994). Psychosocial research in traumatic stress: An update. *Journal of Traumatic Stress*, 7(3), 341-362.
- Green, B. L., Grace, M. C., et Gleser, G. C. (1985). Identifying survivors at risk: Long term impairment following the Beverly Hills supper club fire. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 53(5), 672-678.
- Grice, P. (1975). Logic and conversation. En P. Cole et J. L. Moran (Éds.), *Syntax and semantics: Vol. 3. Speech acts* (pp. 41-58). New York: Academic Press.
- Grice, P. (1989). *Studies in the way of words*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.
- Grossmann, K. (1999). Old and new internal working models of attachment: The organization of feelings and language. *Attachment and Human Development*, 1(3), 253-269.
- Grossmann, K. E., et Grossmann, K. (1991). *Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses*. Londres: Tavistock/Routledge.
- Half, W. L., et Slade, A. (1989). Affect attunement and maternal attachment: A pilot study. *Infant Mental Health Journal*, 10(3), 157-172.
- Hamilton, C. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development*, 71, 690-694.
- Harber, K. D., et Pennebaker, J. W. (1992). Overcoming traumatic memories. En S. A. Christianson (Éd.), *The handbook of emotion and memory: Research and theory* (pp. 359-386). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Harvey, A. G., et Bryant, R. A. (1999). Predictors of acute stress following motor vehicle accidents. *Journal of Traumatic Stress*, 12(3), 519-525.
- Hays, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., et Strosahl, K. D. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.

- Hazan, C., et Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hesse, E. (1999). The adult attachment interview: Historical and current perspectives. En J. Cassidy et P. R. Shaver (Éds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications* (pp. 395-433). New York: Guildford Press.
- Hesse, E., et Main, M. (2000). Disorganized infant, child and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1097-1127.
- Holen, A. (1993). The north sea oil rig disaster. En J. P. Wilson et B. Raphael (Éds.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes* (pp. 471-478). New York: Plenum Press.
- Holtzworth-Munroe, A., Stuart, G. L., et Hutchinson, G. (1997). Violent versus non violent husbands: Differences in attachment patterns, dependancy, and jealousy. *Journal of Family Psychology*, 11, 314-331.
- Horowitz, H. A., Overton, W. F., Rosenstein, D., et Steidl, J. H. (1992). Comorbid adolescent substance abuse: A maladaptive pattern on self-regulation. *Adolescent Psychiatry: Developmental and Clinical Studies*, 18, 465-483.
- Horowitz, M. J. (1978). *Stress response syndromes*. New York: Basic Books.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2ième éd.). J. Aronson: Northvale, NJ.
- Horowitz, M. J. (1993). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic stress and adjustment disorders. En J.P. Wilson et B. Raphael. (Éds.), *International handbook of traumatic stress syndromes. The Plenum series on stress and coping* (pp. 49-60): Plenum Press, New York, NY.
- Howes, C., et Hamilton, C. (1992). Children's relationships with child care teachers: Stability and concordance with parental attachments. *Child Development*, 63, 867-878.
- Jacobvitz, D., Curran, M., et Moller, N. (2002). Measurement of adult attachment: The place of self-report and interview methodologies. *Attachment and Human Development*, 4, 207-215.

- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. En R. Figley (Éd.), *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder* (Vol. 1, pp. 15-33). New York: Brunner/Mazel.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions*: Free Press; New York, NY.
- Jehel, L., Duchet, C., Paterniti, S., et Julien, D. (2001). Étude prospective de l'état de stress posttraumatique chez les victimes d'un attentat terroriste. *Encephale*, 27(5), 393-400.
- Jones, J. C., et Barlow, D. H. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*(10), 299-328.
- Jones, J. C., et Barlow, D. H. (1992). A new model of posttraumatic stress disorder: Implications for the future. En P. A. Saigh (Éd.), *Posttraumatic Stress Disorder* (pp. 147-165). New York: Macmillan.
- Joseph, S., Williams, R., et Yule, W. (1997). *Understanding posttraumatic stress: A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Chicester, UK: Wiley.
- Joseph, S., Williams, R., et Yule, W. (1995). Emotional processing in survivors of the jupiter cruise ship disaster. *Behaviour Research and Therapy*, 33(2), 187-192.
- Joseph, S., Yule, W., Williams, R., et Hodgkinson, P. (1993). Increased substance use in survivors of the herald of free enterprise disaster. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 185-191.
- Joseph, S. A., Brewin, C. R., Yule, W., et Williams, R. (1991). Causal attributions and psychiatric symptoms in survivors of the Herald of Free Enterprise disaster. *British Journal of Psychiatry*, 159, 542-546.
- Kanninen, K., Punamaki, R. L., et Qouta, S. (2003). Personality and Trauma: Adult attachment and posttraumatic distress among former political prisoners. *Journal of Peace Psychology*, 9(2), 97-126.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., et Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

- Khantzian, E. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., et Freedy, J. R. (1991). *Potential stressful events interview (PSEI): Comprehensive stressor assessment battery*. Charleston: Crime Victims Research and Treatment Center, Medical University of South Carolina.
- Kobak, R., Cassidy, J., et Zir. (2004). Attachment-related trauma and posttraumatic stress disorder: Implications for adult adaptation. En W. S. Rholes et J. A. Simpson (Éds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical Implications* (pp. 388-407). New York: The Guilford Press.
- Kobak, R., Cole, H., Ferenz-Gillies, R., Fleming, W. S., et Gamble, W. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem-solving: A control theory analysis. *Child Development*, 64, 231-245.
- Kobak, R., Cole, H. E., Ferenz-Gillies, R., et Fleming, W. S. (1987). Attachment in the late adolescence: Working models, affect regulation and representations of self and the others. *Child Development*, 64, 231-245.
- Kobak, R. R., et Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*, 59, 135-146.
- Koopman, C., Classen, C., et Spiegel, D. (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, California, firestorm. *American Journal of Psychiatry*, 151, 888-894.
- Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental Psychology*, 25, 343-354.
- Kotler, T., Buzwell, S., Romeo, Y., et Bowland, J. (1994). Avoidant attachment as a risk factor for health. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 237-245.
- Kring, A. M., Smith, D. A., et Neale, J. M. (1994). Individual differences in dispositional expressiveness: Development and validation of the emotional expressivity scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 934-949.

- King, D. W., Vogt, D. S., et King, L. A. (2004). Risk and resilience factors in the etiology of chronic posttraumatic stress disorder. En B. T. Litz (Éds.), *Early intervention of trauma and traumatic loss* (pp. 34-64). New York: Guilford Press.
- Krystal, H. D. (1997). Self-representation and the capacity for self-care. En D. L. Yalisove (Éd.), *Essential papers on addiction* (pp. 109-146). New York: New York University Press.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self healing: Affect, trauma, alexithimya*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., et Weiss, D. S. (1990). *Trauma and the Vietnam war generation: Report of the findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
- Lafontaine, M. F., et Lussier, Y. (2003). Bidimensional structure of attachment in love: Anxiety over abandonment and avoidance of intimacy. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 35(1), 56-60.
- Lane, R. D., Quinlan, D. M., Schwartz, G. E., Walker, P. A., et Zeitlin, S. G. (1990). The levels of emotional awareness scale: a cognitive-developmental measure of emotion. *Journal of Personality Assessment*, 55(1-2), 124-134.
- Larose, S., Bernier, A., Soucy, N., et Duchesne, S. (1999). Attachment styles dimensions, network orientation, and the process of seeking help from college teachers. *Journal of Social & Personal Relationships*, 16, 225-247.
- Lazarus, R. S., et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Pub. Co.
- Lee, C., Slade, P., et Lygo, V. (1996). The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage: A preliminary study. *British Journal of Psychology*, 69, 47-58.
- Leitenberg, H., Greenwald, E., et Cado, S. (1992). A retrospective study of long-term methods of coping with having been sexually abused during childhood. *Child Abuse and Neglect*, 16, 399-407.

