

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES CROYANCES FONDAMENTALES ET LES STRATÉGIES
D'ADAPTATION DANS LA THÉRAPIE COGNITIVE-COMPORTEMENTALE
POUR LE TSPT

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
DELPHINE-ÉMILIE BOURDON

FÉVRIER 2021

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.10-2015). 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 tiens à commencer la présente thèse par des remerciements envers tous ceux qui m'ont soutenue et guidée dans ce processus. D'abord, un énorme merci à mon directeur de recherche, Ghassan El-Baalbaki, pour son soutien, son calme et sa confiance tout au long de mon parcours. Je remercie également André Marchand et Stéphane Guay pour leur soutien et leur confiance.

En période de création et de rédaction de la présente thèse, le soutien de mes proches et de mes collègues fut d'une grande aide. Je tiens ainsi à remercier Catherine, Véronique, Sarah-Claude et Evelyne, ainsi que les autres membres du laboratoire de recherche sur la personnalité. Merci à Dominique, Étienne, Maude et Vedrana pour leur contribution à la recension systématique des écrits. Je remercie également Laurence pour nos périodes de rédaction, ainsi que pour son soutien et son écoute à travers les hauts et les bas de la rédaction. Merci à Joëlle, Justine et mes autres collègues et ami(e)s. Merci également à mes collègues du Centre d'étude sur le trauma. Je tiens aussi à remercier Geneviève Belleville et Dominic Beaulieu-Prévost pour leurs commentaires et corrections du second article de thèse. Merci à Hugues Leduc, statisticien, pour sa guidance dans les analyses statistiques de cet article. Merci à tous ceux que j'ai croisé dans le cadre de mon parcours doctoral et qui ont été une source d'inspiration personnelle et professionnelle.

Je tiens aussi à remercier mon conjoint Sébastien, pour son soutien et sa patience pendant ces longues années. Merci à ma maman, pour son soutien indéfectible et son amour. Merci à ma famille et à mes beaux-parents. Finalement, j'ai une pensée pour mon papa, qui nous a quittés il y a quelques années. Papa, je crois que tu aurais été fier de moi.

DÉDICACE

À ma fille Chloé, à mon conjoint Sébastien et
à ma maman Marie, ainsi qu'à tous ceux qui
ont participé de près ou de loin à l'élaboration
de cette thèse.

AVANT-PROPOS

Le présent travail de recherche fut inspiré par les travaux du Centre d'étude sur le trauma (CÉT) et élaboré en explorant les écrits scientifiques sur le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Initialement, le projet de recherche doctoral a été élaboré en fonction du sujet du second article présenté dans ce travail, qui concerne des données tirées d'une étude de traitement psychothérapeutique du TSPT effectuée au CÉT. Cette étude mesurait longitudinalement plusieurs variables médiatrices ou modératrices de l'effet d'une thérapie cognitive comportementale (TCC) pour le TSPT sur plusieurs mesures d'impact, comme les symptômes, le fonctionnement et la qualité de vie. Puisque j'ai eu l'occasion de travailler sur ce projet avant le début du doctorat, on m'a proposé d'étudier une partie des résultats. Selon mes intérêts de recherche, il a été déterminé que les variables à l'étude pour la présente thèse seraient principalement les croyances fondamentales associées à différents troubles de la personnalité, ainsi que les stratégies d'adaptation, et ce, en explorant leur influence sur les résultats d'un traitement.

Cette thèse contribue ainsi aux connaissances dans le domaine du TSPT et permet d'approfondir davantage des thèmes moins explorés dans les écrits scientifiques existants.

TABLES DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	v
LISTE DES FIGURES.....	xi
LISTE DES TABLEAUX.....	xii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	xiii
RÉSUMÉ	xv
ABSTRACT	xvii
CHAPITRE I	
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
1.1 Introduction.....	1
1.2 Le trouble de stress post-traumatique	2
1.2.1 Les critères diagnostiques du TSPT	2
1.2.2 Prévalence, troubles associés et conséquences	4
1.2.3 Facteurs associés au développement d'un TSPT	9
1.3 Modèles explicatifs du TSPT et conceptualisations	10
1.3.1 Le modèle de conditionnement à deux facteurs.....	10
1.3.2 Les modèles cognitifs.....	11
1.3.3 Les croyances fondamentales et les schémas cognitifs.....	15
1.3.4 Les stratégies d'adaptation.....	19
1.3.5 Les modèles explicatifs et conceptualisations : pour conclure	21
1.4 La thérapie cognitive-comportementale pour le TSPT.....	22
1.4.1 Les stratégies d'intervention	22
1.4.2 L'efficacité de la thérapie cognitive-comportementale.....	25
1.4.3 Les croyances fondamentales, le TSPT et la TCC.....	28
1.4.4 Les stratégies d'adaptation et le TSPT.....	32
1.4.5 Les stratégies d'adaptation, la qualité de vie et le TSPT	34

1.4.6	Les stratégies d'adaptation et la psychothérapie du TSPT.....	35
1.5	En somme : Liens entre les croyances fondamentales, les stratégies d'adaptation, le TSPT et la qualité de vie	37
1.6	Objectifs de la thèse.....	41
1.7	Structure de la thèse.....	41
 CHAPITRE II		
SCHEMAS AND COPING STRATEGIES IN COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR PTSD: A SYSTEMATIC REVIEW		43
Résumé.....		44
Abstract		45
2.1	Introduction.....	49
2.1.1	Core beliefs, schemas and PTSD	51
2.1.2	Coping strategies, PTSD and PTSD symptoms	53
2.1.3	Research questions	55
2.2	Method.....	55
2.2.1	Selection of studies	55
2.2.2	Inclusion/exclusion criteria	56
2.2.3	Selection procedure.....	57
2.3	Results	57
2.3.1	Core beliefs/schemas.....	58
2.3.2	Coping strategies.....	60
2.4	Discussion.....	67
2.4.1	The predictive value of schemas and the changes in schemas.....	67
2.4.2	The predictive value of coping strategies on treatment outcomes	68
2.4.3	Changes in coping strategies as a result of CBT.....	69
2.4.4	Limitations of the studies	69
2.5	Conclusion	70
2.5.1	Strengths, limitations and future research	71
 CHAPITRE III		
PERSONALITY BELIEFS, COPING STRATEGIES AND QUALITY OF LIFE IN A COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER.....		103

Résumé.....	105
Abstract	106
3.1 Introduction.....	110
3.1.1 Core beliefs and coping strategies.....	110
3.1.2 Core beliefs, coping strategies and treatment outcomes	113
3.1.3 Objectives.....	115
3.2 Method.....	115
3.2.1 Participants.....	115
3.2.2 Procedures and treatment	117
3.2.3 Measures	118
3.2.4 Data analysis	120
3.3 Results	121
3.3.1 Preliminary analyses	121
3.3.2 Correlations between personality beliefs, coping strategies and QoL ..	122
3.3.3 Pre to post treatment differences in coping strategies and QoL.....	123
3.3.4 Distancing coping as a mediator between personality beliefs and QoL	123
3.4 Discussion.....	126
3.4.1 Strengths and limitations.....	129
3.5 Conclusions	130
Tables	140
Figures.....	143
CHAPITRE IV	
DISCUSSION GÉNÉRALE	145
4.1 Buts, objectifs et méthodes de la thèse	145
4.2 Synthèse des résultats et parallèles avec les écrits scientifiques	146
4.2.1 Chapitre II : Recension systématique des écrits.....	146
4.2.2 Chapitre III : Étude empirique	147
4.3 Considérations méthodologiques.....	150
4.3.1 Forces et limites de la recension systématique	150
4.3.2 Forces et limites de l'étude empirique	153
4.4 Implications cliniques.....	154

4.5 Pistes de réflexion pour de prochaines études	159
4.5.1 La résilience, la perception des capacités d'adaptation et la croissance post-traumatique.....	159
4.5.2 Les approches de psychothérapie.....	160
CONCLUSION GÉNÉRALE	164
APPENDICE A	
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ÉSPT SELON LE DSM-IV-TR.....	165
APPENDICE B	
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TSPT SELON LE DSM-5.....	168
APPENDICE C	
DÉFINITIONS DE CATÉGORIES ET TYPES DE STRATÉGIES D'ADAPTATION.....	173
APPENDICE D	
CONFIRMATION D'ACCEPTATION POUR PUBLICATION DE L'ARTICLE <i>SCHEMAS AND COPING STRATEGIES IN COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR PTSD: A SYSTEMATIC REVIEW</i>	180
APPENDICE E	
EXTRAIT DE L'ARTICLE PUBLIÉ <i>SCHEMAS AND COPING STRATEGIES IN COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR PTSD: A SYSTEMATIC REVIEW</i> ...	182
APPENDICE F	
CONFIRMATION D'ACCEPTATION POUR PUBLICATION DE L'ARTICLE <i>PERSONALITY BELIEFS, COPING STRATEGIES AND QUALITY OF LIFE IN A COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER</i>	184
APPENDICE G	
PREUVE D'ACCEPTATION POUR PUBLICATION DE L'ARTICLE <i>PERSONALITY BELIEFS, COPING STRATEGIES AND QUALITY OF LIFE IN A COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER</i>	186

APPENDICE H	
APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DU CENTRE DE RECHERCHE DE	
L'IUSMM	188
APPENDICE I	
FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DES	
PARTICIPANTS	190
APPENDICE J	
QUESTIONNAIRE DES CROYANCES DE LA PERSONNALITÉ	201
APPENDICE K	
WAYS OF COPING QUESTIONNAIRE (WCS)	206
APPENDICE L	
WHOQOL-BREF.....	209
RÉFÉRENCES.....	216

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
2.1 Flow diagram of the screening process	102
3.1 Avoidant beliefs: Mediation model	143
3.2 Dependent beliefs: Mediation model.....	144

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
2.1 Rejected articles after full-text review: reasons for rejection	89
2.2 Characteristics of the included study regarding schemas in a CBT for PTSD	94
2.3 Assessment of the risk of bias of the included studies regarding schemas	95
2.4 Characteristics of included studies regarding coping strategies in a CBT for PTSD	96
2.5 Assessment of the risk of bias of the included studies regarding coping strategies.	99
3.1 Correlations between coping, quality of life and personality beliefs.	140
3.2 Intercorrelations between personality beliefs (T0), means and standard deviations	141
3.3 Means of coping and quality of life, and pre-post differences	142

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

APA	American Psychiatric Association
CAPS	Clinician-Administered PTSD Scale
CBT	Cognitive-Behavioral Therapy
CÉT	Centre d'étude sur le trauma
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMDR	Eye movement and desensitization reprocessing
QoL	Quality of life
QV	Qualité de vie
IUSMM	Institut universitaire en santé mentale de Montréal
PB	Personality Beliefs
PBQ	Personality Belief Questionnaire

PTSD	Posttraumatic stress disorder
OMS	Organisation mondiale de la santé
SCID-I	Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders - Axis 1
TCC	Thérapie cognitive-comportementale
TCD	Thérapie comportementale dialectique
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
WCQ	Ways of Coping Questionnaire
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
WHOQOL-Bref	World Health Organization Quality of Life, version Bref

RÉSUMÉ

À la suite d'un évènement traumatique, un individu peut développer des symptômes de trouble de stress post-traumatique (TSPT), et des difficultés s'illustrant par une moindre qualité de vie. La psychothérapie peut être aidante pour plusieurs individus. Bien que la thérapie cognitive-comportementale (TCC) soit efficace pour le traitement du TSPT, certains patients demeurent symptomatiques après le traitement. Certains individus souffrant d'un TSPT peuvent présenter des croyances fondamentales/schémas cognitifs dysfonctionnels et utiliser des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles. Les croyances et les stratégies d'adaptation pourraient également être liées aux résultats psychothérapeutiques. Or, les liens entre ces variables et leurs associations avec les résultats d'une psychothérapie ont peu été étudiés jusqu'à présent. L'objectif principal de la thèse est d'étudier les croyances fondamentales/schémas cognitifs et les stratégies d'adaptation dans un contexte de thérapie cognitive-comportementale.

La thèse est constituée de quatre chapitres :

Le chapitre I permet de présenter le sujet et les objectifs de la thèse.

Au chapitre II, la recension systématique brosse un portrait des études de TCC et de celles incluant des composantes de cette approche ayant utilisé une mesure de schémas cognitifs/croyances fondamentales ou de stratégies d'adaptation. L'étude s'intéresse à une population adulte ayant un diagnostic de TSPT. Elle vise à montrer si les schémas cognitifs ou les stratégies d'adaptation sont liés aux résultats d'une TCC, et s'ils changent pendant la TCC. La recherche systématique a permis d'inclure 10 études. En ce qui concerne les schémas cognitifs, la seule étude incluse montre qu'ils s'améliorent avec la psychothérapie et que certains de ces changements prédisent des changements dans les symptômes post-traitement. Pour ce qui est des stratégies d'adaptation, quatre études rapportent des liens positifs ou négatifs entre les stratégies d'adaptation dysfonctionnelles et les symptômes au post-traitement, six études rapportent un changement positif dans les stratégies d'adaptation, et une étude ne rapporte aucun changement. Cette recension démontre la pertinence d'étudier les stratégies d'adaptation, et les schémas cognitifs, lors d'une TCC pour le TSPT.

Le chapitre III présente une étude effectuée auprès d'adultes souffrant d'un TSPT développé à la suite d'un événement traumatique vécu à l'âge adulte. Deux objectifs y sont poursuivis. Le premier vise à explorer les liens entre les croyances fondamentales de la personnalité, ainsi que les stratégies d'adaptation, avant et après la TCC. Le second objectif est de clarifier les liens entre les croyances fondamentales et les résultats de la TCC sur le plan de la qualité de vie (QV), en considérant l'influence potentielle du changement des stratégies d'adaptation au cours du traitement. Pour ce faire, les croyances de la personnalité, les stratégies d'adaptation et la QV ont été évaluées chez soixante et onze adultes souffrant de TSPT. Les résultats révèlent que les croyances de la personnalité sont généralement associées à l'utilisation de stratégies de distanciation après la thérapie. De plus, les changements dans les stratégies de distanciation auraient un effet médiateur du lien entre les croyances de la personnalité évitante ou dépendante et l'amélioration de la QV psychologique. Il s'agit de la première étude à illustrer les relations entre les croyances de la personnalité et les stratégies d'adaptation chez des individus souffrant de TSPT, et à indiquer que des croyances de la personnalité évitante ou dépendante plus élevées pourraient prédire une moindre réduction de la distanciation pendant la psychothérapie, ce qui serait associé à une moindre amélioration de la QV psychologique.

Le chapitre IV contient les conclusions générales de la thèse. Les résultats des études sont discutés, ainsi que leurs liens avec les études précédentes. Les aspects méthodologiques, les limites et les implications cliniques y sont également soulevés. Des suggestions pour de futures recherches sont finalement proposées.

Mots-clés : Trouble de stress post-traumatique ; thérapie cognitive-comportementale ; schémas cognitifs ; croyances fondamentales ; stratégies d'adaptation.

ABSTRACT

As a result of a traumatic event, an individual may develop post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms, and difficulties that negatively affect their quality of life. Psychotherapy can be helpful for many individuals. Although cognitive-behavioral therapy (CBT) is effective for the treatment of PTSD, some patients remain symptomatic after the therapy. Some individuals with PTSD may have core dysfunctional beliefs/cognitive schemas and use dysfunctional coping strategies. Beliefs and coping strategies may also be related to psychotherapeutic outcomes. However, the links between these variables and their links to the psychotherapeutic outcomes have not yet been studied. The main goal of the thesis is to study core beliefs/cognitive schemas and coping strategies in a context of cognitive-behavioral therapy.

The thesis consists of four chapters:

Chapter I introduces the topic and the objectives of the thesis.

In Chapter II, the systematic review provides a portrait of CBT studies or components of this approach, which included a measure of cognitive schemas/core beliefs or coping strategies. The study focuses on an adult population with a diagnosis of PTSD. It investigates whether cognitive schemas or coping strategies are related to CBT outcomes, and whether cognitive schemas or coping strategies change as a result of CBT. The systematic research included 10 studies. With regard to cognitive schemas, the only study included shows that they improve with psychotherapy and that some of these changes predict changes in post-treatment PTSD symptoms. Regarding coping strategies, four studies report positive or negative links between dysfunctional coping strategies and post-treatment symptoms, six studies report positive change in coping strategies, and one study reports no change. This review demonstrates the relevance of studying coping strategies, and cognitive schemas, in CBT for PTSD.

Chapter III presents a study of adults with PTSD developed as a result of a traumatic event experienced in adulthood. Two objectives are pursued. The first aims to explore the links between dysfunctional personality beliefs and coping strategies before and after CBT. The second objective is to clarify the links between dysfunctional personality beliefs and CBT outcomes in terms of quality of life (QoL), through the

changes in coping strategies. Personality beliefs, coping strategies and QoL were assessed in seventy-one adults with PTSD. Results showed that PB were generally associated with post-treatment distancing coping. Moreover, changes in distancing coping mediated the relationships between avoidant or dependent PB and psychological QoL improvements. This is the first study to show the relationships between PB and coping strategies in PTSD patients, and that higher avoidant or dependent PB predicts a lower reduction in the use of distancing coping through psychotherapy, which is associated with less improvement in psychological QoL.

Chapter IV contains a general discussion of this thesis. The results of the studies are discussed, as well as their links with previous research. Methodological aspects, limitations, and clinical implications are discussed. Finally, suggestions for future studies are proposed.

Keywords: Posttraumatic stress disorder; cognitive-behavioral therapy; cognitive schemas; core beliefs; coping strategies.

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Dans ce chapitre, la problématique de la thèse sera présentée. Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et les facteurs associés y seront décrits. Des modèles de développement et de maintien de ce trouble seront expliqués, tout comme les stratégies psychothérapeutiques qui en découlent. Les croyances fondamentales et les stratégies d'adaptation chez des individus ayant vécu un évènement traumatique ou ayant développé un TSPT seront également abordées. Les résultats d'études portant sur ces variables seront présentés. La pertinence d'étudier ces variables et leurs liens mutuels sera finalement discutée afin de présenter les objectifs et la structure de la thèse qui seront détaillés.

1.1 Introduction

Les attentats terroristes, les guerres, les catastrophes naturelles, les accidents graves, et les agressions physiques ou sexuelles sont autant d'évènements qui peuvent laisser des traces majeures dans la vie d'un individu touché. En effet, après avoir vécu un évènement potentiellement traumatisant, en avoir été témoin ou avoir appris la survenue de celui-ci chez une personne proche, un individu peut développer des symptômes handicapants pour son fonctionnement et qui peuvent engendrer des conséquences majeures sur son bien-être.

Plusieurs chercheurs et cliniciens se sont intéressés au développement du TSPT, aux conséquences associées et à l'élaboration de traitements. Alors que certaines approches psychothérapeutiques, comme la thérapie cognitive-comportementale, ont démontré leur efficacité, des questions demeurent quant aux facteurs liés à cette efficacité pour la réduction des symptômes du TSPT et quant à l'amélioration de la qualité de vie.

1.2 Le trouble de stress post-traumatique

Les critères diagnostiques du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) ont été utilisés dans l'étude présentée au chapitre III de la thèse puisqu'il s'agissait de la dernière version disponible au moment du recrutement des participants. Comme une nouvelle version du DSM a été publiée depuis, soit la 5e édition (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013), les critères diagnostiques de ces deux éditions et les principaux changements sont abordés ci-dessous (voir l'Appendice B pour les critères complets du TSPT de cette dernière version).

1.2.1 Les critères diagnostiques du TSPT

Dans le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), un événement est considéré comme traumatique lorsqu'un individu est victime ou témoin d'une situation dans laquelle des individus ont pu mourir ou être gravement blessés, ou ont été menacés de mort ou de blessure grave, ou durant laquelle leur intégrité physique ou celle d'une autre personne a pu être mise en péril. Dans cette version du DSM, pour être considéré comme traumatique, la réaction de l'individu face à l'évènement devait s'être traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. De plus, pour présenter un diagnostic de TSPT selon le DSM-IV-TR, l'individu devait démontrer des symptômes de trois catégories distinctes (voir l'Appendice A pour une présentation des critères détaillés).

Anciennement considéré comme un trouble anxieux, le TSPT est maintenant classé dans les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress dans le DSM-5. Cette catégorie permet d'inclure les troubles dont l'origine est associée à un événement identifiable. La définition ajoute aussi que le fait d'être exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives d'un ou plusieurs événements traumatiques peut entraîner le développement d'un TSPT. Cela permet ainsi de considérer les impacts des traumatismes à répétition vécus par les premiers répondants, par exemple, qui peuvent développer un TSPT résultant de l'accumulation de ces événements traumatiques. Nommons en exemple un ambulancier qui intervient sur les lieux d'accidents de la route qui ont causé la mort ou fait des blessés graves, ou un policier qui est témoin de circonstances entourant des agressions ou des tentatives de meurtre, ou encore un pompier qui agit comme premier répondant sur des scènes de suicides ou qui est exposé à des blessés graves dans le cadre de son travail de sapeur.

Par ailleurs, l'ancien critère concernant les réactions émotionnelles au moment de l'événement a été retiré de cette version, suggérant qu'il n'est plus requis d'avoir ce type de réactions pour qu'un événement soit défini comme traumatique. On reconnaît ainsi qu'il n'est pas nécessaire qu'un individu vive de la peur intense, ou un sentiment d'impuissance ou d'horreur au moment de l'événement pour qu'un TSPT puisse lui être diagnostiqué.

De plus, les critères sont maintenant regroupés en quatre catégories. Certains symptômes demeurent inchangés, comme les symptômes de reviviscence (critère B). Le critère C qui incluait anciennement à la fois les symptômes d'évitement et ceux d'émoussement des affects a été divisé en deux. Pour qu'un diagnostic de TSPT soit reconnu, un individu doit maintenant présenter de l'évitement, puisque les symptômes d'évitement constituent maintenant une catégorie de symptômes en soit (critère C). Une nouvelle catégorie de symptômes a aussi fait son apparition (critère

D), comprenant non seulement les symptômes d'émoussement des affects, mais aussi des symptômes d'altération des cognitions et de l'humeur tels que les croyances négatives persistantes et exagérées envers soi, les autres ou le monde, les distorsions cognitives persistantes liées au blâme de soi ou des autres et un état émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère). En ce qui concerne la catégorie de l'hyperactivité physiologique (critère E), la présence de comportements irréfléchis ou autodestructeurs y est maintenant ajoutée (p. ex. consommation de substances psychoactives, gestes automutilatoires). Les symptômes (critères B, C, D et E) doivent, comme dans la 4^e version, être présents depuis plus d'un mois (critère F) et entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement de l'individu (critère G). Également, le clinicien doit spécifier si le TSPT est « avec symptômes dissociatifs » et identifier soit la présence de dépersonnalisation et/ou de déréalisation, et ce, si ces symptômes se présentent de façon récurrente. Finalement, le manuel permet la spécification « à l'expression retardée » si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que six mois après l'évènement.

1.2.2 Prévalence, troubles associés et conséquences

Plus de 75 % des individus seront exposés à un ou plusieurs évènements potentiellement traumatisants au cours de leur vie (Kilpatrick *et al.*, 2013; Van Ameringen *et al.*, 2008). Apprendre la mort d'un être cher, avoir vécu une catastrophe naturelle, une agression physique ou sexuelle, un accident ou un incendie sont parmi les évènements les plus fréquemment rapportés (Kilpatrick *et al.*, 2013). Les hommes rapporteraient un nombre un peu plus élevé d'évènements traumatiques dans leur vie comparativement aux femmes, alors que la prévalence de TSPT chez les femmes serait environ deux fois plus élevée que chez les hommes (Breslau, 2009; Kilpatrick *et al.*, 2013). Le type d'évènements vécus pourrait aussi varier selon le sexe. Par

exemple, une plus grande proportion de femmes rapporterait avoir été victime de violence interpersonnelle ou d'agression(s) sexuelle(s) (Kilpatrick *et al.*, 2013).

On estime à 8,7 % la prévalence à vie du TSPT aux États-Unis (American Psychiatric Association, 2013) et à 9,2 % au Canada (Van Ameringen *et al.*, 2008). Ainsi, plusieurs individus ne présenteront pas de TSPT après un événement traumatique, mais certains développeront d'autres troubles psychologiques, comme une dépression ou un trouble d'utilisation de substances. D'autres personnes pourront survivre à un trauma sans développer de trouble particulier.