- Lepore, S. J., et Helgeson, V. S. (1998). Social constraints, intrusive thoughts, and mental health after prostate cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology, 17*, 89-106.
- Lepore, S. J., Silver, R. C., Wortman, C. B., et Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 271-282.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation, 4*, 196-204.
- Liotti, G. (2004). Psychotherapy: Theory, research, practice, training. *Psychological Impact of Trauma: Theory, Research, Assessment, and Intervention, 41*(4), 472-486.
- Litz, B. T. (1992). Emotional numbing in combat-related posttraumatic stress disorder: A critical review and reformulation. *Clinical Psychology Review, 12*, 417-432.
- Litz, B. T., et Keane, T. M. (1989). Information processing in anxiety disorders: Application to the understanding of post-traumatic stress disorder. *Psychological Review*(9), 243-257.
- Lopez, F. G., Mitchell, P., et Gormley, B. (2002). Adult attachment orientations and college student distress: test of a mediational model. *Journal of counseling psychology, 49*(4), 460-467.
- Lussier, Y. (1999). *Version française du Coping Inventory for Stressful Situations*. Toronto: Multi-Health Systems (MHS).
- Lutgendorf, S., K., et Antoni, M. H. (1999). Emotional and cognitive processing in a trauma disclosure paradigm. *Cognitive Therapy and Research, 23*(4), 423-440.
- Lyons-Ruth, K., et Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. En J. Cassidy et P. R. Shaver (Éds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 520-554). New York: Guilford Press.

- MacKain, K. S., et Stern, D. N. (1985). The concept of experience in speech development. En E. N. Keith (Éd.), *Children's language* (Vol. 5, pp. 1-33). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33, 48-61.
- Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment: Findings and directions for future research. En C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde et P. Marris (Éds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 127-159). London: Tavistock/Routledge.
- Main, M., et Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24, 415-426.
- Main, M., et Goldwyn, R. (1994). *Adult attachment scoring and classification systems*. Manuscrit non publié, Berkeley.
- Main, M., et Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightening and/or frightened parental behavior the linking mechanism? En M. T. Greenberg, D. Cicchetti et M. Cummings (Éds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 161-182). Chicago: Chicago University Press.
- Main, M., Kaplan, N., et Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. En I. Bretherton et E. Waters (Éds.), *Monographs of the Society for Research in Child Development* (Vol. 50, pp. 66-104).
- Main, M., et Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. En T. B. Brazelton et M. W. Yogman (Éds.), *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex.
- Main, M., et Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En M. T. Greenberg, D. Cicchetti et E. M. Cummings (Éds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.

- Marchand, A., et Brillon, P. (1999). Le traitement psychologique du trouble de stress post-traumatique. En R. Ladouceur, A. Marchand et J. M. Boisvert (Éds.), *Les troubles anxieux: approches cognitives et comportementales* (pp. 149-182). Montréal: Gaetan Morin.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., et Metzler, T. J. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. En J. P. Wilson et T. M. Keane (Éds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Handbook for Practitioners* (pp. 412-428). New York: Guilford Press.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Jordan, B. K., Kulka, R. A., et al. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151(6), 902-907.
- Martin, M., Germain, V., et Marchand, A. (2006). Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique. En S. G. e. A. Marchand (Éds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques: dépistage, évaluation et traitement*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Mayseless, O., Danieli, R., et Sharabany, R. (1996). Adults attachment patterns: Coping with separations. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(5), 667-690.
- McFarlane, A. C., et Yehuda, R. A. (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In B. A. v. d. Kolk, A. C. M. Farlane et L. Weisaeth (Éds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 155-181). New York: The Guilford Press.
- Meaney, M. (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual Review of Neuroscience*, 24, 1161-1192.
- Mikulincer, M., Birnbaum, G. E., Woddis, D., et Nachmias, O. (2000). Stress and accessibility of proximity-related thoughts: Exploring the normative and intraindividual components of attachment theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 509-523.

- Mikulincer, M., et Florian, V. (1995). Appraisal of and coping with a real-life stressful situation: The contribution of attachment styles. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(4), 406-414.
- Mikulincer, M., et Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. En J. A. Simpson et W. S. Rholes (Éds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 143-165). New York: The Guilford Press.
- Mikulincer, M., Florian, V., et Tolmatz, R. (1990). Attachment styles and fear of personal death: A case study of affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 273-280.
- Mikulincer, M., Florian, V., et Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality & Social Psychology*, 64(5), 817-826.
- Mikulincer, M., Gillath, O., et Shaver, P. R. (2002). Activation of the attachment system in adulthood: Threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 881-895.
- Mikulincer, M., et Nachshon, O. (1991). Attachment styles and patterns of self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 321-331.
- Mikulincer, M., et Orbach, I. (1995). Attachment styles and repressive defensiveness: The accessibility and architecture of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5), 917-925.
- Mikulincer, M., et Sheffi, E. (2000). Adult attachment style and cognitive reactions to positive affect: A test of mental categorization and creative problem solving. *Motivation and Emotion*, 24, 149-174.
- Miljkovitch, R., Pierrejumbert, B., Turganti, G., et Halfon, O. (1998). La contribution distincte du père et de la mère dans la construction des représentations d'attachement du jeune enfant. *Enfance*, 3, 103-116.
- Morgan, C. A., Wang, S., Rasmusson, A., Hazlett, G., Anderson, G., et Charney, D. S. (2001). Relationship among plasma cortisol, catecholamines, neuropeptide Y, and human performance during

- exposure to uncontrollable stress. *Psychosomatic Medicine*, 63, 412-422.
- Moss, E., Cyr, C., Bureau, J. F., Tarabusky, G., et Dubois-comtois, K. (2005). Stability of attachment during the preschool period. *Developmental Psychology*, 41(5), 773-783.
- Moss, E., Cyr, C., et Dubois-comtois, K. (2004). Attachment at early school age and developmental risk: Examining family contexts and behavior problems of controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviorally disorganized children. *Developmental Psychology*, 40(4), 519-532.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York: Wiley.
- Muller, R. T., Sicoli, L. A., et Lemieux, K. A. (2000). Relationship between attachment style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of childhood abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 321-332.
- Murray, E. J., Lamnin, A. D., et Carver, C. S. (1989). Emotional expression in written essays and psychotherapy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 7, 414-429.
- Naatanen, P., Kanninen, K., Qouta, S., et Punamaki, R. L. (2002). Trauma-related emotional patterns and their association with post-traumatic and somatic symptoms. *Anxiety, Stress and Coping*, 15, 75-94.
- Nelson, K. (1996). *Language in cognitive development: Emergence of the mediated mind*. New York, US: Cambridge University Press.
- Noyes, R., et Kletti, R. (1977). Depersonalization in response to life-threatening danger. *Comprehensive Psychiatry*, 18, 375-384.
- Ognibene, T. C., et Collins, N. L. (1998). Adult attachment styles, perceived social support, and coping strategies. *Journal of Social & Personal Relationships*, 15, 323-345.
- Pearlman, L. A., et Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 449-459.
- Pearson, J. L., Cohn, D. A., Cowan, P. A., et Pape Cowan, C. (1994). Earned- and continuous-security in adult attachment: Relation to depressive