En outre, la présence de comorbidités est fréquente chez les personnes souffrant de TSPT. Ils auraient 80% plus de risque de présenter également les symptômes d'un autre trouble psychologique (American Psychiatric Association, 2013). Les troubles anxieux, les troubles dépressifs, tout comme les troubles d'utilisation de substances, font partie des troubles qui sont fréquemment diagnostiqués chez les individus ayant un TPST (American Psychiatric Association, 2013; Kessler *et al.*, 2005; Van Ameringen *et al.*, 2008). Les personnes souffrant de TSPT sont également susceptibles de présenter un diagnostic de trouble de personnalité (Palardy *et al.*, 2013; Pietrzak *et al.*, 2012; Smith *et al.*, 2016). Des études ont rapporté un taux de comorbidité se situant entre 39% et 79% (Bollinger *et al.*, 2000; Dunn *et al.*, 2004). Notamment, certaines études rapportent que le trouble de personnalité évitante (Bollinger *et al.*, 2000; Johnson *et al.*, 2003; Southwick *et al.*, 1993), paranoïde (Bollinger *et al.*, 2000; Southwick *et al.*, 1993), obsessionnelle-compulsive (Bollinger *et al.*, 2000; Southwick *et al.*, 1993), antisociale (Bollinger *et al.*, 2000; Johnson *et al.*, 2003), dépendante (Johnson *et al.*, 2003) et limite (Pagura *et al.*, 2010; Pietrzak *et al.*, 2012; Shea *et al.*, 1999; Southwick *et al.*, 1993) seraient fréquemment diagnostiqués chez des individus souffrant d'un TSPT.

1.2.2.1 Fonctionnement psychosocial et TSPT

En plus des symptômes envahissants, le TSPT affecterait le fonctionnement psychosocial des individus atteints (American Psychiatric Association, 2013). Par exemple, les personnes souffrant de TSPT sont susceptibles de s'absenter du travail et lorsqu'ils s'y présentent, ils peuvent avoir davantage de difficultés à accomplir les tâches généralement effectuées. Qui plus est, les patients présentant des symptômes plus sévères de TSPT auraient davantage de difficultés à fonctionner au travail ou à effectuer leurs activités quotidiennes (p. ex. courses, le ménage et les passe-temps) en raison de leurs problèmes émotionnels, mais aussi en raison de difficultés ou de limites physiques (p. ex. douleur, problèmes de santé) (Magruder *et al.*, 2004). De plus, le TSPT peut avoir un impact considérable sur les relations avec les proches, par exemple, en occasionnant davantage de conflits de par l'augmentation de l'irritabilité ou de la colère de la personne touchée, ou par des comportements d'éloignement et l'émoussement des sentiments d'affection qui peuvent également se présenter. Ainsi, plusieurs voient leur fonctionnement amoindri dans les domaines du travail (Magruder *et al.*, 2004; Vogt *et al.*, 2016), des tâches quotidiennes (Magruder *et al.*, 2004), ainsi que des relations familiales et amoureuses (Campbell et Renshaw, 2018; Cook *et al.*, 2004; MacDonald *et al.*, 1999; Vogt *et al.*, 2016). De ce fait, les résultats de ces recherches récentes soutiennent le bien-fondé d'étudier les effets d'une psychothérapie au-delà de la diminution des symptômes ou de la rémission du TSPT.

1.2.2.2 Qualité de vie et TSPT

Les symptômes post-traumatiques sont à ce point souffrants et envahissants qu'ils affectent la qualité de vie des personnes touchées (d'Ardenne *et al.*, 2005; Giacco *et al.*, 2013; Lacerte *et al.*, 2017; Monson *et al.*, 2015; Nachar *et al.*, 2013; Pagotto *et al.*, 2015; Schnurr *et al.*, 2006). La qualité de vie (QV) est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme les perceptions d'un individu de sa position dans

la vie, en considérant la culture et le système de valeur dans lequel il vit, ainsi que ses buts, ses attentes, ses normes et ses préoccupations [traduction libre] (The WHOQOL group, 1998). La qualité de vie réfère donc à une évaluation subjective que fait l'individu, en fonction de son contexte culturel, social et environnemental (The WHOQOL Group, 1998).

L'OMS considère que la qualité de vie est déterminée d'une façon multidimensionnelle (The WHOQOL Group, 1996). Elle comporterait quatre dimensions ; santé physique, santé psychologique, relations interpersonnelles et environnementale. De ce fait, l'équipe de l'OMS a construit un outil mesurant ces différents aspects en quatre échelles distinctes (The WHOQOL Group, 1998). La santé physique concerne notamment la douleur, l'inconfort, le sommeil, l'énergie, la fatigue, la mobilité, les activités quotidiennes, la dépendance et la capacité de travail. La dimension de la santé psychologique comporte, entre autres, les émotions positives, l'apprentissage, l'estime de soi et l'image de soi. La dimension des relations sociales/interpersonnelles concerne les relations personnelles, le soutien social et les relations sexuelles. La dimension environnementale inclut notamment la liberté, la sécurité, les ressources financières, l'accès et la qualité des soins de santé.¹

Plusieurs études se sont intéressées à la QV auprès de personnes souffrant de TSPT, et ce, dans des études transversales ou longitudinales. Des écrits scientifiques soulignent que le TSPT est associé à une moins bonne qualité de vie psychosociale et physique (Fang *et al.*, 2015; Schnurr *et al.*, 2006), et à une moindre qualité de vie

¹ Il existe d'autres outils pour mesurer la qualité de vie, comme des mesures globales de la qualité de vie (p. ex. : Frisch *et al.*, 1992), des mesures de la satisfaction avec la vie en général (p. ex. : Diener *et al.* 1985) ou des outils qui mesurent des domaines spécifiques de la qualité de vie (p. ex. : Ware, 1993). Ces outils ne feront pas l'objet d'une discussion spécifique dans le présent document.

reliée à la santé (Fang *et al.*, 2015; Nachar *et al.*, 2013; Pagotto *et al.*, 2015). Par exemple, selon les résultats de l'étude d'un échantillon de vétérans ayant servi lors de la guerre du Vietnam, les risques de limitations physiques, de dysfonctionnement, d'une santé physique compromise et d'une diminution du bien-être seraient plus élevés chez les sujets souffrant de TSPT que chez ceux sans ce trouble (Zatzick, Marmar, *et al.*, 1997). Des résultats similaires ont été trouvés auprès de vétérans de la même guerre. Dans cet échantillon, le TSPT était associé à une plus grande probabilité de passer des jours au lit, d'avoir une santé physique compromise et d'être au chômage (Zatzick, Weiss, *et al.*, 1997). De plus, une étude descriptive de Lowrey (2014) auprès de vétérans s'est intéressée aux liens entre les symptômes du TSPT et la qualité de vie. Leurs résultats soulignent que la sévérité des symptômes de reviviscence serait associée à une moins bonne qualité de vie physique et que l'émoussement émotionnel et l'hyperactivité physiologique seraient liés à une qualité de vie psychologique moindre. Ces résultats soutiennent l'idée que les souffrances associées au TSPT vont au-delà des symptômes et s'étendent aux domaines de fonctionnement et de qualité de la vie.

Par ailleurs, Monson *et al.* (2017) ont effectué une étude épidémiologique longitudinale avec un échantillon représentatif de participants résidant dans le Sud-Ouest de Montréal. Ces participants ont été évalués à deux reprises à quelques mois d'intervalle, incluant 1823 participants au deuxième temps de mesure. Les résultats de cette étude ont entre autres permis de déterminer qu'un individu en rémission d'un TSPT peut encore présenter une qualité de vie moindre. Une étude de Schnurr et Lunney (2016) souligne également que la qualité de vie et les symptômes ne s'améliorent pas nécessairement dans les mêmes proportions à la suite d'une psychothérapie, bien que la psychothérapie apparaisse efficace pour améliorer les symptômes et la qualité de vie.

1.2.3 Facteurs associés au développement d'un TSPT

Selon une méta-analyse de Brewin *et al.* (2000), des facteurs pré-traumatiques, comme un faible niveau socio-économique, la présence d'antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, les événements traumatiques antérieurs et l'adversité à l'enfance pourraient être associés au développement d'un TSPT. Une étude plus récente soutient également que les individus présentant des antécédents de troubles mentaux, et particulièrement ceux souffrant d'un trouble anxieux préexistant, seraient à risque de développer un TSPT (Kessler *et al.*, 2018). Kessler *et al.* (2018) précise aussi que les antécédents d'agressions physiques ou sexuelles chez les individus sans antécédents de troubles anxieux pourraient également être associés au développement d'un TSPT après un trauma subséquent (Kessler *et al.*, 2018).

D'autre part, Brewin *et al.* (2000) soulignent que les facteurs de risques pourraient varier selon le type de population étudiée. Par exemple, dans la population générale les femmes seraient plus à risque de développer un TSPT comparativement à celles dans une population militaire. Qui plus est, chez une population militaire, le fait d'être plus jeune au moment de l'évènement traumatique pourrait être associé à un risque plus élevé de présenter un TSPT (Brewin *et al.*, 2000).

Des facteurs péri-traumatiques ont également été associés à l'apparition de ce trouble. Notamment, la sévérité de l'évènement (Brewin *et al.*, 2000), la perception de la menace à la vie, l'intensité de la réponse émotionnelle et la dissociation seraient associés au développement du TSPT (Ozer *et al.*, 2003).

Les événements stressants suivant le trauma seraient aussi des facteurs associés à l'émergence de ce trouble (Brewin *et al.*, 2000). De plus, les individus qui perçoivent recevoir un moins bon soutien social après un événement traumatique seraient plus à

risque de présenter des symptômes plus sévères ou un diagnostic de TSPT (Brewin *et al.*, 2000; Ozer *et al.*, 2003).

Ces études mettent en lumière les nombreux facteurs pouvant influencer le développement du TSPT. De nombreux modèles explicatifs ont également été élaborés dans les dernières décennies. Les prochains paragraphes porteront sur des modèles explicatifs du TSPT et des conceptualisations selon l'approche cognitive-comportementale.

1.3 Modèles explicatifs du TSPT et conceptualisations

1.3.1 Le modèle de conditionnement à deux facteurs

Le modèle de conditionnement de Mowrer (1960) peut être considéré comme l'un des premiers modèles explicatifs du TSPT (Foa *et al.*, 1989). Selon ce modèle, les symptômes du TSPT s'expliqueraient par un conditionnement classique, puis par un conditionnement opérant. Ainsi, les stimuli présents au moment de l'évènement (p. ex. pensées, bruits, odeurs, personnes) acquerraient les mêmes propriétés négatives que l'évènement, évoquant donc ensuite eux-mêmes des émotions négatives ou désagréables. De plus, le nombre de stimuli conditionnés pourrait se multiplier par un processus de généralisation et susciter les mêmes sentiments négatifs que les stimuli d'origine (Foa *et al.*, 1989). Par exemple, un individu qui a été happé par une voiture noire pourrait développer une peur de toutes les automobiles noires. Sa peur pourrait également se généraliser aux autres voitures, aux motocyclettes et aux camions, par exemple.

Les symptômes seraient ensuite maintenus par un processus de renforcement négatif. En effet, le soulagement inhérent à l'évitement (p. ex. évitement cognitif et comportemental, retrait social) des stimuli anxiogènes associés à l'évènement

traumatique augmenterait la probabilité que la personne reproduise ces comportements d'évitement, ce qui maintiendrait les symptômes post-traumatiques (Brillon, 2013). Par exemple, un individu qui a vécu un accident de voiture pourrait notamment éviter les discussions concernant l'évènement ou éviter de quitter la maison par crainte de croiser des véhicules lui rappelant l'accident. Selon ce modèle, l'individu aurait alors tendance à reproduire ces comportements puisqu'ils soulagent sa détresse dans l'immédiat, mais ce processus nuirait au rétablissement de ses symptômes post-traumatiques et contribuerait à perpétuer sa détresse. Ce modèle explique bien les principes sous-jacents à l'évitement, mais nécessite des précisions afin d'expliquer les autres symptômes de TSPT, tel que l'hypervigilance et les cauchemars (Foa et al., 1989).

1.3.2 Les modèles cognitifs

Selon plusieurs modèles cognitifs du TSPT, les personnes souffrant de TSPT subiraient des changements concernant leurs cognitions et leurs croyances (Foa et Cahill, 2002; Janoff-Bulman, 1989). Elles deviendraient plus dysfonctionnelles surtout en ce qui concerne les compétences personnelles, la fiabilité des autres personnes et la sécurité du monde (Foa et Cahill, 2002). Selon cette perspective, les cognitions de l'individu permettraient d'expliquer les symptômes émotionnels et comportementaux du TSPT. Par exemple, un individu qui croit que le monde est dangereux ou imprévisible peut éprouver de la colère, de l'anxiété et éviter des endroits perçus comme dangereux. Les cognitions post-traumatiques dysfonctionnelles ont été étudiées dans plusieurs études et seraient effectivement associées au TSPT (Diehle *et al.*, 2014; Gray *et al.*, 2007). Les prochains paragraphes étayeront deux modèles cognitifs qui mettent en lumière les composantes cognitives et comportementales du développement et du maintien du trouble de stress post-traumatique.

1.3.2.1 Le modèle de traitement émotionnel

Le modèle de traitement émotionnel (Foa et Kozak, 1986; Foa *et al.*, 1989) considère que les symptômes de TSPT sont basés sur la construction d'une structure cognitive de peur constituant « un réseau complexe d'interconnexions » (Brillon *et al.*, 1996) contenant des informations (stimuli, réponses, interprétations) associées à l'évènement traumatique (Foa et Kozak, 1986). Cette structure formerait en quelque sorte un plan d'évasion ou de défense face à un danger éventuel (Foa et Kozak, 1986). Selon ce modèle, ce n'est pas la nature de l'évènement en soi qui entraîne le développement de réactions post-traumatiques, mais plutôt l'interprétation de la situation comme une menace (Foa *et al.*, 1989). Qui plus est, si l'évènement traumatique est perçu comme incontrôlable et imprévisible par la personne, cela pourrait exacerber ses symptômes post-traumatiques (Foa *et al.*, 1989). Cette perception ébranlerait ainsi la croyance de la personne qu'elle est capable de distinguer les éléments sécuritaires de ceux qui sont dangereux (p. ex. : personne, endroit, situation). Par conséquent, des éléments auparavant perçus comme neutres ou sécuritaires acquerraient une signification de danger. Ils seraient alors intégrés à la structure de peur, ce qui entraînerait des réactions anxieuses et des comportements d'évitement en plus grand nombre chez les personnes touchées (Brillon *et al.*, 1996).

Ce modèle souligne aussi que l'individu tenterait de trouver une signification à ce qui lui est arrivé en repensant à l'évènement, ce qui provoquerait des pensées intrusives, des images dérangeantes ou autres, et qui le mènerait à employer des stratégies d'évitement afin de gérer ces intrusions. Or, ces stratégies nuiraient à l'intégration émotionnelle de l'évènement. L'individu touché vivrait ainsi des moments où il a des reviviscences de l'évènement, mais aussi des moments où il tente d'éviter ce qui y est associé, ce qui créerait des symptômes d'hypervigilance et de réactivité physiologique (Brillon, 2013).

1.3.2.2 Le modèle cognitif d'Ehlers et Clark (2000)

Ehlers et Clark (2000) ont développé un modèle cognitif du TSPT dans lequel ils proposent que les individus souffrant de TSPT évalueraient/interprèteraient l'évènement traumatique ou ses séquelles d'une façon qui entraînerait la perception d'une menace ou d'un danger actuel, ce qui expliquerait les émotions négatives, les souvenirs intrusifs et l'hyperactivation vécus par ceux-ci. Ces interprétations ainsi que la nature des souvenirs de l'évènement traumatique pousseraient l'individu à adopter des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles qui contribueraient à leur tour au maintien du TSPT. Les prochaines lignes feront un survol des éléments principaux de ce modèle.

Selon Ehlers et Clark (2000), la perception de menace actuelle serait notamment associée à la façon dont un individu interprète l'évènement traumatique (p. ex. « le monde est dangereux », « j'attire les malheurs ») ou ses séquelles. L'interprétation des séquelles de l'évènement réfère à l'évaluation que l'individu fait de ses propres symptômes (p. ex. « je ne peux plus me faire confiance »; « mon cerveau est abîmé »), des conséquences du trauma sur sa vie (p. ex. séquelles physiques, conséquences professionnelles) et à l'interprétation des réactions des autres (p. ex. « je ne peux compter sur personne »). Ces interprétations maintiendraient le TSPT en produisant diverses émotions négatives (p. ex. peur, tristesse, culpabilité) et encourageraient l'utilisation de stratégies d'adaptation dysfonctionnelles qui exacerberaient également les symptômes post-traumatiques (p. ex. s'isoler, repousser les pensées et émotions associées à l'évènement). D'autre part, la nature des souvenirs du trauma jouerait aussi un rôle dans le développement et le maintien des symptômes post-traumatiques. En effet, les souvenirs du trauma seraient peu élaborés et intégrés dans le temps et l'espace, ainsi qu'au sein des autres souvenirs de l'individu, ce qui contribuerait à la perception d'un danger actuel et à la présence de symptômes. De plus, les stimuli initialement neutres (p. ex. odeurs, lieux, luminosité) qui deviennent associés à

l'évènement traumatique pourraient aussi jouer un rôle dans la persistance des symptômes.

Qui plus est, selon les auteurs, il y aurait une relation réciproque entre les interprétations et la nature des souvenirs du trauma. En effet, lorsqu'un individu souffrant de TSPT se souvient de l'évènement, il récupérerait les informations de façon sélective en fonction de ses interprétations/cognitions. Par exemple, un homme qui pense que l'agression qu'il a vécue démontre que les gens sont malveillants peut se souvenir des insultes que l'agresseur lui a lancées pendant l'évènement, mais ne se rappellera pas des passants qui l'ont aidé après l'agression. Bien qu'involontaire, ce processus sélectif nuirait à la possibilité de modifier ces interprétations/cognitions négatives.

Les individus souffrant de TSPT tenteraient également de contrôler la menace perçue ou les symptômes de diverses façons. Ehlers et Clark (2000) soulignent que les stratégies d'adaptation qu'ils utilisent seraient liées, en partie, aux interprétations du trauma ou de ses séquelles. Par exemple, un individu qui pense qu'il revivra un évènement similaire s'il va sur les lieux de l'évènement pourrait éviter de s'y rendre. Quelqu'un qui croit que ses amis penseront qu'il est faible s'ils discutent ensemble de l'évènement pourrait s'isoler et éviter de les côtoyer. Selon les auteurs, l'évitement cognitif (p. ex. éviter de penser à l'évènement ou ce qui y est associé) et comportemental (p. ex. éviter les lieux, éviter d'en parler), le retrait social et la rumination feraient entre autres partie des stratégies d'adaptation problématiques. Ces stratégies pourraient produire à leur tour des symptômes de TSPT et nuire à la modification de la nature des souvenirs du trauma. Elles pourraient aussi nuire aux changements des interprétations/pensées négatives.

De plus, les auteurs notent que certains aspects du traitement de l'information pendant l'évènement pourraient influencer les interprétations/cognitions à propos de

ce dernier. De surcroît, l'encodage de l'évènement en mémoire peut être problématique (p. ex. de par la confusion ou les émotions envahissantes) et nuire à son organisation en mémoire. Le traitement cognitif pendant l'évènement dépendrait également de plusieurs facteurs comme les caractéristiques du trauma, les expériences passées, l'état de la personne (p. ex. consommation, fatigue) et les croyances fondamentales préexistantes. Ces éléments contribueraient à leur tour au développement et au maintien du TSPT, ainsi qu'aux stratégies d'adaptation adoptées par l'individu après l'évènement traumatique.

Ainsi, selon ce modèle, l'information à propos de l'évènement traumatique serait entre autres perçue et encodée en fonction des croyances préexistantes. Les auteurs notent également que les stratégies d'adaptation utilisées par l'individu souffrant de TSPT sont susceptibles d'être influencées par ces croyances (notamment les croyances fondamentales). Par exemple, un individu qui pense qu'il ne vaut rien et qu'il n'est pas capable de gérer les difficultés seul pourrait avoir tendance à s'isoler davantage et éviter de faire face aux éléments qui sont associés à l'évènement traumatique. Les croyances fondamentales pourraient ainsi être associées à l'utilisation de stratégies d'adaptation dysfonctionnelles et contribuer à maintenir les réactions post-traumatiques.

1.3.3 Les croyances fondamentales et les schémas cognitifs

L'interaction entre les différences individuelles, l'environnement et les expériences passées formerait les schémas cognitifs ou les croyances fondamentales (*core beliefs*) (Beck, J. S., 2011). Aaron Beck (1967) conceptualise les croyances fondamentales comme une structure cognitive en fonction de laquelle un individu identifie, encode et évalue les stimuli auxquels il fait face. Selon Beck, les croyances fondamentales constitueraient le contenu cognitif des schémas. Selon Young et al. (2003), un schéma serait composé de souvenirs, d'émotions, de cognitions et de sensations

corporelles, à propos de soi-même et des relations avec les autres. Ils seraient omniprésents et dysfonctionnels, et pourraient être activés dans certaines situations particulières ou de façon plus généralisée. Dans le présent texte, l'expression *croyances fondamentales* fera référence de manière équivalente à ce concept ainsi qu'à celui des *schémas cognitifs*, par manque de recherche établissant une distinction claire entre ceux-ci (Riso et al., 2007). Toutefois, lorsque nous ferons référence à des études utilisant spécifiquement une mesure de schémas cognitifs, nous nommerons ce concept par soucis de spécificité.

Les tenants des théories cognitives suggèrent que les croyances fondamentales d'un individu commencent à se développer dès l'enfance (Beck, J. S., 2011). L'individu formerait alors des représentations de lui-même, des autres et du monde qui influenceraient ses perceptions et interactions ultérieures. Elles seraient profondément ancrées, rigides, surgénéralisées, plus ou moins exactes et fonctionnelles (Beck, J. S., 2011). Ainsi, selon cette théorie, si les enfants vivent assez d'expériences positives significatives, ils croiront qu'ils sont adéquats et qu'ils ont de la valeur (croyances fonctionnelles) (Beck, J. S., 2011). Dans le cas inverse, ils développeraient des perceptions négatives et dysfonctionnelles d'eux-mêmes, des autres et de leur monde (croyances dysfonctionnelles). Ainsi, leurs croyances fondamentales à propos de soi pourraient prendre la forme d'un sentiment d'impuissance, d'incapacité, d'une impression de ne pas pouvoir être aimé ou de ne rien valoir. Leurs croyances liées aux autres pourraient être très négatives, dichotomisées ou exagérément positives (p. ex. : « les gens sont supérieurs et dignes d'être aimés »). Finalement, leurs croyances liées au monde seraient davantage négatives, surgénéralisées et globales (p. ex. : « le monde est injuste et incontrôlable ») (Beck, J. S., 2011).

Selon cette conceptualisation, les croyances fondamentales teinteraient la perception de l'individu. Elles structureraient et filtreraient leur vision de l'environnement. Ce filtre serait maintenu par une sélection des informations qui confirment leurs

croyances, par la dévaluation des informations qui vont à l'encontre de celles-ci et par le manque de reconnaissance des informations positives. Ces processus involontaires et automatiques maintiendraient et renforceraient les croyances fondamentales (Beck, J. S., 2011). Des croyances secondaires/attributions et des pensées automatiques découleraient de ces croyances et contribueraient à forger la perception et la réaction des individus aux divers événements (Beck, J. S., 2011). En d'autres mots, selon cette conceptualisation, les biais d'interprétations et les comportements qui en découlent seraient modelés par les croyances dysfonctionnelles (Beck, A. T. *et al.*, 2015).

1.3.3.1 Les croyances de la personnalité

Par ailleurs, Beck et Beck (1991) suggèrent que les troubles de la personnalité sont associés à des croyances fondamentales dysfonctionnelles particulières². Les troubles de la personnalité se caractérisent par un mode durable, rigide et envahissant de l'expérience vécue et des conduites déviant de ce qui est généralement attendu (American Psychiatric Association, 2013). Le développement d'un trouble de personnalité puiserait ses sources dans de multiples facteurs innés et acquis. Par exemple, les facteurs innés peuvent être des aspects du tempérament d'un individu, et les facteurs acquis peuvent être constitués des expériences traumatisantes, ainsi que des relations interpersonnelles et familiales significatives. Les difficultés peuvent se présenter dans les domaines de la cognition, de l'affectivité, du fonctionnement interpersonnel et du contrôle des impulsions (American Psychiatric Association, 2013).

² La conceptualisation de Beck et Beck (1991), concernant les liens entre les troubles de la personnalité et certaines croyances dysfonctionnelles, se base sur le DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) et le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Cette conceptualisation serait encore actuelle, valide et utile à ce jour (voir Bhar *et al.*, 2012).

Ainsi, les individus ayant un trouble de personnalité présenteraient des profils cognitifs particuliers (Beck, A. T. et al., 2015). Par exemple, un individu présentant un trouble de personnalité évitante pourrait avoir des croyances du type « Les autres sont potentiellement critiques, indifférents, humiliants et rejetants. », un individu ayant un trouble de personnalité obsessionnel-compulsif pourrait présenter des croyances comme « Tout défaut ou imperfection d'exécution peut conduire à une catastrophe » et une personne qui présente un trouble de personnalité dépendante pourrait présenter des croyances du type « Je suis réduit à l'impuissance lorsque je suis seul » (Beck, A. T. et al., 2015). En général, les croyances fondamentales dysfonctionnelles feraient surface dans les moments de détresse psychologique, mais celles des individus souffrant d'un trouble de la personnalité seraient presque continuellement activées. Ces derniers présenteraient aussi peu de stratégies d'adaptation efficaces et les appliqueraient de façon rigide (Beck, A. T. et al., 2015).