- symptomatology and parenting style. *Development and Psychopathology*, 6, 359-373.
- Pederson, D. R., et Moran, C. (1995). A categorial description of infant-mother relationships in the home and its relation to Q-Set measures of infant-mother interaction. En E. Waters, B. E. Vaughn, G. Posada et K. Kondo-Ikemura (Éds.), *Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on secure-base behavior and working-model: New growing points on attachment theory and research* (Vol. 60, pp. 111-132): Monographs of the Society for Research in Child Development.
- Pennebaker, J. W., Barger, S. D., et Tiebout, J. (1989). Disclosure of traumas and health among Holocaust survivors. *Psychosomatic Medicine*, 51(5), 577-589.
- Pennebaker, J. W., et Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and diseases. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3), 274-281.
- Pennebaker, J. W., Colder, M., et Sharp, L. K. (1990). Accelerating the coping process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 528-537.
- Pennebaker, J. W., et Francis, M. E. (1996). Cognitive, emotional, and language processes in disclosure. *Cognition and Emotion*, 10, 601-626.
- Pennebaker, J. W., et Susman, J. R. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Social Science & Medicine*, 26(3), 327-332.
- Peterson, R. A., et Heilbronner, R. L. (1987). The Anxiety Sensitivity Index: Construct validity and factor analytic. *Journal of Anxiety Disorders*, 1(2), 117-121.
- Pfefferbaum, B., et Doughty, D. E. (2001). Increase alcohol use in a treatment sample of Oklahoma City Bombing victims. *Psychiatry*, 64, 296-303.
- Pianta, R. C., Egeland, B., et Adam, E. K. (1996). Adult Attachment Classification and Self-Reported Psychiatric Symptomatology as assessed by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(2), 273-281.
- Pistole, M. C. (1993). Attachment relationships: Self-disclosure and trust. *Journal of Mental Health Counseling*, 15(1), 94-106.

- Priel, B., et Shamai, D. (1995). Attachment style and perceived social support: Effects on affect regulation. *Personality and Individual Differences*, 19(2), 235-241.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, M. D., et McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research & Therapy*, 24, 1-8.
- Reynolds, M., et Wells, A. (2000). The thought control questionnaire: Psychometric properties in a clinical sample, and relationships with PTSD and depression. *Psychological Medicine*, 30, 1465.
- Roisman, G. I., Tsai, J. L., et Chiang, K. S. (2004). The emotional integration of childhood experience: Physiological, facial, expressive, and self-reported emotional response during the adult attachment interview. *Developmental Psychology*, 40(5), 776-789.
- Rosenstein, D. S., et Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(2), 244-253.
- Rothbaum, B. O., et Foa, E. B. (1993). Subtypes of posttraumatic stress disorder and duration of symptoms. In J. R. T. Davidson et E. B. Foa (Éds.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 23-35). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Ruzek, J. I. (2000). *The Social Constraints Scale*. Palo Alto (CA.): National Center for PTSD.
- Ruzek, J. I., et Cordova, M. J. (2000). *The Self-Disclosure Questionnaire* (Manuscrit non publié). Palo-Alto, CA: National Center for PTSD.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, effect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201-269.
- Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 9-30.
- Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., et Blom, M. (1999). Unresolved loss and infant disorganization: Links to

- frightening maternal behavior. En J. Solomon et C. George (Éds.), *Attachment disorganization* (pp. 71-94). New York: The Guilford Press.
- Schwartz, N. (1990). Feelings as information: Informational and motivational functions of affect. En E. T. Higgins et R. M. Sorrentino (Éds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behaviour* (Vol. 1, pp. 527-561). New York: The Guilford Press.
- Shalev, A. Y. (1992). Posttraumatic stress disorder among injured survivors of a terrorist attack: Predictive value of early intrusion and avoidance symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(8), 505-509.
- Shalev, A. Y., Peri, T., Canetti, L., et Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 219-225.
- Shaver, P. R., et Hazan, C. (1993). Adult romantic attachment: Theory and evidence. En D. Perlman et W. Jones (Éds.), *Advances in personal relationships* (Vol. 4, pp. 29-70). London: Jessica Kingsley.
- Shaver, P. R., et Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 4(Special Issue: The psychodynamics of adult attachments - Bridging the gap between disparate research traditions), 133-161.
- Shipherd, J. C., et Beck, J. G. (1999). The effects of suppressing trauma-related thoughts on women with rape-related posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 37, 99-112.
- Siefer, R., et Schiller, M. (1995). The role of parenting sensitivity, infant temperament and dyadic interaction in attachment theory and assessment. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60(2-3), 146-174.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: The Guilford Press.
- Simpson, J. A., et Rholes, W. S. (1998). Attachment in adulthood. En J. A. Simpson et W. S. Rholes (Éds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 3-21). New York: Guilford Press.

- Solomon, J., Avitzur, E., et Mikulincer, M. (1990). Coping styles and post-war psychopathology among Israeli soldiers. *Personality and Individual Differences, 11*(5), 451-456.
- Solomon, J., George, C., et De Jong, A. (1995). Children classified as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. *Development and Psychopathology, 7*, 447-463.
- Solomon, J., Weisenberg, M., Schwarzwald, J., et Mikulincer, M. (1987). Posttraumatic stress disorder among front line soldiers with combat stress reactions: The 1982 Israeli experience. *American Journal of Psychiatry*(144), 448-454.
- Solomon, Z., Ginzburg, K., Mikulincer, M., Neria, Y., et Ohry, A. (1998). Coping with war captivity: The role of attachment style. *European Journal of Personality, 12*, 272-285.
- Solomon, Z., Mikulincer, M., et Arad, R. (1991). Monitoring and blunting: Implications for combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 4*(2), 209-221.
- Sroufe, L. A. (1979). Socioemotional development. In J. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (pp. 462-516). New York: Wiley.
- Sroufe, L. A. (1989a). Pathways to adaptation and maladaptation: Psychopathology as developmental deviation. En D. Cicchetti. (Éd.), *Rochester symposium on developmental psychology: Vol. 1. The emergence of a discipline* (pp. 13-40). New York: Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sroufe, L. A. (1989b). Relationship, self and individual adaptation. En A. J. Sameroff et R. N. Emde (Éds.), *Relationships disturbances in early childhood: A developmental approach* (pp. 70-94). New York: Basic Books.
- Sroufe, L. A. (1990). An organizational perspective of the self. En D. Cicchetti et M. Beeghly (Éds.), *The self in transition: Infancy to childhood* (pp. 281-307). Chicago: University of Chicago Press.
- Sroufe, L. A. (1991). Considering normal and the abnormal together: The essence of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 2*, 335-347.

- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology, 9*, 251-268.
- Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K., et Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 11*, 1-13.
- Sroufe, L. A., et Fleeson, J. (1986). Attachment and the construction of relationships. En W. Hartup et Z. Rubin (Éds.), *Relationships and development*. New York: Hillsdale, US: Erlbaum.
- Sroufe, L. A., et Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development, 48*, 1184-1199.
- Stern, D. N. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris: P.U.F.
- Taylor, G. (1997). The development and regulation of affects. En G. Taylor, R. Gagby et D. Parker (Éds.), *Disorders of affectg regulation; Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Toronto: Cambridge University Press.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., et Parker, J. D. A. (1991). The alexithymia construct: A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics, 32*, 153-164.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development, 59*(2-3), 25-52.
- Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. En E. Tulving et W. Donaldson (Éds.), *Organization of memory* (pp. 382-403). New York: Academic Press.
- Turner, R. J. (1981). Social support as a contingency in psychological well being. *Journal of Health and Social Behavior, 22*, 357-367.
- Valentiner, D. P., Foa, E. B., Riggs, D. S., et Gershuny, B. S. (1996). Coping strategies and posttraumatic stress disorder in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(3), 455-458.