Or, les individus qui n'ont pas de diagnostic de trouble de personnalité sont aussi susceptibles d'adhérer à certaines croyances de la personnalité³ à différents degrés. La recherche soutient que les croyances fondamentales dysfonctionnelles sont associées à la psychopathologie (Beck, A. T. et al., 2015; Riso et McBride, 2007). Ainsi, la présence d'une autre psychopathologie, comme le TSPT, pourrait être associée à une adhérence plus prononcée et rigide à certaines de ces croyances de la personnalité.

³ L'expression « croyances de la personnalité » fait spécifiquement référence aux croyances fondamentales dysfonctionnelles qui seraient associées avec les troubles de la personnalité selon Beck et Beck (1991). L'expression « croyances de la personnalité » sera utilisée afin de faire référence à ce concept spécifique lorsque cela s'applique.

1.3.4 Les stratégies d'adaptation

Les écrits scientifiques actuels présentent de nombreuses conceptualisations et définitions du processus d'adaptation (*ways of coping*). Skinner et Zimmer-Gembeck (2016) définissent le processus d'adaptation par les stratégies comportementales, émotionnelles et cognitives mises en place par les individus face au stress [traduction libre]. Les stratégies d'adaptation, ou de *coping*, peuvent aussi être définies comme les efforts cognitifs et comportementaux déployés pour gérer une demande externe ou interne évaluée par l'individu comme excédant ses ressources [traduction libre] (Lazarus et Folkman, 1984).

Folkman et Lazarus (1980) ont d'abord divisé les stratégies d'adaptation en deux catégories distinctes, l'une centrée sur l'émotion et l'autre sur le problème. Les stratégies d'adaptation centrées sur le problème cibleraient directement le problème et incluraient les tentatives de résolution de ce dernier (p. ex. planifier les étapes de résolution d'un problème). Les stratégies centrées sur l'émotion s'illustreraient par des tentatives de régulation des émotions négatives (p. ex. tenter de tout oublier, tenter de voir les aspects positifs de la situation). Par la suite, huit types de stratégies d'adaptation ont été décrits : la résolution de problèmes, la confrontation, la distanciation, l'autocontrôle, la recherche de soutien social, l'acceptation des responsabilités, l'évitement et la réévaluation positive (Lazarus et Folkman, 1986). Certains auteurs ont fait valoir que les stratégies d'adaptation sont définies par l'approche ou l'évitement (Littleton *et al.*, 2007; Snyder et Pulvers, 2001). Tandis que les stratégies centrées sur l'approche cibleraient le facteur de stress lui-même, l'évitement serait défini par l'évitement du facteur de stress (p. ex. retrait social, désengagement et minimisation) (Skinner et Zimmer-Gembeck, 2016).

Skinner *et al.* (2003) ont analysé les conceptualisations et les études portant sur les stratégies d'adaptation dans le but de définir un système inclusif de classification de

ces dernières. Cette analyse leur a permis d'élaborer une classification hiérarchique incluant les processus adaptatifs d'ordre supérieur, au sein desquels ils ont précisé douze catégories d'adaptation, tout comme la fonction dans le processus d'adaptation ainsi que les comportements ou les stratégies utilisées par l'individu. Les douze catégories d'adaptation sont les suivantes : résolution de problèmes, recherche d'informations, impuissance (p. ex. cesser de faire des efforts), l'échappement (p. ex. évitement cognitif ou comportemental), autoapaisement, recherche de soutien, délégation (p. ex. dépendance excessive à autrui), isolement (p. ex. retrait social), accommodation (p. ex. restructuration cognitive), négociation (p. ex. défendre ses objectifs), soumission (p. ex. rumination) et opposition (p. ex. blâme des autres).⁴ Voir l'Appendice C pour de plus amples définitions et exemples de catégories et stratégies d'adaptation abordées dans la présente thèse.

Bien qu'il n'y ait pas de définition uniforme du processus d'adaptation ou du *coping* dans les écrits scientifiques, les cliniciens et les chercheurs considèrent que les stratégies d'adaptation constituent une composante importante de l'adaptation d'un individu à un événement traumatique (Ehlers et Clark, 2000; Littleton *et al.*, 2007). L'utilisation prolongée de stratégies d'adaptation qui traitent durement l'individu ou les situations stressantes (p. ex. blâme de soi ou des autres, retrait social, pensée négative) pourrait, au fil du temps, contribuer à une accumulation de difficultés personnelles et interpersonnelles comme une faible perception d'auto-efficacité ou une perte de soutien social (Skinner et Zimmer-Gembeck, 2016). Au contraire, la mise en place de certaines stratégies plus « constructives » (p. ex. planification, résolution de problèmes, recherche de soutien social, expression des émotions) pourrait soutenir la présence de ressources d'adaptation plus aidantes comme la

⁴ Traduction libre des douze catégories d'adaptation.

confiance en soi et envers les autres, une meilleure perception de contrôle, ou davantage de sérénité (Skinner et Zimmer-Gembeck, 2016).

Le processus d'adaptation serait dynamique, ce qui signifie que l'utilisation des stratégies peut varier chez un même individu en fonction des événements, mais aussi pour une même situation. En effet, Bonanno et Burton (2013) soulignent l'importance de la flexibilité quant à l'utilisation des stratégies d'adaptation pour favoriser une adaptation efficace. Les auteurs soulignent notamment l'importance de la capacité de s'adapter au contexte, d'utiliser un répertoire varié de stratégies et de réévaluer l'efficacité de la stratégie utilisée pour l'ajuster au besoin. En d'autres mots, le fait d'utiliser différentes stratégies pour s'adapter à une situation, mais également de modifier la stratégie utilisée pour s'adapter à une même situation stressante ou traumatique serait un facteur de protection contre la détresse psychologique (Bonanno et Burton, 2013; Bonanno *et al.*, 2011; Park, M. *et al.*, 2015). En effet, un événement stressant occasionne des demandes variées et changeantes, qui nécessitent la mise en place de plusieurs stratégies d'adaptation qui peuvent changer à travers le temps (Skinner et Zimmer-Gembeck, 2016). Une multitude de facteurs personnels, le contexte et les caractéristiques de l'événement traumatique, les apprentissages antérieurs et les événements traumatiques passés sont susceptibles d'influencer les stratégies d'adaptation employées pour faire face à un événement stressant ou à un traumatisme. L'histoire personnelle d'un individu, ses croyances fondamentales, ses symptômes et l'interprétation de ceux-ci pourraient aussi influencer l'utilisation de certaines stratégies d'adaptation (Ehlers et Clark, 2000; Joseph *et al.*, 1995).

1.3.5 Les modèles explicatifs et conceptualisations : pour conclure

Les modèles explicatifs présentés plus haut contribuent à mettre en lumière les facteurs de développement et de maintien du TSPT. Ils permettent de mieux comprendre comment une personne peut être aux prises avec des symptômes

envahissants et perturbants. De surcroît, les croyances fondamentales et les stratégies d'adaptation semblent être des variables d'intérêt concernant les facteurs de maintien de la détresse des individus souffrant de TSPT. Ces modèles et conceptualisations sont à la base de thérapies d'approche cognitive-comportementale pour le TSPT et sous-tendent les stratégies généralement utilisées par les cliniciens de cette approche.

1.4 La thérapie cognitive-comportementale pour le TSPT

Bien qu'un certain nombre d'individus ayant développé un TSPT puisse se rétablir avec peu ou pas de traitement (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005), plusieurs seront aux prises avec des symptômes envahissants et chroniques. La thérapie d'approche cognitive-comportementale (TCC) serait particulièrement efficace pour traiter ce trouble (Cusack *et al.*, 2016; National Collaborating Centre for Mental Health, 2005).

1.4.1 Les stratégies d'intervention

Cette approche de traitement est assez structurée et est basée sur l'un ou l'autre des modèles présentés ci-haut, ou une combinaison de ces derniers. La psychopédagogie, la restructuration cognitive, l'enseignement de la respiration diaphragmatique ou de la relaxation, des stratégies de régulation des émotions, ainsi que l'exposition sont des stratégies qui peuvent faire partie d'une TCC pour le TSPT. La pratique d'exercices et d'auto-observations est généralement de mise en rencontre ou à l'extérieur, tout au long du suivi (Foa *et al.*, 2007).

La psychopédagogie ou l'enseignement sur les symptômes est souvent l'une des premières stratégies d'intervention employée dans le cadre d'un traitement cognitif-comportemental pour le TSPT. Il s'agit de transmettre au patient des informations sur ses symptômes et ses réactions, ainsi que sur la fonction de ces derniers. Elle permet

de faire des liens avec les symptômes et réactions présentés par le patient, ainsi que de les normaliser (Foa *et al.*, 2007). Pendant la psychothérapie cognitive-comportementale, l'implication du client peut être sollicitée par des lectures sur le TSPT afin de favoriser une meilleure intégration des informations véhiculées dans les séances. La psychopédagogie peut aussi permettre de préparer la personne au processus thérapeutique et de la rassurer quant au fait que ses symptômes peuvent être surmontés avec le temps et la psychothérapie (Foa, Davidson, *et al.*, 1999).

Par ailleurs, l'enseignement de la respiration diaphragmatique ou d'autres techniques de relaxation sont souvent effectués, en combinaison avec les autres stratégies d'intervention. Notamment, l'enseignement de la respiration diaphragmatique, une respiration lente et abdominale, peut aider le client à se détendre en diminuant son activation physiologique (Foa, Davidson, *et al.*, 1999) et favoriser la diminution de la réactivité pour faciliter la mise en place des stratégies d'exposition (Brillon, 2013). Cela peut aussi lui permettre de réduire les tensions et l'anxiété qui peuvent interférer avec ses activités quotidiennes (Foa *et al.*, 2007).

La TCC pour le TSPT comporte aussi une composante cognitive. La restructuration cognitive a pour objectif d'aider le client à modifier ou assouplir les pensées et les croyances dysfonctionnelles qui entraînent des perturbations émotionnelles et comportementales (Foa, Davidson, *et al.*, 1999). Par exemple, il est possible de cibler l'interprétation du danger actuel d'une situation associée au trauma, ou les cognitions qui sont liées au blâme de soi et à la culpabilité ainsi qu'à la perception de dangerosité du monde. Que ce soit au niveau des croyances fondamentales, des pensées automatiques ou des attributions, il est souhaitable de faire de la restructuration cognitive au rythme du client (Brillon, 2013).

Un travail des émotions associées au trauma est aussi possible. En effet, certaines personnes verront leurs émotions perturbées, vivant davantage de colère et de

culpabilité, alors que d'autres vivront des émotions amoindries en intensité. Comprendre le rôle des émotions, travailler les émotions pour favoriser l'intégration émotionnelle de l'évènement traumatique, favoriser le contact et l'appropriation des sensations physiologiques associées à certaines émotions, tout comme favoriser l'acceptation et l'expression de l'émotion peuvent faire partie de cette cible de traitement (Brillon, 2013).

De plus, l'exposition est une stratégie d'intervention qui vise à aider la personne à affronter des stimuli qui sont associés avec l'évènement traumatique et qui suscitent maintenant une peur intense et souvent disproportionnée (Foa, Davidson, *et al.*, 1999). Ces stimuli peuvent être des situations, des personnes, des objets, des lieux, des sujets de conversation, des souvenirs ou des émotions spécifiques. L'exposition permet de diminuer l'association entre les stimuli et les sensations de peur et de panique, de graduellement diminuer l'évitement et de réinterpréter les interprétations associées à certains stimuli (Brillon, 2013). L'exposition peut se faire de deux façons : l'exposition en imagination au scénario de l'évènement traumatique ou de l'exposition in vivo (en réalité) aux éléments associés à ce dernier.

Des stratégies de prévention de la rechute peuvent être mises en place en fin de suivi, afin de préparer l'individu aux risques de la rechute et favoriser le maintien des acquis psychothérapeutiques. Il s'agit d'identifier des stratégies qui ont été aidantes, ainsi que des situations qui sont susceptibles d'être associées à une augmentation ou un retour des symptômes, dans le but de préparer la personne à y faire face. Il s'agit également d'inciter la personne à maintenir des relations interpersonnelles, à faire des activités de loisirs, à lire des textes ou poursuivre des exercices liés à ses difficultés (Brillon, 2013).

1.4.2 L'efficacité de la thérapie cognitive-comportementale

Dans l'ensemble, la TCC permettrait de favoriser l'intégration émotionnelle des souvenirs de l'évènement traumatique ainsi que l'habituation aux stimuli associés au trauma. Elle permettrait de modifier les cognitions erronées associées au TSPT, à la dangerosité du monde et/ou à l'incompétence de l'individu, ce qui serait bénéfique pour la diminution des symptômes (Foa et Cahill, 2002).

Des recensions des écrits scientifiques et méta-analyses récentes démontrent l'efficacité de la TCC, comparativement à un groupe contrôle, à d'autres types de traitements ou à des approches de soutien (Bisson *et al.*, 2007; Bradley *et al.*, 2005; Cusack *et al.*, 2016; Kline *et al.*, 2018; Mendes *et al.*, 2008; Ponniah et Hollon, 2009). La TCC est aujourd'hui reconnue comme un traitement de choix pour le TSPT.

Malgré son efficacité, un certain pourcentage de patients demeurerait symptomatique après la thérapie. En effet, après une TCC, le pourcentage de patients qui ne présenteraient plus de diagnostic de TSPT pourrait varier entre 46 % et 70 % (Bradley *et al.*, 2005). Chez ceux qui complètent la thérapie, les taux d'amélioration des symptômes pourraient varier en moyenne entre 47 % et 56 %. Dans plusieurs études, les taux de non-réponse à la psychothérapie pourraient excéder 50 % pour certaines mesures (Schottenbauer *et al.*, 2008). Les résultats de ces recensions et méta-analyses soulèvent des questions sur les facteurs associés à l'efficacité de la psychothérapie pour le TSPT.

Des facteurs liés aux outils diagnostiques, à la population étudiée et aux diverses caractéristiques des thérapeutes pourraient avoir un impact sur ces mesures. En effet, certaines études utilisent uniquement des questionnaires auto-rapportés pour mesurer l'évolution des symptômes plutôt qu'une entrevue diagnostique, ce qui pourrait affecter la validité des résultats obtenus concernant la présence du diagnostic avant et

après le traitement. D'autre part, certaines populations, comme les vétérans, pourraient présenter des symptômes plus sévères et bénéficier de la psychothérapie dans une moindre mesure (Bradley *et al.*, 2005). De surcroît, le niveau d'engagement et de croyance du thérapeute en l'efficacité du traitement est aussi susceptible d'avoir une influence qui n'est pas nécessairement mesurée dans les études (Bradley *et al.*, 2005). Par ailleurs, plusieurs facteurs associés à l'évènement traumatique, aux antécédents, au soutien social ou aux caractéristiques personnelles sont susceptibles d'influencer l'efficacité de la thérapie.

Par exemple, plusieurs études soulignent que le soutien social ou marital influencerait positivement les résultats du traitement cognitif-comportemental pour le TSPT (Fredette *et al.*, 2016). D'autre part, une étude de Hembree, Street, *et al.* (2004) a exploré l'influence des caractéristiques de l'évènement traumatique sur les résultats de la psychothérapie chez des femmes atteintes de TSPT chronique. Leurs résultats indiquent que le fait d'avoir été victime d'évènements traumatiques à l'enfance, tout comme le fait d'avoir été blessées physiquement pendant l'évènement traumatique pour lequel elles recevaient la psychothérapie, prédiraient la réponse au traitement, et ce, au-delà de la sévérité initiale des symptômes de TSPT. Selon leurs résultats, d'autres caractéristiques du trauma comme le type d'évènement, l'identité de l'agresseur, la perception de la menace à la vie et l'utilisation d'une arme ne constitueraient pas des prédicteurs de l'efficacité de la psychothérapie.

Par ailleurs, chez des vétérans souffrant de symptômes post-traumatiques, Bartoszek *et al.* (2017) ont constaté que l'intensité de la douleur physique liée au trauma serait liée à davantage de symptômes de reviviscence avant la psychothérapie, ce qui serait associé à une moins bonne évolution des symptômes de TSPT en psychothérapie. Dans une autre étude auprès de vétérans, ceux présentant une colère plus élevée ont montré une moins grande diminution de la sévérité du TSPT résultant de la psychothérapie (Lloyd *et al.*, 2014). Similairement, chez une population d'individus

victimes d'accident de la route, ceux qui ont moins bénéficié de la psychothérapie avaient davantage de symptômes de dissociation, plus de colère quant à leur accident, un moins bon fonctionnement global, davantage de douleur et de symptômes dépressifs (Taylor *et al.*, 2001).

Qui plus est, les troubles de sommeil résiduels, présents après une TCC pour le TSPT pourraient être associés à davantage de symptômes post-traumatiques, dépressifs et anxieux résiduels, ainsi qu'à une moins bonne santé physique et mentale, comparativement aux individus qui ne présentent pas de problèmes de sommeil résiduels après la psychothérapie (Belleville *et al.*, 2011).

De surcroît, une étude s'est intéressée aux comportements d'évitement démontrés par des individus en psychothérapie cognitive-comportementale, en étudiant les enregistrements de séances. Les résultats soulignent qu'un évitement plus prononcé des souvenirs de l'évènement traumatique, en rencontre, serait associé à une réduction moindre des symptômes post-traumatiques (Gloth, 2016).

Par ailleurs, une étude auprès de vétérans qui ont bénéficié d'un traitement a révélé qu'une meilleure tolérance à la détresse, c'est-à-dire une amélioration dans l'habileté réelle ou perçue de tolérer les émotions négatives, prédirait une plus grande diminution des symptômes de TSPT (Banducci *et al.*, 2017). Une réduction des cognitions post-traumatiques après la TCC et le fait d'avoir des attentes plus élevées quant à l'effet positif de la thérapie pourraient aussi être associés à une plus grande diminution des symptômes post-traumatiques chez une population civile et de vétérans (Gobin *et al.*, 2018).

Ainsi, les résultats de ces études soutiennent que plusieurs facteurs individuels pourraient être associés aux résultats d'une psychothérapie. Comme Ehlers et Clark (2000) le soulignent, les croyances fondamentales d'un individu ainsi que les

stratégies d'adaptation mises en place par ce dernier pourraient également jouer un rôle dans le développement et le maintien du TSPT. Qui plus est, les croyances fondamentales pourraient constituer l'un des facteurs influençant la mise en place de certaines stratégies d'adaptation après l'évènement traumatique (Ehlers et Clark, 2000). L'étude de ces variables pourrait contribuer à mieux comprendre le processus de maintien de la détresse des individus souffrant de TSPT. Il est possible que ces variables aient également un effet sur la réponse à la psychothérapie. Les écrits scientifiques concernant ces variables seront abordés dans les prochains paragraphes.

1.4.3 Les croyances fondamentales, le TSPT et la TCC

Comme abordé précédemment, certains auteurs suggèrent que le TSPT favoriserait l'apparition ou la modification de certaines cognitions (ou croyances) dysfonctionnelles, qui peuvent être qualifiées de « post-traumatiques ». La sévérité des symptômes de TSPT et les cognitions post-traumatiques seraient corrélées (Foa, Ehlers, *et al.*, 1999). Ainsi, en plus de réduire les symptômes de TSPT, la TCC permettrait de remettre en question ces cognitions (Diehle *et al.*, 2014). Le changement dans ces cognitions pendant la TCC pourrait aussi être médiateur des changements positifs dans le fonctionnement de l'individu (Mueser *et al.*, 2008; Zoellner *et al.*, 2011). Ainsi, plusieurs études ont étudié les cognitions post-traumatiques, leurs associations avec les symptômes du TSPT et leur rôle dans le processus de traitement et après l'intervention (Diehle *et al.*, 2014). Toutes ces études suggèrent la pertinence de considérer les cognitions ou les croyances chez les individus souffrant d'un TSPT, puisque celles-ci sont susceptibles d'être associés à leurs symptômes ou au maintien de leurs difficultés. Ainsi, ces études et les modèles présentés précédemment (Ehlers et Clark, 2000; Foa et Kozak, 1986) mettent en lumière la pertinence d'examiner les aspects cognitifs chez les personnes souffrant de TSPT. Dans la présente thèse, c'est le concept de croyances dites *fondamentales*, les schémas cognitifs et les croyances de la personnalité, qui seront davantage étudiés.

Les croyances fondamentales présentes chez les individus avant un évènement traumatique pourraient faire partie des facteurs de vulnérabilité au développement d'un TSPT (Ehlers et Clark, 2000). Elles joueraient un rôle important dans le traitement cognitif d'évènements potentiellement traumatisants. L'information à propos de l'évènement serait perçue et encodée en fonction de ces croyances (Ehlers et Clark, 2000). Les individus souffrant de TSPT auraient davantage de croyances négatives comparativement à ceux sans TSPT, que ce soit avant ou après l'évènement traumatique (Dunmore *et al.*, 1999). Ceux qui présentent davantage de croyances dysfonctionnelles avant un évènement traumatique pourraient également développer plus de symptômes persistants de TSPT à la suite d'un évènement traumatique (Dunmore *et al.*, 2001). Similairement, les personnes souffrant de TSPT présenteraient des schémas cognitifs plus sévères⁵ en comparaison avec ceux qui présentent moins de symptômes post-traumatiques (Harding *et al.*, 2012) ou pas de symptômes (Ahmadian *et al.*, 2015). De plus, les résultats d'une étude de Testa (2008) soulignent les liens entre les schémas de vulnérabilité et la sévérité du TSPT. Qui plus est, les conclusions de l'étude de Price (2007) mettent en lumière l'association entre les schémas d'imperfection, de dépendance/incompétence, de fusion et d'échec ainsi que les symptômes d'évitement ou de reviviscence associés au TSPT.

Comme il a été mentionné précédemment, la présence d'une psychopathologie comme le TSPT pourrait être associée à une adhérence plus prononcée et rigide à certaines croyances de la personnalité même sans la présence d'un diagnostic de trouble de la personnalité. Par exemple, les individus présentant des symptômes post-traumatiques pourraient présenter certaines croyances de la personnalité de manière

⁵ Présentant des scores plus élevés au questionnaire des schémas.

plus prononcée, comme des croyances de la personnalité évitante et obsessive-compulsive (Taymur *et al.*, 2012).

Le peu d'études qui se sont penchées sur l'effet potentiel de la présence d'un trouble de personnalité sur les résultats d'un traitement pour le TSPT présentent des résultats variables (Palardy *et al.*, 2013). En effet, d'une part, une étude a démontré l'existence d'un lien entre la présence d'un trouble de personnalité et un moins bon fonctionnement psychosocial après un traitement du TSPT (Hembree, Cahill, *et al.*, 2004). D'autre part, certaines études n'ont trouvé aucun impact négatif de la présence d'un trouble de personnalité sur les résultats du traitement sur le plan des symptômes ou du fonctionnement (Clarke *et al.*, 2008; Dorrepaal *et al.*, 2013; Feeny *et al.*, 2003; Harned *et al.*, 2018; Scheiderer *et al.*, 2017; van Minnen *et al.*, 2002). Toutefois, certaines études soutiennent que les croyances de la personnalité ou les croyances fondamentales pourraient avoir une incidence sur les résultats de la psychothérapie.

En effet, les résultats d'une étude de Weertman *et al.* (2005) auprès de 398 patients soulignent que les clients anxieux ou présentant un TSPT, en plus d'un trouble de personnalité ou de croyances de la personnalité, rapportent des symptômes plus sévères après la psychothérapie que les individus sans trouble de personnalité ou avec moins de croyances de la personnalité.

Békés *et al.* (2018) se sont quant à eux intéressés à l'influence des croyances de la personnalité évitante et borderline sur les résultats d'un traitement d'approche cognitive-comportementale auprès de 60 adultes souffrant de TSPT. Leurs résultats soulignent entre autres que les croyances de la personnalité évitante présentes avant la thérapie, prédiraient la variance dans les symptômes post-traumatiques après la thérapie, au-delà des symptômes initiaux de TSPT. Ainsi, ceux qui présentaient davantage de croyances de la personnalité évitante avaient tendance à moins bénéficier de la thérapie.

De plus, les résultats d'une étude de Cockram *et al.* (2010) auprès de 54 vétérans souffrant de TSPT soulignent que le changement positif de certains schémas cognitifs dysfonctionnels prédirait une sévérité moindre des symptômes post-traumatiques après une psychothérapie des schémas.

Des études de traitement d'autres psychopathologies font ressortir que les croyances dysfonctionnelles en prétraitement pourraient influencer les résultats de la psychothérapie. Par exemple, la sévérité initiale des schémas pourrait favoriser la présence de symptômes résiduels à la suite d'un traitement de la boulimie (Leung *et al.*, 2000). De plus, des croyances de la personnalité évitante et paranoïde ont été associées à la présence de plus de symptômes résiduels dans le traitement de la dépression, mais pas à un moins bon niveau de fonctionnement psychosocial (Kuyken *et al.*, 2001).

Hormis les études présentées ci-haut, les croyances fondamentales/les schémas cognitifs et les croyances de la personnalité ont peu été étudiées dans le cadre d'une TCC pour le TSPT. Qui plus est, aucune étude ne s'est penchée sur leurs liens potentiels avec les résultats de la psychothérapie sur le plan de la qualité de vie. Comme Harding *et al.* (2012) le souligne, les chercheurs commencent à démontrer empiriquement la validité du concept de schémas cognitifs. Or, le rôle des croyances préexistantes au trauma, notamment celui des croyances fondamentales ou des schémas cognitifs, devra être davantage analysé (Brewin et Holmes, 2003). Le concept de cognitions post-traumatiques a largement été étudié dans le domaine du stress post-traumatique (Diehle *et al.*, 2014), ce qui, selon nous, pourrait expliquer que peu d'études se soient penchées sur le concept de croyances fondamentales dans le cadre des études de traitement du TSPT.

1.4.4 Les stratégies d'adaptation et le TSPT

L'étude des stratégies d'adaptation semble également cruciale pour mieux comprendre le processus de maintien des symptômes et difficultés post-traumatiques. En effet, l'ajustement à un événement traumatique semble influencé par les stratégies d'adaptation qu'un individu met en place après l'évènement. Plusieurs études auprès d'adultes ont démontré que les individus avec un diagnostic de TSPT ont davantage tendance à employer des stratégies d'évitement que les individus qui n'ont pas de TSPT (Biro *et al.*, 1997; Cofini *et al.*, 2015; Johnson *et al.*, 2003; Loo *et al.*, 2016; Pietrzak *et al.*, 2011; Reynolds et Brewin, 1998; Tsai *et al.*, 2012; Vetere *et al.*, 2018). Selon une étude de Amir *et al.* (1997), en comparaison avec des individus n'ayant pas de diagnostic de TSPT ou avec des individus anxieux, les personnes souffrant de TSPT utiliseraient non seulement davantage de stratégies de suppression (évitement), mais aussi moins de stratégies de remplacement (p. ex. trouver des solutions alternatives). De plus, une méta-analyse de Littleton *et al.* (2007) souligne que les stratégies d'évitement prédiraient significativement les symptômes post-traumatiques, la dépression et la détresse d'un individu à la suite d'un événement traumatique.

Les stratégies d'adaptation ont également été étudiées de manière longitudinale et transversale auprès de victimes d'évènements traumatiques de diverses natures. Chez des femmes ayant été victimes de violence conjugale, l'utilisation de stratégies d'évitement prédirait le développement du TSPT dans le temps (Krause *et al.*, 2008). De manière similaire, les stratégies d'évitement seraient des prédicteurs significatifs des symptômes de TSPT six mois après un attentat terroriste (Gil, 2005; Gil et Caspi, 2006), un accident, une agression, ou un incendie (Thompson *et al.*, 2018). Une autre étude, chez les femmes victimes d'une agression, souligne que celles qui utilisent fréquemment des stratégies d'évitement auraient potentiellement plus de risques de voir leurs symptômes de TSPT se maintenir ou augmenter dans les premiers mois

suivants l'agression (Pineles *et al.*, 2011). Les résultats d'une étude auprès d'étudiantes à Virginia Tech au moment de la fusillade ont quant à eux révélé que les individus présentant davantage de symptômes après l'évènement auraient davantage tendance à utiliser des stratégies de désengagement comme la rumination, le retrait social et l'évitement comportemental, six mois à un an après l'évènement (Littleton *et al.*, 2011). De plus, les femmes ayant été victimes d'une agression physique ou sexuelle par une personne qu'elles connaissaient et qui utilisaient des stratégies de retrait social auraient davantage de symptômes de TSPT trois mois après l'agression (Gutner *et al.*, 2006).

Par ailleurs, les résultats d'une étude transversale de Bryant et Harvey (1995) soulignent que les stratégies d'évitement prédiraient significativement les symptômes d'intrusion chez des individus victimes d'un accident de la route. De plus, une étude transversale auprès de réfugiés souligne que l'utilisation de stratégies de désengagement émotionnel (p. ex. évitement des émotions) serait un prédicteur significatif du TSPT (Hooberman *et al.*, 2010). De plus, selon une étude de Gil (2005) auprès d'individus ayant vécu une attaque terroriste, les stratégies centrées sur l'émotion et une utilisation moindre de stratégies centrées sur le problème seraient des prédicteurs significatifs des symptômes de TSPT, six mois après l'attentat.

De surcroît, Tiet *et al.* (2006) ont analysé l'association entre les stratégies d'adaptation, les symptômes du TSPT ainsi que le fonctionnement psychosocial chez des individus recevant des services pour les vétérans. Leurs résultats soulignent que l'utilisation de stratégies centrées sur l'approche (p. ex. planifier et tenter d'appliquer des solutions) prédirait un meilleur fonctionnement familial et social dix mois plus tard, tandis que l'utilisation de stratégies d'évitement cognitif (p. ex. éviter de penser ou de se placer dans des situations rappelant l'évènement) prédirait plus de symptômes de TSPT à ce deuxième temps de mesure.

Des auteurs ont aussi étudié les stratégies d'adaptation associées à un meilleur rétablissement à la suite d'évènements traumatiques. Une étude qualitative auprès de sept adultes ayant subi des agressions sexuelles à l'enfance soutient notamment qu'un processus d'adaptation sain résiderait dans l'utilisation de recherche de soutien social, d'engagement ou de réinterprétation cognitive, d'optimisme, d'acceptation de soi et de recherche de signification (Phanichrat et Townshend, 2010). De plus, l'utilisation de stratégies comme la recherche de soutien social, la spiritualité/la religion et la réévaluation positive ont été associées avec une croissance post-traumatique, c'est-à-dire au fait de vivre des changements positifs à la suite d'une expérience pénible ou traumatique (Prati et Pietrantonio, 2009). Par contre, les stratégies d'adaptation spirituelles négatives, comme le fait d'évaluer un évènement stressant comme une punition de Dieu, pourraient être associées au fait de rapporter davantage de symptômes de TSPT (Hu, 2015; Park, C. L. *et al.*, 2016; Zanowski, 2009).

Les résultats de ces différentes études soutiennent les liens significatifs entre les stratégies d'adaptation et le TSPT. En somme, l'utilisation marquée de stratégies d'adaptation impliquant de l'évitement, ainsi que le peu d'utilisation de stratégies de soutien social ou de résolution de problèmes pourraient généralement être associés à la sévérité des symptômes de TSPT ou à un moindre fonctionnement psychosocial.

1.4.5 Les stratégies d'adaptation, la qualité de vie et le TSPT

Quelques études se sont penchées sur liens entre les stratégies d'adaptation et la qualité de vie. Notamment, en étudiant des réfugiés présentant des symptômes post-traumatiques, Huijts *et al.* (2012) ont trouvé, à l'aide d'une analyse acheminatoire, que les symptômes post-traumatiques étaient fortement et négativement associés à la qualité de vie, alors que les stratégies de soutien social et les stratégies émotionnelles étaient associées positivement à la qualité de vie, mais dans une moindre mesure. Les auteurs soulignent aussi la possibilité d'un lien indirect entre les stratégies

d'évitement ou centrées sur le problème, et la qualité de vie, en passant par la sévérité du TSPT, ou d'une absence de lien entre ces variables. Ainsi, une moindre qualité de vie pourrait être associée aux symptômes de TSPT, mais aussi à certaines stratégies d'adaptation utilisées par un individu. De plus, les résultats d'une étude auprès d'adultes réfugiés ayant vécu des événements traumatiques soutiennent que l'utilisation de stratégies d'adaptation centrées sur le problème serait associé à une meilleure qualité de vie (Medema, 2012).

1.4.6 Les stratégies d'adaptation et la psychothérapie du TSPT

Des auteurs se sont également intéressés aux stratégies utilisées par les individus avant et après une psychothérapie pour le TSPT, ainsi qu'aux associations entre ces stratégies et les résultats du traitement. Par exemple, les résultats d'une étude longitudinale de traitement multimodal (psychopédagogie, sociothérapie, thérapie dynamique) de groupe auprès de vétérans souffrant d'un TSPT chronique soulignent une augmentation de l'utilisation des stratégies centrées sur le problème et sur les émotions, ainsi que des stratégies d'évitement, au moins un an après le traitement (Britvić *et al.*, 2012). Les auteurs expliquent l'influence variable que pourraient avoir ces stratégies, soulignant que des aspects de ces stratégies peuvent être aidants et d'autres moins. Par exemple, il est plausible que l'utilisation de stratégies d'évitement soit aidante si un individu utilise des comportements « d'évitement » orientés vers l'humour ou la spiritualité, plutôt que vers des comportements dommageables comme la consommation.

Par ailleurs, une étude menée auprès d'adolescents et d'adultes ayant vécu des agressions sexuelles à l'enfance a identifié différentes trajectoires de rétablissement du TSPT au cours d'une psychothérapie (Fletcher *et al.*, 2017). Leurs résultats indiquent que les personnes souffrant d'un TSPT plus sévère et utilisant davantage de stratégies centrées sur l'émotion au prétraitement présentaient des symptômes plus

sévères de TSPT après la psychothérapie. Qui plus est, plus un individu utilisait des stratégies de distanciation ou de détachement (p. ex. décider qu'il est inutile de s'en faire et aller de l'avant) avant le traitement, moins ses symptômes de TSPT avaient tendance à s'améliorer au cours de la psychothérapie.

De manière similaire, des études se sont intéressées aux stratégies d'adaptation mises en place par les individus avant et après une thérapie cognitive-comportementale du TSPT (ou une thérapie comprenant des stratégies de cette approche). Les résultats de ces études soulignent entre autres que les individus utiliseraient des stratégies plus adaptées (p. ex. recherche de soutien social, résolution de problèmes), tout en utilisant moins de stratégies d'évitement à la suite d'une thérapie pour le TSPT (Rademaker *et al.*, 2009; Zang *et al.*, 2014). D'autres études de cette approche se sont intéressées aux stratégies d'adaptation comme prédicteurs potentiels des résultats d'une TCC pour le TSPT. Comme le chapitre II révélera, elles indiquent entre autres des liens entre l'évitement en prétraitement et la sévérité des symptômes en post-traitement (Badour *et al.*, 2012; Boden *et al.*, 2012; Farrants, 2001). Les résultats de ces études de psychothérapie soulignent les liens potentiels entre les stratégies d'adaptation et la sévérité du TSPT. Ces questions seront davantage développées dans le chapitre II.

D'autre part, des recherches se sont également intéressées aux associations entre la qualité de vie et les stratégies d'adaptation dans le cadre d'une psychothérapie. Par exemple, les conclusions d'une étude auprès d'adultes réfugiés ayant vécu des événements traumatiques soutiennent que les individus utilisant davantage de stratégies d'évitement en prétraitement rapporteraient non seulement plus de symptômes après le traitement (EMDR ou traitement de stabilisation), mais également une moins bonne qualité de vie psychologique (Medema, 2012).

De surcroît, les résultats d'une étude de traitement de groupe d'approche cognitive-comportementale du TSPT auprès de vétérans soulignent les liens entre les stratégies

d'adaptation et la qualité de vie (Laffey, 2017). Ils indiquent que l'utilisation de stratégies d'adaptation spirituelles positives avant le traitement et l'augmentation de l'utilisation de ces stratégies pendant le traitement prédirait une meilleure QV physique et psychologique après le traitement. Au contraire, les stratégies spirituelles négatives avant le traitement et l'augmentation de ces stratégies pendant le traitement prédiraient une moindre QV physique et psychologique après le traitement. En outre, ces stratégies spirituelles négatives en prétraitement seraient associées à une moindre QV sociale après le traitement, alors que les stratégies spirituelles positives seraient associées à une meilleure QV sociale. En ce qui concerne les stratégies de désengagement (p. ex. cesser les efforts pour gérer la situation pénible ou ses conséquences), elles prédiraient une moins bonne QV psychologique au post-traitement. Les stratégies de recherche de soutien émotionnel seraient quant à elles associées à une meilleure QV sociale après le traitement. L'augmentation de stratégies de réévaluation positive pendant la psychothérapie serait associée à une meilleure QV physique et psychologique, alors que l'augmentation des stratégies de désengagement serait au contraire associée à une moins bonne QV psychologique au post-traitement. Ces résultats jettent un éclairage intéressant sur les liens potentiels entre les stratégies d'adaptation et la qualité de vie, chez des individus ayant bénéficié d'une thérapie pour le TSPT. Ils soulignent aussi la pertinence d'explorer l'influence des changements dans les stratégies d'adaptation sur les résultats de la psychothérapie pour ce qui est de la qualité de vie.

1.5 En somme : Liens entre les croyances fondamentales, les stratégies d'adaptation, le TSPT et la qualité de vie

Comme le soutiennent les études abordées précédemment, la présence de davantage de croyances fondamentales dysfonctionnelles et l'utilisation de certaines stratégies d'adaptation (p. ex. davantage d'isolement, de retrait social, de désengagement,

d'évitement ou de distanciation, moins de réévaluation positive et d'efforts de résolution de problème) pourraient jouer un rôle dans la réponse différenciée d'une personne à une psychothérapie d'approche TCC pour le TSPT (p. ex. Badour *et al.*, 2012; Békés *et al.*, 2018; Boden *et al.*, 2012; Farrants, 2001). Toutefois, il serait souhaitable d'étudier ces variables de manière plus approfondie. Par exemple, il serait pertinent d'explorer davantage les croyances fondamentales et les stratégies d'adaptation présentes chez les individus atteints du TSPT, leur changement en psychothérapie, ainsi que leur valeur prédictive potentielle sur les résultats d'une psychothérapie.

En outre, dans les modèles cognitifs-comportementaux, il est commun de conceptualiser les croyances fondamentales, soit la façon dont l'individu appréhende le monde, lui-même et les autres, comme ayant un impact sur les comportements qui seront déployés. Selon Beck, *et al.* (2015), les croyances fondamentales dysfonctionnelles, lorsqu'elles sont activées, seraient associées à l'utilisation de certaines stratégies d'adaptation inadaptées. Par exemple, un individu qui se conçoit comme incompetent pourra avoir tendance à éviter de faire des tâches qu'il perçoit comme trop difficiles. Ce même individu pourra vivre davantage d'isolement puisqu'il évitera de sortir pour ne pas être confronté à des situations qu'il craint devoir affronter. Le modèle cognitif du développement et du maintien du TSPT par Ehlers et Clark (2000) souligne entre autres que les stratégies cognitives et comportementales utilisées pour gérer les symptômes du TSPT sont susceptibles d'être influencées par les expériences antérieures et les croyances fondamentales de l'individu. Par exemple, un individu qui a été critiqué dans son enfance alors qu'il démontrait de la détresse et qui a donc développé la croyance que les émotions « négatives » ne doivent pas être exprimées car elles sont un signe de faiblesse, peut tenter d'engourdir ou de supprimer ses émotions et éviter d'en parler.

De plus, les résultats de Dunmore *et al.* (1999) révèlent non seulement que les personnes souffrant de TSPT auraient davantage de croyances négatives par rapport à soi, aux autres et au monde, comparativement à ceux sans diagnostic de TSPT, avant ou après l'évènement traumatique, mais aussi que les personnes souffrant de TSPT auraient davantage tendance à employer des stratégies d'évitement. Également, les résultats d'une étude de Johnson *et al.* (2003) soulignent notamment que les femmes victimes d'abus sexuels à l'enfance présentant aussi des troubles de personnalité évitante, dépendante, borderline, paranoïaque, schizoïde ou schizotypique utilisaient plus de stratégies d'évitement et souffriraient d'une détresse post-traumatique plus sévère.

Ces modèles et études scientifiques soutiennent la pertinence d'étudier les liens entre les croyances fondamentales et les stratégies d'adaptation chez les individus ayant un diagnostic de TSPT. De plus, bien que certains modèles théoriques d'approche cognitive-comportementale illustrent les liens probables entre ces variables (Beck, A. T. *et al.*, 2015; Ehlers et Clark, 2000), les associations entre les croyances fondamentales, ainsi que les stratégies d'adaptation ont peu été étudiées jusqu'à présent. Ces liens devront être mieux articulés et davantage étayés au sein d'études de psychothérapie. Par exemple, dans le cadre d'une TCC, il serait intéressant d'explorer quelles croyances fondamentales (ou croyances de la personnalité) peuvent être associées à l'utilisation de stratégies d'adaptation dysfonctionnelles comme l'évitement, le retrait social ou la présence moindre de certaines stratégies d'adaptation plus aidantes.

Comme nous l'avons abordé précédemment, en plus des symptômes présentés, la qualité de vie est pertinente à étudier dans le cadre d'une TCC pour le TSPT (Schnurr et Lunney, 2016). Notamment, la perception d'un individu de sa propre qualité de vie illustre un pan de l'expérience humaine qui est peu considéré lorsqu'on aborde uniquement la diminution des symptômes après une TCC. Le caractère subjectif de

l'évaluation que l'individu fait de sa qualité de vie rend la mesure de cet aspect particulièrement intéressante puisqu'elle représente l'interprétation qu'il fait de son état actuel et de son fonctionnement, de son bien-être et de l'ensemble de son expérience, et ce, au-delà des symptômes (The WHOQOL Group, 1998). Bien que pour plusieurs personnes les symptômes d'un TSPT diminuent à la suite d'une psychothérapie spécialisée, il est possible que certains aspects de leur qualité de vie s'améliorent dans des proportions différentes. En plus des symptômes post-traumatiques, la qualité de vie est une mesure pertinente de résultats lorsqu'on s'intéresse à l'étude du rétablissement d'un client et aux résultats d'un traitement du TSPT (Schnurr et Lunney, 2016).

Les liens entre les croyances fondamentales, les stratégies d'adaptation et la qualité de vie, avant et après une TCC, restent à étudier. En effet, le peu d'études de traitement antérieures ayant considéré les croyances fondamentales ou celles portant sur les stratégies d'adaptation investiguent principalement la diminution des symptômes (p. ex. Badour *et al.*, 2012; Békés *et al.*, 2018; Boden *et al.*, 2012; Cockram *et al.*, 2010; Farrants, 2001). Quelques-unes abordent la qualité de vie comme résultat d'un traitement (p. ex. Laffey, 2017; Medema, 2012), mais à notre connaissance, aucune étude de traitement n'a considéré le lien entre les croyances fondamentales et la qualité de vie. Ainsi, dans le cadre d'une TCC, nous pourrions nous demander si les croyances fondamentales sont associées à une moins bonne qualité de vie. Nous pourrions également étudier plus amplement si les stratégies d'adaptation moins aidantes (p. ex. évitement, distanciation), ou le peu de changement de ces dernières en cours de psychothérapie, sont associées à une moins bonne qualité de vie (p. ex. physique, psychologique, environnementale, sociale). Par ailleurs, puisque cet aspect n'a pas encore été étudié dans les écrits scientifiques jusqu'à maintenant, il serait intéressant d'explorer le rôle médiateur du changement dans les stratégies d'adaptation sur le lien entre les croyances fondamentales et les changements dans la qualité de vie, au cours d'une TCC.

1.6 Objectifs de la thèse

La présente thèse a pour objectif principal d'approfondir les connaissances sur les croyances fondamentales et les stratégies d'adaptation (*coping strategies*) d'individus souffrant de TSPT engagés dans une thérapie d'approche cognitive-comportementale (TCC). Pour ce faire, une recension systématique des écrits et une étude corrélationnelle ont été effectuées. Quatre questions de recherche, réparties dans ces deux études, ont été explorées dans la présente thèse.

D'abord, nous nous demanderons si les croyances fondamentales et/ou les stratégies d'adaptation prédisent les résultats d'une TCC (ou d'une thérapie incluant des composantes de cette approche). Puis, nous évaluerons si les croyances fondamentales et des stratégies d'adaptation changent significativement à la suite d'un traitement de cette approche. Ensuite, nous nous demanderons si les croyances de la personnalité sont associées à l'utilisation de certaines stratégies d'adaptation chez les individus souffrant de TSPT, avant et après une TCC. Finalement, nous nous demanderons si les changements dans les stratégies d'adaptation ont un effet médiateur sur la relation entre les croyances de la personnalité et les résultats d'une TCC en termes d'amélioration de la qualité de vie.

1.7 Structure de la thèse

La thèse est constituée de quatre chapitres. Le chapitre II est constitué d'une recension systématique des écrits scientifiques, publiée dans *European Journal of Trauma & Dissociation*/ Revue européenne du trauma et de la dissociation. Le chapitre III concerne une étude corrélationnelle publiée dans le même journal scientifique. Le chapitre IV constitue une discussion générale de la présente thèse.

Plus précisément, présentée au chapitre II, la recension systématique permettra de brosser un portrait des études de thérapie cognitive-comportementale ou comprenant des composantes de cette approche (p. ex. exposition ou restructuration cognitive) ayant inclus une mesure de schémas cognitifs/croyances fondamentales ou de stratégies d'adaptation. L'étude s'intéressera à une population adulte ayant un diagnostic de TSPT. Elle permettra d'étudier les liens entre les stratégies d'adaptation ou les schémas/croyances fondamentales, et les résultats d'une TCC, et d'explorer si les stratégies d'adaptation ou les schémas/croyances fondamentales changent à la suite du traitement. L'exploration de ces études permettra d'identifier leurs caractéristiques, leurs résultats et leurs risques de biais. Elle permettra de conclure sur les lacunes dans les écrits scientifiques et de proposer des améliorations pour les études futures.

Le chapitre III présentera une étude effectuée auprès d'adultes ayant reçu un diagnostic de TSPT, à la suite d'un événement traumatique vécu à l'âge adulte. Au sein de cette étude de thérapie d'approche cognitive-comportementale, menée au Centre d'étude sur le trauma, deux objectifs seront poursuivis. Le premier cherchera à explorer les corrélations entre les croyances fondamentales associées aux troubles de la personnalité (croyances de la personnalité), ainsi que les stratégies d'adaptation, et ce, avant et après la TCC. Le second objectif explorera les liens entre certaines de ces croyances et les résultats du traitement sur le plan de la qualité de vie, et ce, en considérant l'influence potentielle du changement des stratégies d'adaptation.

Le chapitre IV concernera les conclusions générales de la présente thèse. Des liens entre les différents résultats actuels et d'études passées seront discutés. Les forces et faiblesses méthodologiques seront présentées, tout comme les implications cliniques des résultats de la thèse. Des améliorations seront proposées pour les prochaines études.

CHAPITRE II

SCHEMAS AND COPING STRATEGIES IN COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR PTSD: A SYSTEMATIC REVIEW

Dans ce chapitre, une recension systématique des écrits est présentée. La recension concerne les croyances fondamentales et les stratégies d'adaptation (*coping strategies*), dans le cadre d'une thérapie cognitive-comportementale ou d'une thérapie incluant des composantes de cette approche, chez des individus adultes ayant reçu un diagnostic de TSPT. Nous y étudions plus précisément l'évolution de ces variables lors d'une psychothérapie et leur influence potentielle sur les résultats de la psychothérapie.

Cet article, rédigé en anglais, a été accepté pour publication le 20 septembre 2018 et publié le 28 février 2019 dans le journal scientifique *European Journal of Trauma and Dissociation*/ Revue européenne du trauma et de la dissociation. La confirmation d'acceptation pour publication est présentée en Appendice D et la première page de l'article publié est présentée en Appendice E.

RÉSUMÉ

Bien que la thérapie cognitive-comportementale (TCC) soit efficace pour le traitement du trouble de stress post-traumatique (TSPT), certains patients demeurent symptomatiques après le traitement. Certains individus atteints d'un TSPT peuvent présenter des schémas cognitifs dysfonctionnels plus sévères et utiliser des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles. Cette recension systématique des écrits vise à répondre aux questions suivantes : 1) existe-t-il un lien entre les croyances fondamentales ou les stratégies d'adaptation présentes avant la TCC, et les symptômes de TSPT après la TCC ? 2) Les croyances fondamentales ou les stratégies d'adaptation changent-elles après une TCC pour le TSPT ? Les bases de données PsycNet, PubMed, Cinahl, Embase, Web of Science, Scopus, Cochrane, ProQuest et EBSCO ont été recherchées systématiquement pour les écrits publiés entre 1975 et mai 2015, pour des articles incluant des adultes atteints de TSPT, une TCC pour le TSPT et des mesures quantitatives des schémas cognitifs ou des stratégies d'adaptation. Les résultats, les caractéristiques de l'étude et les risques de biais ont été examinés pour les études incluses. La recherche a conduit à l'inclusion de 10 études. En ce qui concerne les schémas cognitifs, la seule étude incluse montre qu'ils s'améliorent avec la psychothérapie et que certains de ces changements prédisent des changements dans les symptômes présentés à la suite de la psychothérapie. En ce qui concerne les stratégies d'adaptation, quatre études rapportent des liens positifs ou négatifs entre les stratégies d'adaptation dysfonctionnelles et les symptômes post-traitement, six études rapportent un changement positif dans les stratégies d'adaptation, et une étude ne rapporte aucun changement. Bien que d'autres études soient nécessaires pour répondre sans équivoque aux questions de recherche, cette recension systématique démontre la pertinence d'étudier les stratégies d'adaptation, et potentiellement les schémas cognitifs, dans les études de TCC pour les individus atteints du TSPT.