- van den Hout, M. A., et Engelhard, I. M. (2004). Pretrauma neuroticism, negative appraisals of intrusions, and severity of PTSD symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(3), 181-183.
- Van der Kolk, B. (1987). *Psychological Trauma*. Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. En B. A. v. d. Kolk, A. C. McFarlane et L. Weisaeth (Éds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 182-213). New York: The Guilford Press.
- van der Kolk, B. A., et Ducey, C. P. (1989). The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 2(3), 259-274.
- van IJzendoorn, M. H., et Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(1), 8-21.
- van IJzendoorn, M. H., et Bakermans-Kranenburg, M. J. (1997). Intergenerational transmission of attachment: A move to the contextual level. En L. Atkinson et K. J. Zucker (Éds.), *Attachment and Psychopathology* (pp. 135-170). New York: Guilford Press.
- van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., et Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.
- Vlahov, D., Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., et Kilpatrick, D. (2004). Sustained increased consumption of cigarettes, alcohol, and marijuana among Manhattan residents after september 11, 2001. *American Journal of Public Health*, 94(2), 253-254.
- Vlahov, D., Galea, S., Resnick, H., Ahern, J., Boscarino, J. A., Bucuvalas, M., et al. (2002). Increased use of cigarettes, alcohol, and marijuana among Manhattan, New York, residents after the september 11th terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, 155(1), 988-996.

- Wallace, J. L., et Vaux, A. (1993). Social support network orientation: The role of adult attachment style. *Journal of Social and Clinical Psychology, 12*(3), 354-365.
- Warda, G., et Bryant, R. A. (1998). Thought control strategies in acute stress disorder. *Behaviour Research & Therapy, 36*, 1171-1175.
- Wartner, U. G., Grossman, K., Fremmer-Bombik, E., et Suess, G. (1994). Attachment patterns at age 6 in south Germany: Predictability from infancy and implications for preschool behavior. *Child Development, 65*, 483-494.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J. A., et Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development, 71*, 684-689.
- Waters, E., Weinfield, N. S., et Hamilton, C. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: General discussion. *Child Development, 71*(3), 703-706.
- Waters, H. S., Rodrigues, L., et Ridgeway, D. (1998). Cognitive underpinning of narrative attachment assessment. *Journal of Experimental Child Psychology, 71*, 211-234.
- Watt, M. C., McWilliams, L. A., et Campbell, A. G. (2005). Relations between anxiety sensitivity and attachment style dimensions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 27*(3), 191-200.
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., et Carlson, E. A. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. En J. Cassidy et P. R. Shaver (Éds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 68-88). New York: Guilford.
- Weiss, D. S., et Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale - Revised. In J. P. Wilson et T. M. Keane (Éds.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A practitioner's handbook* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
- Wells, A., et Davis, M. (1994). The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research & Therapy, 32*, 871-878.

- Wenninger, K., et Ehlers, A. (1998). Dysfunctional cognitions and adult psychological functioning in child sexual abuse survivors. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 281-300.
- West, M., George, C. (2002). Attachment and dysthymia: The contributions of preoccupied attachment and agency of self to depression in women. *Attachment and Human Development, 4*, 278-293.
- Yehuda, R. (2004). Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 29-36.
- Yehuda, R., Spertus, I. L., et Golier, J. A. (2001). Relationship between childhood traumatic experiences and PTSD in adults. En E. Spencer (Éd.), *PTSD in children and adolescents* (pp. 117-158). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Zakin, G., Solomon, Z., et Neria, Y. (2003). Hardiness, attachment style, and long term psychological distress among Israeli POWs and combat veterans. *Personality and Individual Differences, 34*, 819-829.
- Zimmerman, P. (1999). Structure and functions of internal working models of attachment and their role for emotion regulation. *Attachment and Human Development, 1*(3), 291-306.
- Zuroff, D. C., et Fitzpatrick, D. K. (1995). Depressive personality styles: Implications for adult attachment. *Personality and Individual Differences, 1*(2), 253-265.