ABSTRACT

Although cognitive-behavioral therapy (CBT) is effective in treating post-traumatic stress disorder (PTSD), some clients remain symptomatic after treatment. Some individuals with PTSD may present more severe dysfunctional cognitive schemas and use dysfunctional coping strategies. The review aims to answer the following questions: 1) Is there a relation between pretreatment core beliefs or coping strategies and PTSD outcomes following CBT? 2) Are core beliefs or coping strategies modified following CBT for PTSD? PsycNet, PubMed, Cinahl, Embase, Web of Science, Scopus, Cochrane, ProQuest and EBSCO were systematically searched for the literature published between 1975 and May 2015, for papers including adults with PTSD, CBT for PTSD, and quantitative measures of cognitive schemas or coping strategies. Results, study characteristics and risks of bias were examined for the included studies. The search led to the inclusion of 10 studies. Regarding schemas, the only study included shows that they change positively with psychotherapy and that some of these changes predict changes in symptoms after treatment. Regarding coping, four studies report either positive or negative links between dysfunctional coping strategies and post-treatment symptoms, six studies report a positive change in coping strategies, and one study does not report any change. Although more studies are needed to unequivocally answer the research questions, this systematic review demonstrates the relevance of considering coping strategies, and possibly schemas, in CBT studies in the context of PTSD.

SCHEMAS AND COPING STRATEGIES IN COGNITIVE-BEHAVIORAL
THERAPY FOR PTSD : A SYSTEMATIC REVIEW

ARTICLE PUBLIÉ DANS LE JOURNAL SCIENTIFIQUE *EUROPEAN JOURNAL
OF TRAUMA AND DISSOCIATION / REVUE EUROPÉENNE DU TRAUMA ET DE
LA DISSOCIATION*

Delphine-Émilie Bourdon, B.Sc ^{a, b},

Ghassan El-Baalbaki, Ph.D ^{a, b},

Dominique Girard, B.Sc ^a,

Étienne Lapointe-Blackburn, B.Sc ^b,

Stéphane Guay, Ph.D ^{b, c}.

^a Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada ;

^b Centre d'étude sur le trauma, Institut universitaire en santé mentale de Montréal,
Montréal, Canada ;

^c Département de criminologie, Université de Montréal, Montréal, Canada.

Accepted: New status for your co-authored submission to European Journal of Trauma & Dissociation

European Journal of Trauma & Dissociation <EvisSupport@evise.com>

jeu. 20/09/2018 08:24

À : Bourdon, Delphine-Emilie

Dear Miss Bourdon,

You have been listed as a co-author of the following submission:

Submission no: EJTD_2018_18_R1

Submission title: Schemas and Coping Strategies in Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD: A Systematic Review

Corresponding author: Professor Ghassan El-Baalbaki

Listed co-author(s): Miss Delphine-Émilie Bourdon, Ms Dominique Girard, Mr Étienne Lapointe-Blackburn, Dr Stéphane Guay

We are writing to let you know the status of this submission has changed to Accepted. The link below takes you to a webpage where you can log in to our submission system using your existing Elsevier profile credentials or register to create a new profile. You will then have the opportunity to view the submission status and see reviewer and editor comments once they become available.

Once again, thank you very much for your submission.

European Journal of Trauma & Dissociation



Available online at
ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
 www.em-consulte.com



Review Article

Schemas and coping strategies in cognitive-behavioral therapy for PTSD: A systematic review



Delphine-Émilie Bourdon^{a,b}, Ghassan El-Baalbaki^{a,b,*}, Dominique Girard^a,
 Étienne Lapointe-Blackburn^b, Stéphane Guay^{b,c}

^a Department of psychology, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada

^b Trauma Studies Centre, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Montréal, Canada

^c Department of criminology, Université de Montréal, Montréal, Canada

ARTICLE INFO

Article history:
 Received 18 May 2018
 Received in revised form 16 September 2018
 Accepted 20 September 2018

Keywords:
 Post-traumatic stress disorder
 Cognitive-behavioral therapy
 Coping strategies
 Cognitive schemas
 Adults

ABSTRACT

Introduction. – Although cognitive-behavioral therapy (CBT) is effective in treating post-traumatic stress disorder (PTSD), some clients remain symptomatic after treatment. Some individuals with PTSD may present more severe dysfunctional cognitive schemas and use dysfunctional coping strategies.
Objectives. – The review aims to answer the following questions: 1) Is there a relation between pre-treatment core beliefs or coping strategies and PTSD outcomes following CBT? 2) Are core beliefs or coping strategies modified following CBT for PTSD?
Method. – PsychNet, PubMed, Cinahl, Embase, Web of Science, Scopus, Cochrane, ProQuest and EBSCO were systematically searched for the literature published between 1975 and May 2015, for papers including adults with PTSD, CBT for PTSD, and quantitative measures of cognitive schemas or coping strategies. Results, study characteristics and risks of bias were examined for the included studies.
Results. – The search led to the inclusion of 10 studies. Regarding schemas, the only study included shows that they change positively with psychotherapy and that some of these changes predict changes in symptoms after treatment. Regarding coping, four studies report either positive or negative links between dysfunctional coping strategies and post-treatment symptoms, six studies report a positive change in coping strategies, and one study does not report any change.
Conclusion. – Although more studies are needed to unequivocally answer the research questions, this systematic review demonstrates the relevance of considering coping strategies, and possibly schemas, in CBT studies in the context of PTSD.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Post-traumatic stress disorder (PTSD) can be developed following exposure to an actual or threatened death, serious injuries, or sexual violence, by directly experiencing the traumatic event, witnessing the event, learning that a traumatic event occurred, or experiencing repeated or extreme exposure to aversive details of a traumatic event. PTSD consists of symptoms of intrusion, avoidance, alteration in cognitions or mood, and

alterations in arousal and reactivity (American Psychiatric Association, 2013). Recent work on the conceptualization and treatment of PTSD helped to better define the clinical construct of this disorder. Cognitive-behavioral therapies (CBT) are considered to be effective in the treatment of PTSD and have demonstrated efficacy in reducing other comorbidities and related problems such as depression, anxiety, disability or functional impairment (Cusack et al., 2016). Strategies used in CBT for PTSD generally include imaginal (e.g. the narrative of the trauma) or in vivo exposure, in which an individual is exposed to trauma-related and fear-provoking stimuli (e.g. locations, persons) in order to gradually reduce the distress associated with those triggers. Targeting the modification of dysfunctional thoughts and beliefs by cognitive restructuring is another common strategy in CBT for PTSD.

* Corresponding author: Department of psychology, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888 succursale Centre-ville, Montréal (Québec), Canada.
 E-mail address: el-baalbaki.ghassan@uqam.ca (G. El-Baalbaki).

2.1 Introduction

Post-traumatic stress disorder (PTSD) can be developed following exposure to an actual or threatened death, serious injuries, or sexual violence, by directly experiencing the traumatic event, witnessing the event, learning that a traumatic event occurred, or experiencing repeated or extreme exposure to aversive details of a traumatic event. PTSD consists of symptoms of intrusion, avoidance, alteration in cognitions or mood, and alterations in arousal and reactivity (American Psychiatric Association, 2013). Recent work on the conceptualization and treatment of PTSD helped to better define the clinical construct of this disorder. Cognitive-behavioral therapies (CBT) are considered to be effective in the treatment of PTSD and have demonstrated efficacy in reducing other comorbidities and related problems such as depression, anxiety, disability or functional impairment (Cusack et al., 2016). Strategies used in CBT for PTSD generally include imaginal (e.g.: the narrative of the trauma) or in vivo exposure, in which an individual is exposed to trauma-related and fear-provoking stimuli (e.g.: locations, persons) in order to gradually reduce the distress associated with those triggers. Targeting the modification of dysfunctional thoughts and beliefs by cognitive restructuring is another common strategy in CBT for PTSD. Relaxation or breathing techniques, as well as psychoeducation on PTSD symptoms, on maintenance mechanisms and on strategies used in psychotherapy, are also frequently used by CBT therapists working with trauma victims (Foa, Davidson, & Frances, 1999).

However, for some individuals, therapy gains are limited. CBT success rates based on the percentage of cases no longer diagnosed with PTSD after therapy vary between 46 and 54% when considering dropouts and between 56% and 70% among therapy completers (Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005). The PTSD body of literature indicates that many individual factors might act as potential predictors of

treatment results such as personality (Hembree, Cahill, & Foa, 2004), anger (Lloyd et al., 2014), depression and guilt (Rizvi, Vogt, & Resick, 2009).

Dysfunctional core beliefs might influence the use of particular cognitive and behavioral strategies (Beck, 2005; 2011), which are often viewed as coping strategies. For example, when facing a stressful situation, an individual who views himself as incompetent may think that he will not be able to cope and, as a result, be more likely to avoid stressful situations or thoughts related to it. Similarly, a trauma victim who believes that he is not worthy of attention may tend to isolate himself or use less support seeking strategies. In other words, among other variables such as the trauma and its characteristics, appraisals and trauma-related beliefs, prior dysfunctional core beliefs could be one of the factors that influence the use of some coping strategies following trauma (Ehlers & Clark, 2000). Dunmore, Clark, and Ehlers (1999) found that people with PTSD reported more severe negative beliefs toward the self, others and the world than those without PTSD, both before and after the trauma. Their results also revealed that those with PTSD were more likely to engage in avoidance strategies after the trauma than those without PTSD. Furthermore, Dunmore, Clark, and Ehlers (2001) found evidence suggesting that victims with more pre-trauma negative beliefs and post-trauma avoidance strategies tend to develop enduring PTSD. Young, Klosko, and Weishaar (2003) also emphasize the relevance of assessing coping styles and cognitive schemas in patients. Internalized interactions, with significant others, become part of the individual's schemas and influence their coping style in stressful situations. The reduction of negative beliefs toward self or others may lead to changes in dysfunctional coping strategies such as avoidance, typical of PTSD (Simonelli & Sacchi, 2016).

Core beliefs, as well as cognitive and behavioral coping strategies, may be modified through a CBT for PTSD, but to our knowledge no literature review has clearly addressed this question. Since they are related to psychopathology, in some cases,

dysfunctional core beliefs could influence the maintenance of PTSD symptoms, even after a CBT. Similarly, coping strategies are also linked to the maintenance or remission of PTSD, but current reviews have paid little attention to the influence of those strategies on PTSD treatment outcomes.

2.1.1 Core beliefs, schemas and PTSD

PTSD can affect an individual's cognitions about himself, others and the world (American Psychiatric Association, 2013). Questionnaires were developed to measure trauma-related cognitions (Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999; Janoff-Bulman, 1989; Mechanic & Resick, 1993) and the intensity of these cognitions was found to be reduced as a result of CBT (Diehle, Schmitt, Daams, Boer, & Lindauer, 2014). Negative automatic cognitions, such as trauma-related cognitions, are defined as a superficial level of cognition influenced by cognitive schemas or core beliefs (Riso & McBride, 2007). Therefore, core beliefs or schemas, defined as deeper and more stable cognitive constructions of the self, others and the world, are considered in the present review.

Core beliefs begin to develop in childhood as a result of temperament, life experiences, and interactions with others. When a core belief is activated, an individual perceives his experiences through this belief, which might result in distorted interpretations of reality (Beck, 2011). Aaron Beck described a cognitive schema as “a cognitive structure for screening, coding, and evaluating the stimuli that impinge on the organism” (1967, p. 283). Beck and Beck (1991) developed a questionnaire to measure beliefs associated with personality disorders as defined by the DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). This questionnaire includes statements related to beliefs often associated to particular personality disorders and portrays dysfunctional core belief tendencies.

Inspired by Aaron Beck's schema model, Young, Klosko, and Weishaar defined schemas as "a broad, pervasive theme or pattern comprised of memories, emotions, cognitions, and bodily sensations, regarding oneself and one's relationships with others, developed during childhood or adolescence, elaborated throughout one's lifetime and dysfunctional to a significant degree" (2003, p. 7). The Young Schema Questionnaire assesses eighteen cognitive schemas (Young, 2005b; Young & Brown, 1990, 2003). In sum, several definitions of schemas are available, all stating that cognitive schemas are generalized, enduring and resistant to change, influencing cognition and affect⁶ (Riso & McBride, 2007). Schemas also illustrate, at different levels of dysfunction, pervasive and rigid ways of processing information, influencing affect and behaviors. According to Riso and McBride (2007), schemas play a significant role in the development and persistence of disorders and in treatment resistance, as often seen when working with personality disorders.

Schemas, as viewed by Young, Klosko, and Weishaar (2003), are likely to be more severe in individuals with PTSD. In a descriptive study by Cockram, Drummond, and Lee (2010), seventeen schemas accounted for 22.5% of the variance of the presence of PTSD in a sample of veterans. Moreover, Testa (2011) studied schemas in traumatized individuals with no PTSD history, with PTSD in remission or with a current diagnosis of PTSD. The schema scores (e. g.: defectiveness, insufficient self-control, self-sacrifice, unrelenting standards, abandonment, enmeshment, vulnerability) in the PTSD group were found to be significantly higher than those in the other groups, except for incompetence/inferiority, emotional deprivation, mistrust/abuse, dependency and fear of losing control schema ratings which were not found to be different between the current PTSD and the PTSD in remission group. Weertman, Arntz, Schouten, and Dreessen (2005) found that anxiety and PTSD

⁶ Because of a lack of work for their theoretical or specific scientific distinction, we will refer to schemas or core beliefs interchangeably in the present review.

patients with personality disorders or with personality disorders related beliefs report higher symptom levels after therapy than the individuals with no personality disorders or less personality disorder beliefs. These studies support the relevance of studying the relationship between schemas and PTSD, and the need to further explore the roles of these factors in CBT for PTSD.

2.1.2 Coping strategies, PTSD and PTSD symptoms

Many conceptualizations and definitions of coping exist in the current literature. Ways of coping describe people's behavioral, emotional, and cognitive actions in response to stress (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016). Similarly, Lazarus and Folkman (1984) defined coping as "constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person". At first, the authors defined two types of coping, those of emotion-focused and problem-focused coping (Folkman & Lazarus, 1980). Emotion-focused coping includes strategies like avoidance, minimization, distancing, selective attention, positive comparisons, and wrestling positive value. Problem-focused coping includes cognitive and behavioral problem-solving efforts (Folkman & Lazarus, 1980). Eight subtypes of coping were further defined by factor analyses; confrontive coping, distancing, self-controlling, seeking social support, accepting responsibility, escape-avoidance, effortful/ planful problem-solving and positive reappraisal (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986). Some authors argued that coping strategies are either defined by approach or avoidance (Littleton, Horsley, John, & Nelson, 2007; Snyder & Pulvers, 2001). While approach coping focuses on the stressor itself, avoidance is defined by avoidance of the stressor (e.g.: social withdrawal, disengagement, and minimization).

In an effort to define a comprehensive system for classifying and studying ways of coping, Skinner, Edge, Altman & Sherwood (2003) reviewed and analysed current

coping conceptualisations and studies. Their hierarchical classification includes higher-order adaptive processes in which they identified twelve coping families, as well as coping function in the adaptive process and the actual behaviors/strategies used by the individual to cope. The twelve coping families are the following: problem-solving, information seeking, helplessness (e.g. : actions organized around giving up), escape (e.g. : cognitive or behavioral avoidance), self-reliance (e.g. : self-soothing), support seeking, delegation (e.g. : over-reliance on others), isolation (e.g. : social withdrawal), accommodation (e.g. : positive cognitive restructuring), negotiation (e.g. : defending one's goals, deal-making), submission (e.g. : rumination), and opposition (e.g. : confrontation).

Various studies on different types of trauma have shown that adults with PTSD are significantly more likely to engage in avoidance/escape coping than those without a PTSD diagnosis (Biro, Novović, & Gavrilov, 1997; Johnson, Sheahan, & Chard, 2003; Pietrzak, Harpaz-Rotem, & Southwick, 2011; Reynolds & Brewin, 1998; Tsai, Harpaz-Rotem, Pietrzak, & Southwick, 2012). Individuals with a PTSD diagnosis tend to use more suppression (escape/avoidance) coping and lower replacement coping (problem-solving) in comparison to non-PTSD or anxious individuals (Amir et al., 1997).

Additionally, a meta-analysis by Littleton and her colleagues (2007) revealed that avoidant coping is a predictor of post-traumatic symptoms, depression and general distress. Moreover, in female victims of intimate partner violence, avoidant coping was shown to predict the presence of PTSD over time (Krause, Kaltman, Goodman, & Dutton, 2008). Avoidant coping was also found to be a significant predictor of intrusion symptoms in a sample of motor vehicle accident victims (Bryant & Harvey, 1995). A study of PTSD symptoms in women who were Virginia Tech students at the time of the mass shooting demonstrated that the symptoms predict disengagement coping over time (Littleton, Axsom, & Grills-Tauchel, 2011). Avoidance coping,

emotion-focused coping, and low levels of problem-focused coping were found to be significant predictors of PTSD symptoms in individuals following a terrorist attack (Gil, 2005). Female victims of assault that coped using social withdrawal had more severe PTSD symptoms (Gutner, Rizvi, Monson, & Resick, 2006). Also, when studying the predictive value of acute stress disorder (ASD) on PTSD in victims of violent crimes, Guay, Gravel-Crevier, Boyer, and Marchand (2016) mention that ASD does not systematically turn into PTSD, which might be due to the fact that coping strategies used following the crime, such as seeking social support, may modify their psychological outcomes.

2.1.3 Research questions

In the present article, we sought to systematically review the literature about core beliefs and coping strategies in CBT for PTSD in order to answer the following questions:

- Is there a relation between pretreatment core beliefs or coping strategies and PTSD symptom outcomes following CBT?
- Are core beliefs or coping strategies modified following CBT for PTSD?

2.2 Method

2.2.1 Selection of studies

Two independent research assistants searched PsycNet, PubMed (Medline), Cinahl, Embase, Web of science, Scopus, Cochrane, ProQuest, and EBSCO databases using the following generic query: (“post traumatic stress disorder*” OR “PTSD”) AND (“behavio* therap*” OR “cognitive behavio* therap*” OR “cognitive therap*”) AND

(“coping” OR “belief*” OR “schema*”). To identify other articles that potentially fit the criteria, a manual search was also conducted and the references lists of selected articles and relevant reviews were consulted. Important cognitive-behavioral therapy studies began to emerge in the mid-1970s (Dobson, 2009). Therefore, when possible, search limitations were set to only include records from 1975 to the date of the search (May 12, 2015). We also did an independent search in January 2018 with the same search terms to look for articles released between 2015 and today. One article was retained after this search and added to the present review.

2.2.2 Inclusion/exclusion criteria

Articles in all languages were included in the present review. Participants had to be adults (18 years or older) diagnosed with post-traumatic stress disorder (PTSD). If the study included participants without a PTSD diagnosis, the results had to be presented separately for the variables of interest. Articles had to include CBT (or at least pre-post therapy data) for individuals with PTSD and quantitative data for schemas and/or coping strategies. All types of research designs including a CBT were considered. Thesis, books, chapters, systematic reviews, and meta-analyses were only considered if the variables of interest were mentioned in the abstract. Finally, studies were excluded if the treatment also targeted another disorder, such as alcohol or drug addiction, because CBT treatment protocols are adapted for the specific co-occurring disorder.

Trauma-related cognitions or beliefs were not included in the present review because we aimed to study schemas as deeper and more stable cognitive constructions of the self, others and the world. Coping strategy measures were considered if the goal of the questionnaire was to assess coping or if they considered one or more of the coping strategies listed previously (e.g.: problem-solving, escape/avoidance, support seeking, isolation/social withdrawal, accommodation/cognitive restructuring).

2.2.3 Selection procedure

Two independent investigators reviewed the studies for eligibility, as recommended by Higgins and Green (2008). Two investigators are doctoral students in psychology and one is a research assistant holding a B.Sc. Articles with a title or abstract that contained cues in line with the selection criteria according to one or both investigators were read to determine eligibility. If the assessors disagreed on whether to admit or reject an article, a third investigator reviewed it and discussed it until a consensus was obtained. Data extraction was subsequently accomplished by two independent assessors with the help of a grid developed for the present systematic review. Included papers were also assessed for the risks of bias by two independent assessors, with a tool inspired by the recommendations of Higgins and Green (2008). The assessment process is further described in the results section.

2.3 Results

2,569 records were identified through database searches ($n=2566$) and hand searches ($n=3$); 1,314 records remained after discarding duplicates; 1,249 records were then excluded after title and abstract screening, and 3 were excluded because they could not be found. As a result, 62 articles were retained for a full-text review. After a full review, interrater reliability between the two assessors was 96.72% (60 out of 62); 10 papers were included (all were in English) and 52 were excluded ($n=47$ in English, $n=2$ in Spanish, $n=1$ in German, $n=1$ in Serbian, $n=1$ in Farsi). Most articles were rejected because of the absence of core beliefs or coping measures. The two articles the reviewers disagreed on were reviewed by a third independent investigator and were subsequently rejected (by two of three assessors). The selection process and the reasons for exclusions following full-text review are described in Figure 2.1 and Table 2.1, respectively.

Out of the ten included studies, only one presented results on cognitive schemas while nine investigated coping. Four of these nine studies examined the association between coping strategies and post-treatment PTSD symptom severity, and seven evaluated the changes in coping strategies throughout psychotherapy.

[Insert Figure 2.1](#)

[Insert Table 2.1](#)

2.3.1 Core beliefs/schemas

2.3.1.1 Characteristics of the selected study and assessment of the risk of bias.

The only retained article examined early maladaptive schemas in a treatment study of PTSD (Cockram et al., 2010). Two studies were presented in this article; only the second was included in the present review. This study explored the effect of schema-focused therapy (SFT), a form of cognitive therapy, on PTSD symptoms, other treatment outcomes, and schemas. It included 54 veterans, of which 2 were women and 52 were men, with a mean of age of 52 (SD = 11.1), diagnosed with PTSD with the Clinician administered PTSD scale (Blake et al., 1995). The presence of comorbidities was not assessed. The treatment was delivered both individually and in a group format in a residential program and subsequently in an outpatient setting. In this study, veterans were treated with 190 to 210 hours of SFT. Please refer to Table 2.2 for the main characteristics of the sample as well as results.

[Insert Table 2.2](#)

Risk of bias is shown in Table 2.3. The study did not fulfill all criteria. The risk of selection bias could not be assessed since the participants were not randomized, the control group being retrospective. Bias regarding the blinding of the assessor was qualified as unclear since the measures used were self-report questionnaires. The risk of incomplete outcome data and selective outcome reporting were assessed as low risk, since the attrition was low and all stated outcomes were reported. However, the study was judged to have unclear risk of other bias.

[Insert Table 2.3](#)

2.3.1.2 Changes in schemas and prediction of treatment outcomes.

Cockram et al. (2010) explored the predictive value of schema domains, revealing that changes in the autonomy domain (dependence/ incompetence, vulnerability, enmeshment, and failure schemas) were an important predictor of change in PTSD symptoms as a result of therapy. Changes in the autonomy schemas accounted for 26.3% of the variance of changes in PTSD symptoms. Therefore, changes in

dysfunctional schemas partially predicted treatment outcome in terms of PTSD symptoms⁷.

2.3.1.3 Positive changes in schemas as a result of therapy.

Cockram et al. (2010) used within-subject ANOVAs with Greenhouse-Geisser adjustments, which revealed significant reduction in severity for 17 out of the 18 schemas from pre- to post-treatment, and some up to the 3-month follow-up. Certain schemas showed more improvement than others over time: emotional inhibition, self-sacrifice, entitlement, insufficient self-control, punitiveness, and unrelenting standards. The enmeshment schema was the only one to not change from pre-treatment to follow-up.

2.3.2 Coping strategies

2.3.2.1 Characteristics of selected studies and assessment of the risk of bias.

Of the nine included studies, three were composed of veterans (Badour, Blonigen, Boden, Feldner, & Bonn-Miller, 2012; Boden, Bonn-Miller, Vujanovic, & Drescher, 2012; Rademaker, Vermetten, & Kleber, 2009), two included victims of the 2008 Sichuan earthquake (Zang, Hunt, & Cox, 2013; 2014), one included firefighters (Alghamdi, Hunt, & Thomas, 2015), one was composed of victims of sexual assault (Leiner, Kearns, Jackson, Astin, & Rothbaum, 2012), and two included multiple types of trauma victims (Békés, Beaulieu-Prévost, Guay, Belleville, & Marchand, 2016; Farrants, 2001). Studies with veterans were performed in an inpatient setting. Most studies included a mixed gender sample, except for those by Leiner et al.

⁷ Cockram and colleagues compared this group with a retrospective group of 127 male veterans who received traditional CBT, but changes in schemas were not compared since schemas were not assessed in the latter.

(2012); all-female sample, and by Rademaker et al. (2009); all-male sample. The participants' gender was not clearly stated in the study by Alghamdi et al. (2015). The participants' mean ages varied from 30.4 to 55.7 years old. Comorbidities were addressed in three studies. In one study, 44.3% of the sample was assessed for comorbidities (Boden, Bonn-Miller, et al., 2012), which revealed that some participants also had mood or anxiety disorders, or drug/alcohol dependence. Mood disorder, alcohol/substance use, anxiety or personality disorders were diagnosed in some participants of Rademaker et al. (2009) and depression, dysthymia, anxiety disorders and drug dependence were diagnosed in some participants of Békés et al. (2016). All the selected studies clearly stated their exclusion and inclusion criteria except for Farrants (2001), which included pre-post data from psychologists. Authors also used validated scales to measure coping.

In most selected studies, PTSD was assessed and/or diagnosed using self-report scales (Alghamdi et al., 2015; Boden, Bonn-Miller, et al., 2012; Farrants, 2001; Rademaker et al., 2009; Zang et al., 2013, 2014). Nonetheless, some articles state that the diagnosis was also determined by psychiatrists or the clinical staff (Badour et al., 2012; Rademaker et al., 2009). The Clinician Administered PTSD Scale (CAPS; Blake et al., 1995), a clinical interview, was used to diagnose PTSD in two studies (Békés et al., 2016; Leiner et al., 2012)⁸. Boden, Bonn-Miller, et al. (2012) used a chart review to determine the diagnosis of PTSD and the CAPS was used to confirm the presence of this disorder in 36% of their sample.

As for the coping questionnaires, Alghamdi et al. (2015); Badour et al. (2012); Boden, Bonn-Miller, et al. (2012); and Zang et al. (2014) used certain subscales or the complete Brief COPE (Carver, 1997). Farrants (2001) used the Monitoring and

⁸ For Leiner et al. (2012), this information was reported in the larger study (Rothbaum, Astin, & Marsteller, 2005).

Blunting scale (Miller, 1987), Leiner et al. (2012) used the Coping Strategies Inventory (Tobin et al., 1984), Rademaker et al. (2009) used the Utrecht Coping Scale (Schreurs et al., 1993), Békés et al. (2016) used the Ways of coping scale-short version in French (Bouchard, Sabourin, Lussier, Richer, & Wright, 1995), and Zang et al. (2013) used the Simplified Coping style questionnaire (Xie, 1998).

In the selected studies, CBT or treatment with CBT components was either provided in a group (Badour et al., 2012; Boden, Bonn-Miller, et al., 2012; Rademaker et al., 2009) or an individual format (Alghamdi et al., 2015; Békés et al., 2016; Farrants, 2001; Leiner et al., 2012; Zang et al., 2013, 2014). Studies using a group format provided treatment in a residential setting. Studies that used an individual format also included a wait-list control group or a comparison group, except for two (Békés et al., 2016; Farrants, 2001). See Table 2.4 for a summary of the main characteristics of the studies and results.

[Insert Table 2.4](#)

Risk of bias for each included study regarding coping is shown in Table 2.5. No study fulfilled all criteria. Risk of selection bias was assessed in only 3 out of 9 studies, as six did not include randomization or a control group. Specifically, the risk of bias in sequence generation was rated low risk in 2 out of 9 studies (Alghamdi et al., 2015; Zang et al., 2013), unclear in 1 out of 9 studies (Zang et al., 2014), and allocation concealment was judged as unclear for the 3 studies (Alghamdi et al., 2015; Zang et al., 2013, 2014). The risk of bias regarding blinding, for assessments or treatment, was unclear for 7 out of 9 studies (Alghamdi et al., 2015; Badour et al., 2012; Békés et al., 2016; Boden, Bonn-Miller, et al., 2012; Farrants, 2001; Leiner et al., 2012;

Rademaker et al., 2009), and low in 2 out of 9 studies (Zang et al., 2013, 2014). Also, 8 studies were judged to have a low risk of incomplete outcome data due to attrition (Alghamdi et al., 2015; Badour et al., 2012; Békés et al., 2016; Boden, Bonn-Miller, et al., 2012; Farrants, 2001; Rademaker et al., 2009; Zang et al., 2013; 2014), and 1 was judged as unclear (Leiner et al., 2012). Moreover, only 1 study out of 9 was judged to have a high risk of selective reporting bias (Alghamdi et al., 2015), the others were considered as presenting a low risk. Finally 6 out of 9 studies were judged to have high risk of other bias (Alghamdi et al., 2015; Békés et al., 2016; Farrants, 2001; Rademaker et al., 2009; Zang et al., 2013, 2014) for different reasons such as a small sample size. The others were judged as presenting an unclear risk of other bias.

[Insert Table 2.5](#)

2.3.2.2 Coping strategies and the prediction of treatment outcomes.

Four studies assessed the predictive value of coping. Boden, Bonn-Miller, et al. (2012) assessed the predictive value of the changes in coping strategies on treatment outcomes. While controlling for PTSD severity at intake, changes in both active coping and avoidant coping predicted lower PTSD severity at treatment discharge. That is, changes in one's coping strategies were related to a lower PTSD severity. However, the authors also reported that 36.3 % of participants showed improvements in PTSD symptoms beyond what could be attributable to measurement error. These individuals had greater increases in active coping and decreases in avoidant coping compared to the rest of the sample, showing a positive link between active coping, less avoidant coping, and the reduction of PTSD symptoms.

As for the predictive value of pretreatment coping, using cross-lagged path models Badour et al. (2012) found that avoidance coping is associated with greater severity of PTSD symptoms at discharge, that avoidance coping at treatment discharge was not significantly associated with PTSD severity at follow-up, and also that severity of PTSD symptoms at discharge was associated with avoidance coping at the four-month follow-up. Results by Farrants (2001) point in the same direction, but the author considered specific symptom clusters and did not assess bidirectional links between coping and PTSD severity. Her results showed that by controlling for gender, pretreatment blunting (avoidance) coping correlated negatively with change in intrusion symptoms, and pretreatment monitoring (seeking information) was positively correlated with the degree of improvement in avoidance symptoms.

On the other hand, according to hierarchical linear regressions which control for pretreatment self-reported PTSD symptoms, Leiner et al. (2012) found that more pretreatment avoidant coping predicted fewer PTSD symptoms at post-treatment, explaining 8% of the variance. The authors also found that individuals with more avoidant coping had a greater likelihood of experiencing a clinically significant positive change. The authors explain their results by reporting the possibility of a floor effect and the probable difference between natural recovery and therapy recovery.

2.3.2.3 Changes in coping strategies as a result of therapy.

Some studies show the possible positive influence of CBT on coping strategies. Badour et al. (2012) found that avoidance coping decreased from intake to the 4-month follow-up, specifically from treatment discharge to follow-up, but not from intake to discharge. In Rademaker et al. (2009), the authors used paired t-tests to assess the changes in coping from pre to post-treatment and found improvements in active coping, and social support coping, as well as a decrease in avoidant coping.

Moreover, Zang et al. (2014) found that active coping increased in the NET-R condition (Narrative exposure therapy, revised) with a large effect size⁹, that reframing increased in both NET (Narrative exposure therapy) and NET-R conditions, with moderate and large effect sizes, and that planning increased in the NET condition with a large effect size. Also, self-distraction increased in the NET-R condition with a large effect size, which might be due to some participants reporting that thinking about difficulties was useless, and that “they might as well do other productive things”. Furthermore, religious coping increased in the wait-list condition with a small effect size. Additionally, authors conducted repeated measure ANOVAs for pre and post-treatment and for follow-up which showed time effects for active, reframing and planning coping, therefore demonstrating that some increases in coping were stable at the 3-month follow-up.

Furthermore, Békés et al. (2016) found different Marginal Treatment Effects for women in comparison to men, with regard to the improvement in some coping strategies from pre- to post-treatment. Results show that women used more seeking social support and positive reappraisal, and used less avoidance following treatment. Men improved on positive reappraisal and avoidance, but not on seeking social support coping strategies.

Moreover, Alghamdi et al. (2015) found significant decreases in passive coping from pre to post-treatment in the NET group with a moderate effect size. However, passive coping decreased and active coping increased significantly in the wait-list (WL) group before they received therapy, suggesting a time effect. No significant changes in active coping in the NET group were found, which might be related to a lack of statistical power. A repeated measures ANOVA with post-hoc Bonferroni tests

⁹ Because of the small sample size, the authors calculated Hedge's *g* values for the effect sizes.

showed that the changes in passive coping in both groups, after they received therapy, were not sustained at 3 or 6-month follow-ups.

Moreover, using univariate ANCOVAs that control for pretreatment coping strategies, Zang et al. (2013) found significant between-group differences for post-treatment active coping and passive coping. However, repeated measures ANOVA of time (pre, post, follow-up) X group with post-hoc Bonferroni tests, to account for the small sample size, revealed no significant changes neither in active nor passive coping. The authors conclude that as PTSD symptoms and other outcomes positively changed, coping did not change following the NET, which might be attributable to the brief duration of treatment not allowing for significant or enduring changes in coping strategies and to the coping measure not being sensitive enough to detect small changes in coping strategies. Also, the lack of statistical power might have played a role in these results.

Variations in active or avoidant coping strategies occurred in most participants in the study by Boden, Bonn-Miller, et al. (2012). In fact, mean levels of measures of coping did not change during treatment for both active coping and avoidant coping, but changes (discharge – intake) in active and avoidant coping scores were observed in therapy. Avoidant coping increased for 43.6% of the sample and decreased for 43.6% of the sample, and active coping increased for 47.2% of the participants and 47.8% experienced decreases.

2.3.2.4 Summary of the results regarding changes in coping strategies.

Some studies showed negative changes in coping strategies such as an increase in self-distraction (Zang et al., 2014) while other showed no changes, specifically in active coping (Alghamdi et al., 2015; Zang et al., 2013) or passive coping (Zang et al., 2013). Hence, Békés et al. (2016), found that men showed no significant changes

in seeking social support coping. However, most studies revealed positive changes in coping strategies. Some studies demonstrated the efficacy of CBT by reporting a reduction of avoidance coping (Badour et al., 2012; Békés et al., 2016; Rademaker et al., 2009), temporary reductions of passive coping (Alghamdi et al., 2015), an increase in active coping (Rademaker et al., 2009; Zang et al., 2014), increases in positive reappraisal, reframing or planning (Békés et al., 2016; Zang et al., 2014), and increases in social support coping (Rademaker et al., 2009; Békés et al., 2016 – only for women). Another study showed that individual increases or decreases in active or avoidant coping were possible (Boden, Bonn-Miller, et al., 2012).

2.4 Discussion

The purpose of this systematic review was to investigate the predictive value of coping and schemas on CBT outcomes and to examine the changes in coping and schemas following CBT for PTSD.

2.4.1 The predictive value of schemas and the changes in schemas

A single study is not enough to conclude that schemas change or that this change predicts outcome. This study by Cockram et al. (2010) showed that schemas positively change in veterans with PTSD through SFT and that changes in some schemas predict fewer symptoms at treatment discharge. It does indicate the potential impact that therapy can have on schemas in individuals with PTSD and shows the important relation between change and improved symptom outcome. With that being said, this association between schemas and PTSD symptoms might indicate that dysfunctional schemas are a predisposing factor for PTSD, or that PTSD is likely to worsen pre-existing core beliefs. No study has analyzed the predictive value of schemas at pre-treatment on treatment outcomes. This might be due to the large

number of studies examining the role of trauma-related cognitions or beliefs, a concept specifically related to trauma victims.

2.4.2 The predictive value of coping strategies on treatment outcomes

Although no conclusion can be drawn on the directionality of the predictive relationship of coping on outcomes, results demonstrate the potential influence of pre-treatment coping on PTSD outcomes. One study showed the potential role of changes in avoidant or active coping in the prediction of less severe symptoms at post-treatment (Boden, Bonn-Miller, et al., 2012). Another study revealed that avoidant coping is associated with more severe PTSD symptoms at post-treatment and also that severity of PTSD at discharge is associated with avoidant coping at follow-up (Badour et al., 2012). It was also shown that pretreatment coping might be associated with outcomes in PTSD symptoms; blunting (avoidance) coping was negatively correlated with changes in intrusion symptoms and monitoring (seeking information) coping was positively associated with improvement in avoidance symptoms (Farrants, 2001). Conversely, Leiner et al. (2012) showed that more pretreatment avoidant coping predicted less severe PTSD symptoms at post-treatment. This seems counterintuitive because many PTSD conceptualizations and descriptive studies show that avoidance behavior worsens PTSD symptoms or can act as a maintenance factor. Leiner et al. (2012) suggested the possibility of a floor effect for the psychotherapy, in which individuals who show less avoidance are unlikely to respond to interventions targeting reduction in avoidance since they already use few avoidance strategies. This is somehow surprising since the effect was not found in the other studies. The use of different methods (e.g.: therapeutic strategies or questionnaire used) and populations (e.g.: veterans v. other types) might also help explain the differences found in these results. Taken together, the results of these studies show the complexity of the relationship between coping strategies and PTSD

in CBT. It also highlights the idea that more studies are needed to explore the directionality of the potential effect of coping on treatment results.

2.4.3 Changes in coping strategies as a result of CBT

In summary, most of the included studies found some changes in coping strategies, but the changes seem to occur in different ways and for a varied duration, which might be related to the differences in the types and modalities of treatment or to the considered population (e.g. type of trauma) as well as the differences in the coping measures. Regarding changes in coping strategies as a result of therapy, most included studies addressed the probably positive changes or temporary changes in coping strategies (Alghamdi et al., 2015; Badour et al., 2012; Békés et al., 2016; Rademaker et al., 2009; Zang et al., 2014). In Boden, Bonn-Miller, et al. (2012), the authors did not find significant changes in the coping strategies mean but did find that a switch between active and avoidant coping occurred in a large number of participants, and that those that improved the most had a higher increase in active coping and decrease in avoidant coping. Békés et al. (2016) found significant changes in seeking social support, but only in women. Finally, Zang et al. (2013) found no significant changes in active or passive coping strategies as a result of treatment, but this might be due to a lack of statistical power. Also, it is difficult to draw conclusions given that some studies (Badour et al., 2012; Békés et al., 2016; Boden, Bonn-Miller, et al., 2012; Farrants, 2001; Rademaker et al., 2009) did not include a control group. Some outcomes may vary partly as a function of time, therefore the use of control groups would help to clearly define the role of therapy in observed coping changes.

2.4.4 Limitations of the studies

As for the characteristics of the retained studies, some methodological issues limit what conclusions can be drawn. As reported in the assessment of the risks of bias that

can be seen in Table 2.3 and 2.5, the included studies present some risks of bias for some criteria, and most papers were judged to present an unclear risk of bias for at least one criterion. For example, some studies had relatively small samples, some considered self-report questionnaires as diagnostic instruments for PTSD or relied solely upon them to assess the evolution of coping or schemas throughout the treatment, and others did not have a comparison or wait-list group to compare the variables of interest. The lack of uniformity of coping measures also deserves criticism, as it is more difficult to compare the results obtained. Also, underreporting of some important factors was observed. The lack of reporting of conflicts of interest represents a problem regarding the possibility of bias. The missing details regarding the presence of PTSD or the absence of information regarding therapy led to the rejection of possibly relevant studies.

Moreover, the treatment modalities in the retained studies (narrative exposure therapy, group CBT, individual CBT, CBT components with other interventions) as well as the length of therapy varied greatly (some were accomplished in residential treatment programs of about 2 to 21 months, and others held four to twenty-four sessions varying from 60 to 120 minutes), making it harder to account for the relationships between coping and treatment variables. In addition, few studies considered long term impacts of the psychotherapy on changes or improvements in coping strategies, as well as long term data of the potential influence of schemas or coping strategies on treatment outcomes. Studies with more follow-up data remain important in drawing definite conclusions.

2.5 Conclusion

This review clearly shows that there is a lack of studies that address cognitive schemas or core beliefs, beyond a trauma-related construct, in CBT for PTSD. It is

impossible to conclude based on one study whether schemas predict outcome or if they change as a result of therapy. The nine included studies that assess coping attest to the relevance of considering coping strategies in treatment studies for PTSD. Considering that there are few studies that explicitly address the impact of coping on outcome in CBT for PTSD, it is difficult to determine what the impact of coping strategies is on treatment outcomes for PTSD. Some studies demonstrate the possible impact of CBT for PTSD on coping strategies, but the reported changes are not consistent across the studies. Finally, although results varied between studies, the majority underline some positive changes in coping strategies as a result of treatment.

2.5.1 Strengths, limitations and future research

The systematic screening process constitutes one of the strengths of this review. Independent judges searched, screened and assessed the articles, as recommended by Higgins and Green (2008). The risks of bias were also assessed by two independent assessors. Moreover, some of the characteristics of the included articles constitute another strength, as the questionnaires used to assess schemas or coping scales were validated. However, there are also limitations to be considered. First, the small number of studies limits the generalizability of the conclusion. Participants in the included studies were veterans, victims of assault, traumatised firefighters, victims of an earthquake, and victims of other types of trauma. The small number of studies that address each type of trauma limits the conclusions that can be drawn regarding all individuals with these particular types of trauma and all individuals with PTSD. Other types of trauma could not be investigated in this review because of the lack of studies that address coping or schemas in CBT for individuals with a PTSD diagnosis. Secondly, gray literature was not considered and publication bias was not assessed in the present study.

For future CBT for PTSD research, it would be relevant to include measures of core beliefs and coping strategies while clearly identifying the presence of PTSD by using structured clinical interviews to conduct the diagnostic assessment. Characteristics of the selected sample should be more detailed and should include the gender of participants, for example. Studies with larger sample sizes and follow-up assessments are also needed. The use of a control group would help to clearly identify the impact of CBT on schemas and coping strategies. As this review suggests, to expand our knowledge on cognitive and behavioral factors that impact therapy or that change as a result of therapy, the roles of schemas and coping in CBT for PTSD need to be clarified in future research.

ACKNOWLEDGMENTS

We would like to thank Dr Vedrana Ikic, Ph. D, for her assistance in the data extraction for an article in Serbian, and Maude Payer for her help in the assessment of the risk of bias.

REFERENCES

- Adessky, R. S., & Freedman, S. A. (2005). Treating survivors of terrorism while adversity continues. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 10(1/2), 443-454. https://doi.org/10.1300/J146v10n01_03
- Alghamdi, M., Hunt, N., & Thomas, S. (2015). The effectiveness of Narrative Exposure Therapy with traumatised firefighters in Saudi Arabia: A randomized controlled study. *Behaviour Research & Therapy*, 66, 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.01.008>
- Alliger-Horn, C., Mitte, K., & Zimmermann, P. (2014). An evaluation of cognitive-behavioural in-patient group therapy for German soldiers suffering from deployment-related mental illness. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 62(3), 183-190. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000194>
- Alvarez, J., McLean, C., Harris, A. H., Rosen, C. S., Ruzek, J. I., & Kimerling, R. (2011). The comparative effectiveness of cognitive processing therapy for male veterans treated in a VHA posttraumatic stress disorder residential rehabilitation program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 590-599. <https://doi.org/10.1037/a0024466>
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.)*. Arlington, VA, US: Author.
- Amir, M., Kaplan, Z., Efroni, R., Levine, Y., Benjamin, J., & Kotler, M. (1997). Coping styles in post-traumatic stress disorder (PTSD) patients. *Personality and Individual Differences*, 23(3), 399-405. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)80005-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)80005-0)
- Badour, C. L., Blonigen, D. M., Boden, M. T., Feldner, M. T., & Bonn-Miller, M. O. (2012). A longitudinal test of the bi-directional relations between avoidance coping and PTSD severity during and after PTSD treatment. *Behaviour Research & Therapy*, 50(10), 610-616. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.06.006>

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*: Hoeber Medical Division, Harper & Row.
- Beck, A. T., & Beck, J. S. (1991). *The Personality Belief Questionnaire. Unpublished assessment instrument*. Bala Cynwyd, PA: The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
- Beck (2005). *Cognitive Therapy for Challenging Problems: What to Do When the Basics Don't Work*: Guilford Publications, New York, NY, US: Guilford Publications.
- Beck (2011). *Cognitive Behavior Therapy, Second Edition: Basics and Beyond*. New York, NY, US: Guilford Publications.
- Békés, V., Beaulieu-Prévost, D., Guay, S., Belleville, G., & Marchand, A. (2016). Women with PTSD benefit more from psychotherapy than men. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(6), 720-727. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000122>
- Biro, M., Novović, Z., & Gavrilov, V. (1997). Coping strategies in PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 365-369. <https://doi.org/10.1017/S1352465800018762>
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75-90. <https://doi.org/10.1002/jts.2490080106>
- Boden, M. T., Bonn-Miller, M. O., Vujanovic, A. A., & Drescher, K. D. (2012). A prospective investigation of changes in avoidant and active coping and posttraumatic stress disorder symptoms among military Veteran. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(4), 433-439. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9293-6>
- Boden, M. T., Kimerling, R., Jacobs-Lentz, J., Bowman, D., Weaver, C., Carney, D., . . . Trafton, J. A. (2012). Seeking Safety treatment for male veterans with a substance use disorder and post-traumatic stress disorder symptomatology. *Addiction*, 107(3), 578-586. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03658.x>

- Boos, A., Scheifling-Hirschbil, I., & Rüdell, H. (1999). Evaluation of an inpatient therapy group 'recovery from trauma' within the psychosomatic treatment and rehabilitation of patients with chronic PTSD. *Verhaltenstherapie*, 9(4), 200-210. <https://doi.org/10.1159/000030701>
- Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Richer, C., & Wright, J. (1995). The nature of coping strategies in marital relationships: A brief version of the Ways of Coping Questionnaire (WCQ). *Canadian Journal of Behavioural Science*, 27, 371-377. <http://dx.doi.org/10.1037/0008-400X.27.3.371>
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 214-227. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>
- Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (1995). Avoidant coping style and post-traumatic stress following motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 33(6), 631-635. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00093-Y](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(94)00093-Y)
- Bryant, R. A., Mastrodomenico, J., Hopwood, S., Kenny, L., Cahill, C., Kandris, E., & Taylor, K. (2013). Augmenting cognitive behaviour therapy for post-traumatic stress disorder with emotion tolerance training: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 43(10), 2153-2160. <https://doi.org/10.1017/s0033291713000068>
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Mastrodomenico, J., Hopwood, S., Felmingham, K. L., & Nixon, R. D. V. (2007). Who drops out of treatment for post-traumatic stress disorder? *Clinical Psychologist*, 11(1), 13-15. <http://dx.doi.org/10.1080/13284200601178128>
- Carbone, D. J. (2008). Treatment of gay men for Post-Traumatic Stress Disorder resulting from social ostracism and ridicule: Cognitive behavior therapy and eye movement desensitization and reprocessing approaches. *Archives of Sexual Behavior*, 37(2), 305-316. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9239-3>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

- Cavić, T., Lecić-Tosevski, D., & Pejović, M. (2008). Post-traumatic stress disorder and coping strategies in psychotraumitized refugees. *Medicinski pregleđ*, 61(1-2), 11-15. <https://doi.org/10.2298/MPNS0802011C>
- Cockram, D. M., Drummond, P. D., & Lee, C. W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(3), 165-182. <https://doi.org/10.1002/cpp.690>
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., . . . Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128-141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>
- Decorral, P., Echeburua, E., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (1995). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrès postraumatico agudo en victimas de agresiones sexuales: un estudio piloto [Cognitive-behavioral treatment of acute posttraumatic-stress-disorder in victims of sexual aggressions - A Pilot Study]. *Behavioral Psychology-Psicologia Conductual*, 3(2), 195-210.
- Diehle, J., Schmitt, K., Daams, J. G., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2014). Effects of psychotherapy on trauma-related cognitions in posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 27(3), 257-264. <https://doi.org/10.1002/jts.21924>
- Dobson, K. S. (2009). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York, NY: Guilford Press.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault (English). *Behaviour Research and Therapy*, 37(9), 809-829. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00181-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00181-8)
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research & Therapy*, 39(9), 1063-1084. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00088-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00088-7)

- Echeburúa, E., Decorrall, P., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto [Cognitive-behavioral treatment of chronic post-traumatic stress disorder in victims of domestic violence: a pilot study]. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22(85), 627-654.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0)
- Farrants, J. (2001). *Working with trauma: interpersonal and process issues in therapy for people suffering from the effects of traumatic experience*. (U221668 D.Psych.), The City University (London) (United Kingdom), Ann Arbor. ProQuest Dissertations & Theses Global database.
- Fecteau, G. W. (1999). *Treatment of posttraumatic stress reactions to traffic accidents*. (NQ46291 Ph.D.), The University of New Brunswick (Canada), Ann Arbor. ProQuest Dissertations & Theses Full Text; ProQuest Dissertations & Theses Global database.
- Foa, E. B., Davidson, J., & Frances, A. (1999). The expert consensus guideline series: Treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(supplement 16), 4-76.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303-314. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.303>
- Foa, E. B., & Rauch, S. A. M. (2004). Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 879-884. <https://10.1037/0022-006X.72.5.879>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239. <http://dx.doi.org/10.2307/2136617>

- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>
- Ford, J. D., Steinberg, K. L., & Zhang, W. (2011). A randomized clinical trial comparing affect regulation and social problem-solving psychotherapies for mothers with victimization-related PTSD. *Behavior Therapy*, 42(4), 560-578. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.12.005>
- Gil, S. (2005). Coping style in predicting posttraumatic stress disorder among Israeli students. *Anxiety, Stress, & Coping*, 18(4), 351-359. <https://doi.org/10.1080/10615800500392732>
- Gottlieb, J. D., Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Xie, H., & Wolfe, R. S. (2011). Psychotic depression, posttraumatic stress disorder, and engagement in cognitive-behavioral therapy within an outpatient sample of adults with serious mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 52(1), 41-49. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.04.012>
- Guay, S., Gravel-Crevier, M., Boyer, R., & Marchand, A. (2016). *Acute Stress Disorder Diagnosis, Clusters, and Symptoms as Predictors of Posttraumatic Stress Disorder, and Gender Differences in Victims of Violent Crimes*. In G. El-Baalbaki & C. Fortin (Eds.), *A Multidimensional Approach to Post-Traumatic Stress Disorder - from Theory to Practice*: InTech. Retrieved from <https://www.intechopen.com/books/a-multidimensional-approach-to-post-traumatic-stress-disorder-from-theory-to-practice/acute-stress-disorder-diagnosis-clusters-and-symptoms-as-predictors-of-posttraumatic-stress-disorders>. <http://doi.org/10.5772/64900>
- Gutner, C. A., Rizvi, S. L., Monson, C. M., & Resick, P. A. (2006). Changes in coping strategies, relationship to the perpetrator, and posttraumatic distress in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 813-823. <https://doi.org/10.1002/jts.20158>
- Hembree, E. A., Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2004). Impact of personality disorders on treatment outcome for female assault survivors with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 117-127. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.117.32767>

- Hettiarachchi, M. (2007). Brief intervention for post traumatic stress disorder with combined use of cognitive behaviour therapy and eye movement desensitisation reprocessing. *AeJAMH (Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health)*, 6(1), 1-5. <https://doi.org/10.5172/jamh.6.1.36>
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (2008). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. England: Cochrane Collaboration and John Wiley & Sons Ltd.
- Hyer, L., Swanson, G., Lefkowitz, R., Hillesland, D., Davis, H., & Woods, M. (1990). The application of the cognitive behavioral model to two older stressor groups. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 9(3-4), 145-190. https://doi.org/10.1300/J018v09n03_10
- Hyland, P., Shevlin, M., Adamson, G., & Boduszek, D. (2015). Irrational beliefs in posttraumatic stress responses: A rational emotive behavior therapy approach. *Journal of Loss and Trauma*, 20(2), 171-188. <https://doi.org/10.1080/15325024.2013.839772>
- Iverson, K. M., King, M. W., Cunningham, K. C., & Resick, P. A. (2015). Rape survivors' trauma-related beliefs before and after cognitive processing therapy: Associations with PTSD and depression symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 66, 49-55. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.01.002>
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7(2), 113-136. <https://doi.org/10.1521/soco.1989.7.2.113>
- Jensen, J. A. (1994). An investigation of eye movement desensitization and reprocessing (EMD/R) as a treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 25(2), 311-325. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80290-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80290-4)
- Johnson, D. M., Sheahan, T. C., & Chard, K. M. (2003). Personality disorders, coping strategies, and posttraumatic stress disorder in women with histories of childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(2), 19-39. https://doi.org/10.1300/J070v12n02_02

- Kazemi, A. S., Banijamali, S. A., Ahadi, H., & Farrokhi, N. (2012). Evaluation of effectiveness of training cognitive behavioral strategies in the secondary traumatic stress disorder (STSD) symptoms and psychological problems among devotees' wives with chronic PTSD due to war [Farsi]. *Medical Sciences Journal of Islamic Azad University Tehran Medical Branch*, 22(2), 122-129.
- Krause, E. D., Kaltman, S., Goodman, L. A., & Dutton, M. A. (2008). Avoidant coping and PTSD symptoms related to domestic violence exposure: A longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 83-90. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20288>
- Kubany, E. S., Hill, E. E., & Owens, J. A. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress*, 16(1), 81-91. <https://doi.org/10.1023/A:1022019629803>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Leiner, A. S., Kearns, M. C., Jackson, J. L., Astin, M. C., & Rothbaum, B. O. (2012). Avoidant coping and treatment outcome in rape-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), 317-321. <https://doi.org/10.1037/a0026814>
- Levitt, J. T., Malta, L. S., Martin, A., Davis, L., & Cloitre, M. (2007). The flexible application of a manualized treatment for PTSD symptoms and functional impairment related to the 9/11 World Trade Center attack. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1419-1433. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.004>
- Liedl, A., Mueller, J., Morina, N., Karl, A., Denke, C., & Knaevelsrud, C. (2011). Physical Activity within a CBT Intervention Improves Coping with Pain in Traumatized Refugees: Results of a Randomized Controlled Design. *Pain Medicine*, 12(2), 234-245. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1526-4637.2010.01040.x>
- Littleton, H., Axsom, D., & Grills-Tauechel, A. E. (2011). Longitudinal evaluation of the relationship between maladaptive trauma coping and distress: examination following the mass shooting at Virginia Tech. *Anxiety, stress, and coping*, 24(3), 273-290. <http://dx.doi.org/10.1080/10615806.2010.500722>

- Littleton, H., Horsley, S., John, S., & Nelson, D. V. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 977-988. <https://doi.org/10.1002/jts.20276>
- Livanou, M., Baosglu, M., Marks, I. M., De Silva, P., Noshirvani, H., Lovell, K., & Thrasher, S. (2002). Beliefs, sense of control and treatment outcome in post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 32(1), 157-165. <https://doi.org/10.1017/s0033291701004767>
- Lloyd, D., Nixon, R. D. V., Varker, T., Elliott, P., Perry, D., Bryant, R. A., . . . Forbes, D. (2014). Comorbidity in the prediction of cognitive processing therapy treatment outcomes for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 237-240. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.002>
- Lynch, S. M., Heath, N. M., Mathews, K. C., & Cepeda, G. J. (2012). Seeking Safety: An intervention for trauma-exposed incarcerated women? *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(1), 88-101. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.608780>
- Maclin, V. L. (2012). Jasmine's changes through schema focused therapy. *Journal of Psychology and Christianity*, 31(1), 78-83.
- Magwaza, A. S. (1999). Assumptive world of traumatized South African adults. *Journal of Social Psychology*, 139(5), 622-630. <https://doi.org/10.1080/00224549909598422>
- Malta, L. S., Levitt, J. T., Martin, A., Davis, L., & Cloitre, M. (2009). Correlates of functional impairment in treatment-seeking survivors of mass terrorism. *Behavior Therapy*, 40(1), 39-49. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.12.007>
- McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., . . . Descamps, M. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 515-524. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.3.515>

- Mechanic, M. M., & Resick, P. A. (1993). *The Personal Beliefs and Reactions Scale: Assessing Rape-Related Cognitive Schemata*. Paper presented at the Paper presented at the 9th Annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, Texas.
- Miller, S. M. (1987). Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(2), 345-353. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.2.345>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Mueser, K. T., Bolton, E. E., Carty, P. C., Bradley, M. J., Ahlgren, K. F., Distaso, D. R., . . . Liddell, C. (2007). The trauma recovery group: A cognitive-behavioral program for post-traumatic stress disorder in persons with severe mental illness. *Community mental health journal*, 43(3), 281-304. <https://doi.org/10.1007/s10597-006-9075-2>
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Xie, H., Jankowski, K. M., Bolton, E. E., Lu, W., . . . Wolfe, R. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for Posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 259-271. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.259>
- Najavits, L. M., & Johnson, K. M. (2014). Pilot study of Creating Change, a new past-focused model for PTSD and substance abuse. *The American Journal on Addictions*, 23(5), 415-422. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1521-0391.2014.12127.x>
- Najavits, L. M., Schmitz, M., Gotthardt, S., & Weiss, R. D. (2005). Seeking safety plus exposure therapy: An outcome study on dual diagnosis men. *Journal of Psychoactive Drugs*, 37(4), 425-435. <https://doi.org/10.1080/02791072.2005.10399816>
- Nixon, R. D. V., & Kling, L. W. (2009). Treatment of adult post-traumatic stress disorder using a future-oriented writing therapy approach. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 2(4), 243-255. <https://doi.org/10.1017/s1754470x09990171>

- Oflaz, F., Hatipoğlu, S., & Aydin, H. (2008). Effectiveness of psychoeducation intervention on post-traumatic stress disorder and coping styles of earthquake survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 17(5), 677-687. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02047.x>
- Opdyke, D. C. (1995). *Clinical efficacy of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of posttraumatic stress disorder*. (9608510 Ph.D.), Georgia State University, Ann Arbor. ProQuest Dissertations & Theses Full Text; ProQuest Dissertations & Theses Global database.
- Owens, G. P., Pike, J. L., & Chard, K. M. (2001). Treatment effects of cognitive processing therapy on cognitive distortions of female child sexual abuse survivors. *Behavior Therapy*, 32(3), 413-424. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(01\)80028-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(01)80028-9)
- Paunović, N. (2011). Exposure inhibition therapy as a treatment for chronic posttraumatic stress disorder: A controlled pilot study. *Psychology*, 2(6), 605-614. <https://doi.org/10.4236/psych.2011.26093>
- Paunovic, N., & Öst, L.-G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*, 39(10), 1183-1197. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00093-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00093-0)
- Pietrzak, R. H., Harpaz-Rotem, I., & Southwick, S. M. (2011). Cognitive-behavioral coping strategies associated with combat-related PTSD in treatment-seeking OEF-OIF Veterans. *Psychiatry Research*, 189(2), 251-258. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.07.019>
- Rademaker, A. R., Vermetten, E., & Kleber, R. J. (2009). Multimodal exposure-based group treatment for peacekeepers with PTSD: A preliminary evaluation. *Military Psychology* (Taylor & Francis Ltd), 21(4), 482-496. <https://doi.org/10.1080/08995600903206420>
- Resick, P. A., Galovski, T. E., O'Brien Uhlmansiek, M., Scher, C. D., Clum, G. A., & Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 243-258. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.2.243>

- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 748-756. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.60.5.748>
- Reynolds, M., & Brewin, C. R. (1998). Intrusive cognitions, coping strategies and emotional responses in depression, post-traumatic stress disorder and a non-clinical population. *Behaviour Research & Therapy*, 36(2), 135-147. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00013-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00013-8)
- Riso, L. P., & McBride, C. (2007). *Introduction: A return to a focus on cognitive schemas*. In L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein, & J. E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. 3-9). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Rizvi, S. L., Vogt, D. S., & Resick, P. A. (2009). Cognitive and affective predictors of treatment outcome in cognitive processing therapy and prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47(9), 737-743. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.06.003>
- Rothbaum, B. O., Astin, M. C., & Marsteller, F. (2005). Prolonged Exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 607-616. <https://doi.org/10.1002/jts.20069>
- Schreurs, P. J. G., Willige, G., van de Brosschot, J. F., Tellegen, B., & Graus, G. M. H. (1993). *Herziene handleiding UCL [Revised manual of the UCL]*. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Sharp, J., & Espie, C. A. (2004). Brief Exposure Therapy for the Relief of Posttraumatic Stress Disorder: A Single Case Experimental Design. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32(3), 365-369. <https://doi.org/10.1017/S1352465804001444>
- Simonelli, A., & Sacchi, C. (2016). *Childhood Traumatic Experiences and Post-Traumatic Stress Disorder in Female Adults: Which is the Role Played by Romantic Attachment?* In G. El-Baalbaki & C. Fortin (Eds.), *A Multidimensional Approach to Post-Traumatic Stress Disorder - from Theory to Practice*: InTech. Retrieved from <http://www.intechopen.com/books/a-multidimensional-approach-to-post-traumatic-stress-disorder-from-theory-to->

[practice/childhood-traumatic-experiences-and-post-traumatic-stress-disorder-in-female-adults-which-is-the-rol . http://doi.org/10.5772/65367](http://doi.org/10.5772/65367)

- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2016). *Ways and Families of Coping as Adaptive Processes*. The Development of Coping: Springer, Cham.
- Smith, A. D. (2013). Residential treatment for combat stress: A comprehensive approach. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94 (10), e61-e62.
- Snyder, C. R., & Pulvers, K. M. (2001). *Dr. Seuss, the coping machine, and "Oh, the Places You'll Go."*. In C. R. Snyder (Ed.), *Coping with stress: Effective people and processes* (pp. 3-29). Oxford: Oxford University Press.
- Testa, S. M. (2011). *The shaping of vulnerability factors including core cognitive beliefs and their subsequent role in posttraumatic stress disorder and general clinical psychopathology*. (71), ProQuest Information & Learning, US.
- Tiet, Q. Q., Rosen, C., Cavella, S., Moos, R. H., Finney, J. W., & Yesavage, J. (2006). Coping, symptoms, and functioning outcomes of patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 799-811. <https://doi.org/10.1002/jts.20185>
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., & Reynolds, R. (1984). *User's manual for the Coping Strategies Inventory*. Athens, OH: Ohio University, Department of Psychology.
- Tsai, J., Harpaz-Rotem, I., Pietrzak, R. H., & Southwick, S. M. (2012). The role of coping, resilience, and social support in mediating the relation between PTSD and social functioning in veterans returning from Iraq and Afghanistan. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 75(2), 135-149. <https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.2.135>
- Twohig, M. P. (2009). Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant posttraumatic stress disorder: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 243-252. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.10.002>

- Tworus, R., Szymanska, S., & Ilnicki, S. (2010). A soldier suffering from PTSD, treated by controlled stress exposition using virtual reality and behavioral training. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 103-107. <https://doi.org/10.1089/cyber.2009.0329>
- Vangoda, K. L. (2002). *Posttraumatic stress disorder and use of cognitive behavioral coping skills: Before and after a residential treatment program*. (62), ProQuest Information & Learning, US.
- Weertman, A., Arntz, A., Schouten, E., & Dreessen, L. (2005). Influences of beliefs and personality disorders on treatment outcome in anxiety patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 936-944. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.5.936>
- Wu, K. K., Li, F. W., & Cho, V. W. (2014). A randomized controlled trial of the effectiveness of brief-CBT for patients with symptoms of posttraumatic stress following a motor vehicle crash. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(1), 31-47. <https://doi.org/10.1017/s1352465812000859>
- Xie, Y. (1998). Reliability and validity of the simplified coping style questionnaire. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 6, 114-115.
- Young, J. E. (2005a). Schema-Focused Cognitive Therapy and the Case of Ms. S. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(1), 115-126. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.15.1.115>
- Young, J. E. (2005b). *Young Schema Questionnaire-Short Form 3 (YSQ-S3)*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., & Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E., & Brown, G. (2003). *Young Schema Questionnaire-L3a*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.

- Zang, Y., Hunt, N., & Cox, T. (2013). A randomised controlled pilot study: the effectiveness of narrative exposure therapy with adult survivors of the Sichuan earthquake. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-41>
- Zang, Y., Hunt, N., & Cox, T. (2014). Adapting narrative exposure therapy for Chinese earthquake survivors: a pilot randomised controlled feasibility study. *BMC Psychiatry*, 14, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0262-3>
- Zappert, L. N., & Westrup, D. (2008). Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in a residential treatment setting. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(3), 361-376. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.3.361>
- Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Eftekhari, A., & Foa, E. B. (2011). Changes in negative beliefs following three brief programs for facilitating recovery after assault. *Depression and Anxiety*, 28(7), 532-540. <https://doi.org/10.1002/da.20847>

Tables

Table 2.1

Rejected articles after full-text review: reasons for rejection

Authors and year	Language	Coping or schemas measures	Reasons for rejection
Adessky and Freedman (2005)	English	No	Literature review and case example. No measures of core beliefs/schemas or coping strategies.
Alliger-Horn, Mitte, and Zimmermann (2014)	English	No	No measures of core beliefs/schemas or coping strategies. Not all diagnosed with PTSD. Description of a treatment; no treatment results.
Alvarez et al. (2011)	English	Yes (coping)	According to the authors, the PTSD diagnosis was not clearly assessed.
Boden, Kimerling, Jacobs-Lentz, Bowman, Weaver, Carney, et al. (2012)	English	Yes (coping)	PTSD symptoms. Not exclusively a PTSD treatment (SUD and PTSD treatment: Seeking safety).
Boos, Scheiffling-Hirschbil, and Rüddel (1999)	German	No	No measures of core beliefs/schemas (trauma-related cognitions) or coping strategies.
Bryant et al. (2013)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (trauma-related cognitions) or coping strategies.
Bryant et al. (2007)	English	No	No measures of schemas (measures of appraisals of personal or external events as dangerous) or coping strategies.
Carbone (2008)	English	Yes (coping)	Description of assessment, treatment and coping strategies in clients. No outcome data on coping strategies.
Cavić, Lecić-Tosevski, and Pejović (2008)	Serbian	Yes (coping)	PTSD diagnosis not mentioned in the article.

Decorral, Echeburúa, Sarasua, and Zubizarreta (1995)	Spanish	No	No measures of core beliefs/schemas or coping strategies.
Echeburúa, Decorral, Sarasua, and Zubizarreta (1996)	Spanish	No	No measures of core beliefs/schemas or coping strategies.
Fecteau (1999)	English	Yes (coping)	Coping strategies measured, but only as a predictor of pretreatment PTSD severity.
Foa and Rauch (2004)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (trauma-related cognitions) or coping strategies.
Ford, Steinberg, and Zhang (2011)	English	Yes (coping)	PTSD symptoms or PTSD; non-separated results.
Gottlieb, Mueser, Rosenberg, Xie, and Wolfe (2011)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (trauma-related cognitions) or coping strategies.
Hettiarachchi (2007)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (assessment of the appropriateness of cognitions) or coping strategies.
Hyer et al. (1990)	English	Yes (schemas)	No quantitative data regarding pre-post results on beliefs were available.
Hyland, Shevlin, Adamson, and Boduszek (2015)	English	Yes (coping)	PTSD symptoms. No treatment.
Iverson, King, Cunningham, and Resick (2015)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (trauma-related cognitions) or coping strategies.
Jensen (1994)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (assessment of the appropriateness of cognitions) or coping strategies.
Kazemi, Banijamali, Ahadi, and Farrokhi (2012)	Farsi	No	No measures of core beliefs/schemas (measures of dysfunctional attitudes and automatic thoughts) or coping strategies. No clear PTSD diagnosis.

Kubany, Hill, and Owens (2003)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (guilt and cognitive and emotional aspects of guilt associated with traumatic events) or coping strategies.
Levitt, Malta, Martin, Davis, and Cloitre (2007)	English	Yes (coping)	No clear PTSD diagnosis.
Liedl et al. (2011)	English	No	No measures of core beliefs/schemas or coping strategies (measure of cognitive and behavioral coping strategies used to cope with pain).
Livanou et al. (2002)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (ratings of self, others, authorities and neutral words) or coping strategies.
Lynch, Heath, Mathews, and Cepeda (2012)	English	Yes (coping)	Presence of PTSD not clearly stated. Not exclusively a PTSD treatment (SUD and PTSD treatment: Seeking safety).
Maclin (2012)	English	Yes (schemas)	No quantitative data.
Magwaza (1999)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (trauma-related cognitions) or coping strategies. No treatment.
Malta, Levitt, Martin, Davis, and Cloitre (2009)	English	No	No measures of core beliefs/schemas or coping strategies. No PTSD diagnosis (PTSD symptoms).
McDonagh et al. (2005)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (trauma-related cognitions) or coping strategies.
Mueser et al. (2007)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (trauma-related cognitions) or coping strategies.
Mueser et al. (2008)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (trauma-related cognitions) or coping strategies.
Najavits and Johnson (2014)	English	Yes (coping)	Not exclusively a PTSD treatment (SUD and PTSD treatment: Creating Change).
Najavits, Schmitz, Gotthardt, and Weiss (2005)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (trauma-related cognitions) or coping strategies. Not exclusively a PTSD treatment (SUD and PTSD treatment: Seeking Safety).

Nixon and Kling (2009)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (trauma-related cognitions) or coping strategies.
Oflaz, Hatipoğlu, and Aydin (2008)	English	Yes (coping)	Not a cognitive-behavioral conceptualization.
Opdyke (1995)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (assessment of the appropriateness of cognitions) or coping strategies.
Owens, Pike, and Chard (2001)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (trauma-related cognitions) or coping strategies.
Paunović (2011)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (trauma-related cognitions) or coping strategies (perception of efficacy of coping; coping self-efficacy).
Paunovic and Öst (2001)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (trauma-related cognitions) or coping strategies.
Resick et al. (2008)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (trauma-related cognitions, as well as guilt and cognitive and emotional aspects of guilt associated with traumatic events) or coping strategies.
Resick and Schnicke (1992)	English	No	No measures of core beliefs/schemas or coping strategies. Two women with no PTSD diagnosis.
Sharp and Espie (2004)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (trauma-related beliefs in connection with responsibility) or coping strategies. No quantitative data.
Smith (2013)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (trauma-related cognitions) or coping strategies.
Tiet et al. (2006)	English	Yes (coping)	No information regarding whether all participants received treatment between pre and post-test.
Twohig (2009)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (trauma-related cognitions) or coping strategies.
Tworus, Szymanska, and Ilnicki (2010)	English	Yes (coping)	No qualitative and quantitative data is available on coping outcomes.
Vangoda (2002)	English	No	The coping scale used does not assess coping strategies, but improvement made in therapy.

Wu, Li, and Cho (2014)	English	No	No measures of core beliefs/schemas or coping strategies. PTSD symptoms, no diagnosis.
Young (2005a)	English	Yes (schemas)	No quantitative data.
Zappert and Westrup (2008)	English	No	No measures of core beliefs/schemas or coping strategies.
Zoellner, Feeny, Eftekhari, and Foa (2011)	English	No	No measures of core beliefs/schemas (trauma-related cognitions) or coping strategies.

Notes. CBT = Cognitive-behavioral therapy; SUD = substance use disorder. When some concepts measured in a study are theoretically close to core beliefs/schemas or coping strategies, they are stated in parentheses. From this list, two authors were contacted to obtain precisions: Tiet et al. (2006) did not have the information regarding the presence or absence of therapy between the assessments; and no answers were obtained regarding the presence or absence of PTSD diagnosis for the participants in article of Cavić et al. (2008).

Table 2.2

Characteristics of the included study regarding schemas in a CBT for PTSD

Authors and year	Gender	Treatment conditions	Treatment duration	Age	N	Schema/ core beliefs measure	Type of schemas	Main results: beliefs as predictors.	Main results: changes in beliefs.
Cockram, Drummond, & Lee (2010). (study 2)	Mixed (2 females)	SFT. Group treatment and individual components .	190-210 hours	30–67	54	YSQ-L3a	Early maladaptive schemas	<i>Changes</i> in the «impaired autonomy schema domain» predict changes in PTSD. $\beta = 0.68$, $p = .009$, accounting for 26.3% of the variance of changes in PTSD symptoms. 26.1% of the variance of changes in PTSD symptoms explained by changes in domain schema scores, $F(5,35)$ for $\Delta R^2 = 2.86$, $p = .029$.	17 schemas changed positively from pre to post-treatment to 3-month follow-up, e.g: emotional inhibition, $F(1.9, 92.7) = 13.03$, $p < .001$, self-sacrifice, $F(1.9, 95.2) = 12.27$, $p < .001$, entitlement, $F(1.9, 93.2) = 12.45$, $p < .001$, insufficient self-control, $F(1.8, 88.4) = 10.54$, $p < .001$, punitiveness, $F(1.9, 95.6) = 9.90$, $p < .001$, and unrelenting standards, $F(1.9, 90.9) = 8.90$, $p < .001$. The enmeshment schema was the only one to not change from pre-treatment to follow-up, $F(1.4, 66.3) = 0.33$, <i>ns</i> .

Note: SD = standard error; SFT= schema focused therapy; N= number of participants. YSQ-L3a = Young Schema questionnaire (Young & Brown, 2003). Characteristics described in this table are from the schemas focused therapy group only, because the traditional CBT (cognitive-behavioral therapy) group does not include a schema measure.

Table 2.3

Assessment of the risk of bias of the included studies regarding schemas

Authors and year	Sequence generation	Allocation Concealment	Blinding	Incomplete outcome data	Selective outcome reporting	Other bias
Cockram, Drummond, & Lee (2010). (study 2)	Not applicable (according to the protocol one group was retrospective).	Not applicable (no control group).	Unclear risk (self-reported scales used for schemas and PTSD severity).	Low risk (low attrition and reasons for missing outcome data unlikely to be related to true outcome).	Low risk (all stated outcomes are reported).	High risk (no schema measures in the control group; not stated if conflict of interest).

Note: Assessment of risk bias adapted from the Cochrane risk of bias tool (Higgins & Green, 2008). For each risk bias, main reasons are stated. "Sequence generation" and "allocation concealment" could not be assessed when no control group was available. "Blinding" was assessed for assessment in all articles (and generally identified as *Unclear risk* when the assessment of coping and/or PTSD severity was self-reported), and blinding for the treatment condition was also assessed when possible. For all bias, risk was judged as *Unclear* when no sufficient information was available to conclude on this criterion. For the "other bias": if the sample size was small, it was assessed as *High risk*; if there was no control group or if the authors did not mention if they had conflict of interest, it was characterised as *Unclear risk*; if there were other reasons which might influence the risk of bias, they are explained briefly.

Table 2.4

Characteristics of included studies regarding coping strategies in a CBT for PTSD

Authors and year	Gender	Treatment conditions and format	Treatment duration or length of stay	Age	N	Coping strategies questionnaires	Type of coping and/or subscales used	Main results: coping as predictor	Main results: changes in coping
Alghamdi et al. (2015)	Not stated	NET or wait-list. Individual format.	4 sessions (60-90 minutes)	22-41	34	Brief COPE. Arabic version.	Passive (behavioral disengagement, substance abuse and self-blame) and Active coping (planning, religion, positive reframing).	—	Passive coping decreased and active coping increased in wait-list. Passive coping decreased from pre- to post-treatment, $t(16) = 4.10$, $p < .001$, with a moderate ES (0.78), but not sustained at follow-ups, $F(2,31) = 2.14$, <i>ns</i> . No significant changes in active coping.
Badour et al. (2012)	Mixed (11,10% women)	Mainly CBT. Group format.	$M_{\text{length of stay}} = 66.21$ days; SD = 27.9 days.	19-80	1073	Scales from a revised version of the brief-COPE	Avoidance coping (denial, behavioral disengagement and substance use).	Pre-treatment avoidance coping associated with greater PTSD severity at discharge ($\beta = .16$, $p < .01$), and PTSD severity at discharge associated with avoidance coping at follow-up ($\beta = .22$, $p < .05$).	Avoidance coping decreased from discharge to follow-up, $t = 4.04$, $p < .001$, $d = -.23$, but not from intake to discharge, $t = 1.74$, $p = .08$, $d = -.06$.
Békés et al. (2016)	Mixed (65% women)	CBT	6 to 24 sessions (90 minutes), $M_{\text{number of sessions}} = 18.32$.	18-63	71	The ways of coping questionnaire-short version. French version.	Avoidance/distancing, seeking social support and positive reappraisal.	—	Women improved in social support coping, $B = 2.50$, $p < .00$, 95% CI [1.15, 3.84], reappraisal, $B = 7.14$, $p < .00$, 95% CI [5.48, 8.81], and avoidance, $B = -4.57$, $p < .00$, 95% CI [-5.66, -3.47]. Men improved in reappraisal, $B = 4.73$, $p < .00$, 95% CI [2.31, 7.15], and avoidance, $B = -1.82$, $p < .026$, 95% CI [-3.41, -.22], but not in social support, $B = .07$, $p = ns$, 95% CI [-1.88, 2.03].

Boden, Bonn-Miller, Vujanovic and Drescher (2012)	Mixed (8,60% women)	Mainly CBT. Group format.	$M_{\text{length of stay}} = 76.8 \text{ days};$ $SD = 20.9 \text{ days}.$	20-75	636	Scales from a revised version of the Brief COPE.	Avoidant (denial, behavioral disengagement, substance use) and Active coping (active, positive reframing, planning, acceptance, religion, and emotional support).	Changes in active ($\beta = -.14$) or avoidant coping ($\beta = .11$) predict lower PTSD severity at post-treatment. More improved patients: increases in active, $t(634) = -4.5, p < .01$, and decreases in avoidant coping, $t(634) = 4.2, p < .01$.	Avoidant coping increased in 43.6% of the sample and decreased in 43.6 % of the sample. Active coping increased in 47.2% of the participants and decreased in 47.8%.
Farrants (2001)	Mixed (33% women)	CBT and/or CBT components. Individual format.	7 to 12 therapy sessions (mean of 8.44)	28-61	9	Monitoring-blunting Style Scale	Monitoring and blunting	Blunting correlated with change in intrusion symptoms ($r = -.89, p = .007$). Monitoring correlated with the degree of improvement in avoidance symptoms ($r = .77, p = .025$).	—
Leiner et al. (2012)	Women	PE or EMDR (collapsed for analyses on coping). Individual format.	9 sessions (90 minutes)	~34.7 (± 11.3)	62	Coping Strategies Inventory	Avoidant coping (Disengagement subscale)	Avoidant coping predicted less severe post-treatment PTSD symptoms ($\beta = -.11$), explaining 8% of the variance, $\Delta F(1,49) = 5.72, p = .032, \Delta R^2 = .08$.	—
Rademaker et al. (2009)	Men	Exposure-based CBT, creative arts therapy, socio-therapy, case management, psychodrama, psycho-education and psychomotor therapy. Group format.	$M_{\text{length of stay}} = 21 \text{ months}.$	32-48	22	Utrecht Coping Scale	Active, avoidant, and social support coping.	—	Increases in active coping, $t(19) = -2.12, p < .05$, and social support coping, $t(19) = -3.9, p < .001$, decrease in avoidant coping, $t(19) = 3.92, p < .001$, from pre to post-treatment.
Zang et al. (2013)	Mixed (77,27% women)	NET or wait-list. Individual format.	4 sessions (60-90 minutes)	37-75	22	Simplified coping style questionnaire.	Active and passive coping.	—	No significant changes in active, $F(2, 19) = 0.11, ns$, nor passive coping, $F(2, 19) = 0.03, ns$.

Zang et al. (2014)	Mixed (90% women)	NET, NET-R or wait-list. Individual format.	4 sessions (60-120 minutes)	28-80	30	Brief -COPE. Translated version.	[All subscales]	—	Increases in active coping (NET-R) $t(9) = 3.87, p < .01$, with a large Hedge's ES (1.57), reframing (NET and NET-R), $t(9) = 2.91, p < .05$, and , $t(9) = 2.68, p < .05$, with moderate and large ES (.54 and 1.25), planning (NET) $t(9) = 2.28, p < .05$, with a large ES (.84), self-distraction (NET-R) $t(9) = 3.00, p < .05$, with a large ES (1.09). Religious coping increased in wait-list, $t(9) = 3.87, p < .01$, with a small ES (.22). Some increases in coping stable at 3-month follow-up: active coping, $F(2, 26) = 9.90, p < .001$, reframing, $F(2, 26) = 11.99, p < .001$, and planning, $F(2, 26) = 5.03, p < .05$.
-----------------------	-------------------------	--	-----------------------------------	-------	----	--	-----------------	---	---

Note: *SD* = standard deviation; *M* = mean; *ES* = effect size; CBT = cognitive-behavioral therapy; *N* = number of participants; RCT = Randomized controlled trial; NET = Narrative exposure therapy; NET-R = Narrative exposure therapy revised; PE = prolonged exposure; EMDR = eye movement desensitization and reprocessing; Not stated = not mentioned in the original article. Brief COPE (Carver, 1997), Coping strategies inventory (Tobin et al., 1984), Monitoring-Blunting Style Scale (Miller, 1987), The Ways of coping scale-short french version (Bouchard et al., 1995), Simplified Coping Style Questionnaire (Xie, 1998), Utrecht coping Scale (Schreurs et al., 1993). The participants of Boden et al. (2012a) possibly included participants from Badour et al. (2012) but coping is analysed differently. In the age column, if the range of age is not available, the mean of age (~) and standard deviation (±) are presented instead. For Farrants (2001), the approach to therapy was verified with the author. We attempted to contact Alghamdi (2015) to verify the gender of the participants, but did not obtain an answer.

Table 2.5

Assessment of the risk of bias of the included studies regarding coping strategies

Authors and year	Sequence generation	Allocation Concealment	Blinding	Incomplete outcome data	Selective outcome reporting	Other bias
Alghamdi et al. (2015)	Low risk [generated list of random numbers; balanced randomization (1:1)].	Unclear risk (concealment procedures not reported).	Unclear risk (participants aware of group allocation but outcome not likely to be influenced by lack of blinding; self-report scales were used for coping and PTSD).	Low risk (low attrition and attrition similar in both groups).	High risk (some outcomes different in a table compared to the text).	High risk (small sample size).
Badour et al. (2012)	Not applicable (no control group).	Not applicable (no control group).	Unclear risk (method for initial diagnosis upon admittance to the program not mentioned; self-reported scales were used for coping and PTSD severity).	Low risk (reasons for missing outcome data unlikely to be related to true outcome; post-treatment and follow-up assessment were sent by mail).	Low risk (all stated outcomes are reported).	Unclear risk (no control group; not stated if conflict of interest).
Békés et al. (2016)	Not applicable (no control group).	Not applicable (no control group).	Unclear risk (self-reported scale used for coping).	Low risk (reasons for missing outcome data unlikely to be related to true outcome).	Low risk (all stated outcomes are reported).	Unclear risk (no control group).

Boden, et al. (2012a)	Not applicable (no control group).	Not applicable (no control group).	Unclear risk (self-reported scales were used for coping and PTSD severity; 36% of the sample was also assessed with the CAPS to confirm diagnosis, but no information on assessors).	Low risk (only completers: "Patients who completed all measures at the specified time points were selected from a larger sample of participants who completed at least one of the measures included in the study at one time point").	Low risk (all stated outcomes are reported).	Unclear risk (no control group; not stated if conflict of interest).
Farrants (2001)	Not applicable (no control group).	Not applicable (no control group).	Unclear risk (few information on methods for initial diagnosis; self-reported scales used for coping and PTSD severity).	Low risk ("Data was, therefore, gathered from a total of 9 participants, and formed only 14.3% of the total packs distributed.").	Low risk (all stated outcomes are reported).	High risk (very small sample size; no information on treatment; no control group; not stated if conflict of interest).
Leiner et al. (2012)	Not applicable for this article (results of both treatment conditions collapsed for analysis of coping strategies because the groups did not differ).	Not applicable (no control group).	Unclear risk (self-reported scales used in the study for coping and PTSD severity).	Unclear risk (14.5% attrition; no information on the reasons).	Low risk (all stated outcomes are reported).	Unclear risk (not stated if conflict of interest).
Rademaker et al. (2009)	Not applicable (no control group).	Not applicable (no control group).	Unclear risk (self-reported scales used for coping and PTSD severity; possibility of symptom over-reporting due to compensation seeking).	Low risk (retrospective study; only completers were considered).	Low risk (all stated outcomes are reported).	High risk (small sample size; no control group; not stated if conflict of interest).

Zang et al. (2013)	Low risk [generated list of random numbers; balanced randomization (1:1)].	Unclear risk (concealment procedures not reported).	Low risk (participant aware of group allocation but outcome not likely to be influenced by lack of blinding; assessment by independent assessors).	Low risk (no attrition).	Low risk (all stated outcomes are reported).	High risk (small sample size).
Zang et al. (2014)	Unclear risk (no details on the method; participants were randomly allocated by a computer-generated list of random numbers).	Unclear risk (concealment procedures not reported).	Low risk (participant could have been aware of group allocation but outcome not likely to be influenced by lack of blinding; assessment by independent assessors).	Low risk (no attrition).	Low risk (all stated outcomes are reported).	High risk (small sample size).

Note: Assessment of risk bias adapted from the Cochrane risk of bias tool (Higgins & Green, 2008). For each risk bias, main reasons are stated. "Sequence generation" and "Allocation concealment" could not be assessed when no control group was available. "Blinding" was assessed for assessment in all articles (and generally identified as *Unclear risk* when the assessment of coping and/or PTSD severity was self-reported), and blinding for the treatment condition was also assessed when possible. For all bias, risk was judged as *Unclear* when no sufficient information was available to conclude on this criterion. For the "other bias": if the sample size was small, it was assessed as *High risk*; if there was no control group or if the authors did not mention if they had conflict of interest, it was characterised as *Unclear risk*; if there were other reasons which might influence the risk of bias, they are explained briefly. CAPS = Clinician Administered PTSD Scale (Blake et al., 1995).

Figures

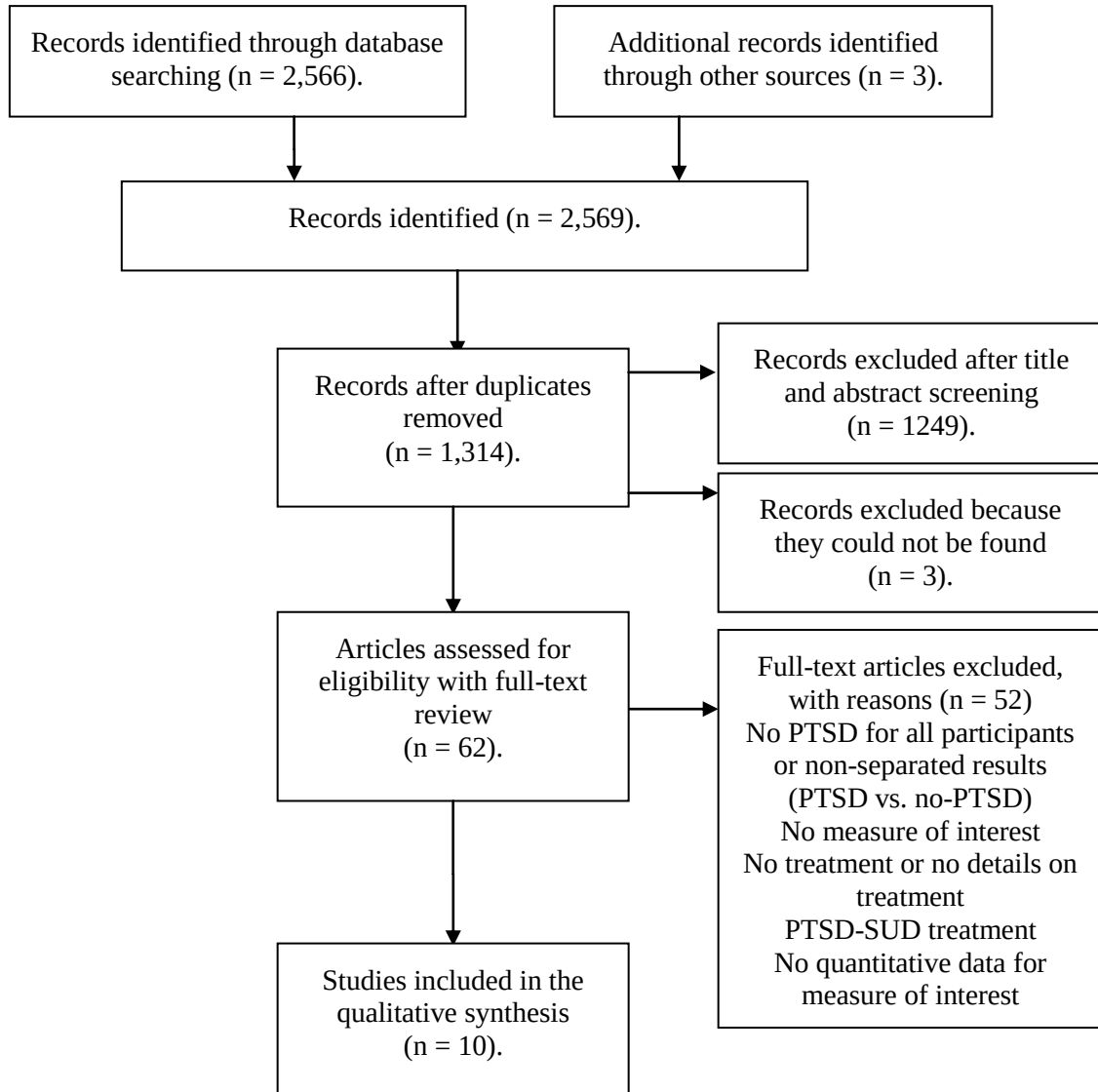


Figure 2.1. Flow diagram of the screening process, adapted from the recommendations of the PRISMA statement (2009).

CHAPITRE III

PERSONALITY BELIEFS, COPING STRATEGIES AND QUALITY OF LIFE IN A COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

Dans ce chapitre, un article rédigé en anglais concernant des résultats d'une étude de traitement cognitif-comportemental du TSPT sera présenté. Il s'agit d'une partie des résultats d'une étude de plus grande envergure qui a été menée au Centre d'étude sur le trauma du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM). L'étude initiale a été subventionnée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH).

Dans cet article, nous nous intéressons aux liens entre les croyances fondamentales et les stratégies d'adaptation, ainsi qu'aux liens entre ces variables et la qualité de vie. Nous cherchons également à évaluer l'influence potentielle des croyances et des stratégies d'adaptation sur les résultats du traitement, en termes de qualité de vie.

Cet article, rédigé en anglais, a été accepté pour publication le 19 septembre 2019 dans le journal scientifique *European Journal of Trauma and Dissociation*/ Revue européenne du trauma et de la dissociation. La lettre d'acceptation pour publication de l'éditeur est présentée à l'Appendice F et une preuve de publication est fournie à l'Appendice G.

L'approbation par le comité d'éthique du Centre de recherche de l'IUSMM est présentée à l'Appendice H, le formulaire de consentement se retrouve à l'Appendice I, les principaux questionnaires (versions francophones) utilisés dans la recherche soit le Questionnaire des croyances de la personnalité (*Personality Beliefs Questionnaire*), le *Ways of coping questionnaire*, et le WHOQOL-Bref sont respectivement présentés aux Appendices J, K, et L.

RÉSUMÉ

Des études ont démontré qu'à la suite d'une psychothérapie pour le trouble de stress post-traumatique (TSPT), les symptômes et la qualité de vie (QV) peuvent s'améliorer chez de nombreux patients, mais pas toujours dans la même mesure. Les croyances fondamentales dysfonctionnelles, telles que les croyances de la personnalité, sont associées à la psychopathologie, y compris le TSPT, et pourraient être associées aux types de stratégies d'adaptation mises en place par un individu. Les croyances et les stratégies d'adaptation pourraient également être liées aux résultats psychothérapeutiques. Les objectifs de la présente étude sont les suivants: 1) Explorer les liens entre les croyances de la personnalité avant le traitement et les stratégies d'adaptation avant et après le traitement; 2) Étudier les liens entre les croyances de la personnalité et les changements dans la QV pendant une thérapie cognitive-comportementale (TCC), via l'effet médiateur des changements dans les stratégies d'adaptation. Soixante et onze adultes atteints de TSPT participant à une étude corrélationnelle/observationnelle de traitement cognitif-comportemental ont complété un questionnaire sur les croyances de la personnalité en pré-traitement, ainsi que sur les stratégies d'adaptation et la QV, avant et après le traitement. Les croyances de la personnalité étaient généralement associées à l'utilisation de stratégies de distanciation après la thérapie. De plus, les changements dans les stratégies de distanciation avaient un effet médiateur du lien entre les croyances de la personnalité évitantes ou dépendantes et l'amélioration de la QV psychologique. Il s'agit de la première étude à illustrer les relations entre les croyances de la personnalité et les stratégies d'adaptation chez des individus atteints de TSPT, et à indiquer que des croyances de la personnalité évitantes ou dépendantes plus élevées pourrait prédire une moindre réduction de la distanciation pendant la psychothérapie, ce qui est associé à une moindre amélioration de la QV psychologique. Des études ultérieures seront nécessaires pour préciser davantage le rôle de ces variables et cibler plus précisément les facteurs susceptibles de nuire aux effets de la TCC du TSPT.

ABSTRACT

Studies have shown that, following psychotherapy for posttraumatic stress disorder (PTSD), symptoms and quality of life (QoL) may improve in many patients, but not always to the same extent. Dysfunctional core beliefs, such as personality beliefs (PB), are associated to psychopathology, including PTSD, and could be associated with the types of coping strategies deployed by an individual. Beliefs and coping strategies were also linked to psychotherapeutic outcomes. The objectives are the following: 1) To examine the associations between baseline PB as well as pre and post-treatment coping strategies; 2) To investigate the mediation effects between PB and the changes in QoL, through changes in coping strategies in a cognitive behavioral psychotherapy (CBT). Seventy-one adults with PTSD participating in a correlational/observational CBT study were assessed for PB before a CBT, as well as for coping strategies and QoL, before and after a CBT. PB were generally associated with post-treatment distancing coping. Moreover, changes in distancing coping mediated the relationships between avoidant or dependent PB and psychological QoL improvements. This is the first study to show the relationships between PB and coping strategies in PTSD patients, and that higher avoidant or dependent PB predicts a lower reduction in the use of distancing coping through psychotherapy, which is associated with less improvement in psychological QoL. Future studies are needed to further define the role of these variables and target more precisely factors that may hamper the treatment effects of CBT for PTSD.

PERSONALITY BELIEFS, COPING STRATEGIES AND QUALITY OF LIFE IN
A COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR POSTTRAUMATIC STRESS
DISORDER

ARTICLE PUBLIÉ DANS LE JOURNAL SCIENTIFIQUE *EUROPEAN JOURNAL
OF TRAUMA AND DISSOCIATION / REVUE EUROPÉENNE DU TRAUMA ET DE
LA DISSOCIATION*

Delphine-Émilie Bourdon, B.Sc.^{ab}

Ghassan El-Baalbaki, Ph.D.^{ab}

Dominic Beaulieu-Prévost, Ph.D.^{abc}

Stéphane Guay, Ph.D.^{bd}

Geneviève Belleville, Ph.D.^{be}

André Marchand, Ph.D.^{ab}

^aDepartment of psychology, Université du Québec à Montréal ;

^bTrauma Studies Centre, Institut universitaire en santé mentale de Montréal ;

^cDepartment of sexology, Université du Québec à Montréal ;

^dDepartment of criminology, Université de Montréal;

^eSchool of psychology, Université Laval.

From: **European Journal of Trauma & Dissociation** <em@editorialmanager.com>

Date: Thu., Sep. 19, 2019, 06:23

Subject: Decision on submission to European Journal of Trauma & Dissociation

To: Ghassan El-Baalbaki <el-baalbaki.ghassan@uqam.ca>

Manuscript Number: EJTD_2019_13R1

Personality Beliefs, Coping Strategies and Quality of life in a Cognitive-Behavioral Therapy for Post-traumatic Stress Disorder

Dear Professor El-Baalbaki,

Thank you for submitting your manuscript to European Journal of Trauma & Dissociation.

I am pleased to inform you that your manuscript has been accepted for publication.

My comments, and any reviewer comments, are below.

Your accepted manuscript will now be transferred to our production department. We will create a proof which you will be asked to check, and you will also be asked to complete a number of online forms required for publication. If we need additional information from you during the production process, we will contact you directly.

We appreciate you submitting your manuscript to European Journal of Trauma & Dissociation and hope you will consider us again for future submissions.

Kind regards,
Cyril Tarquinio
Editor-in-Chief



Research Paper

Personality beliefs, coping strategies and quality of life in a cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder

Delphine-Émilie Bourdon ^{a, b}, Ghassan El-Baalbaki ^{a, b} ✉, Dominic Beaulieu-Prévost ^{a, b, c}, Stéphane Guay ^{b, d}, Geneviève Belleville ^{b, e}, André Marchand ^{a, b}

[Show more](#) ✓<https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.100135>[Get rights and content](#)

3.1 Introduction

Quality of life (QoL) tends to improve through psychotherapy for Posttraumatic stress disorder (PTSD) (Ehlers et al., 2014; Paunovic & Öst, 2001) and PTSD symptom reduction following therapy is associated with increased QoL (Schnurr, Hayes, Lunney, McFall, & Uddo, 2006; Schnurr & Lunney, 2016; Sofko, Currier, & Drescher, 2016). However, a longitudinal study that investigated the associations between PTSD diagnosis and QoL found that the negative influence of a PTSD diagnosis on QoL remains significant over time even if the symptoms are in remission (Monson, Caron, McCloskey, & Brunet, 2017). These findings also imply that QoL may be determined by other factors than PTSD severity.

Hence, although clinical efficacy of cognitive-behavioral therapy (CBT) in treating PTSD is well established, some patients still experience significant difficulties or symptoms (Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005). Ehlers and Clark (2000) created a cognitive model of the development and persistence of PTSD in which the characteristics of the trauma, as well as prior experiences and beliefs, influence cognitive processing during trauma. In return, these factors also contribute to the maintenance of PTSD, through interactions between the memories of trauma, symptoms, negative appraisals and dysfunctional coping strategies. According to this model, beliefs may be related to the cognitive and behavioral strategies used to regulate one's symptoms, and these strategies may contribute to maintain difficulties over time.

3.1.1 Core beliefs and coping strategies

Individuals develop beliefs about themselves, others and the world, beginning in early childhood. Core beliefs can be defined as cognitive content or verbal representation of cognitive schemas, which constitute “a cognitive structure for

screening, coding, and evaluating the stimuli that impinge on the organism” (Beck, 1967, p. 283). Core beliefs are considered as the most fundamental level of belief (e.g.: I am incompetent). Attitudes, assumptions and rules are considered as an intermediate level of belief (e.g.: If I try, I will fail...), while automatic thoughts are considered as thoughts in specific situations (e.g.: I am not able to do this...) and constitute the most superficial level of cognition (Beck, 2011). Dysfunctional automatic thoughts often fall into certain categories, generally labeled as cognitive distortions.

Core beliefs relate closely to our feelings and behaviors since they underlie the way one views oneself, others and the world (Beck, 2011). The way someone process information is influenced by their beliefs, and when there is a disorder or a personality disorder, the utilisation of the information "becomes systematically biased in a dysfunctional way" (Beck, Davis, & Freeman, 2014). On this basis, Beck and Beck (1991) suggested that personality disorders are associated with specific sets of dysfunctional beliefs (e.g.: avoidant personality belief: I am socially inept and socially undesirable). Individuals with personality disorders tend to experience severe dysfunctional beliefs (Beck & Beck, 1991; Riso & McBride, 2007), but an individual without an actual personality disorder can present these beliefs at various degrees. For example, avoidant and obsessive-compulsive dysfunctional personality beliefs (PB)¹⁰ were found frequently in individuals with posttraumatic stress symptoms (Taymur et al., 2012). Core beliefs could also be related to the use of particular coping strategies since biases in interpretation and the consequent behavior can be shaped by dysfunctional beliefs (Beck, Davis, & Freeman, 2014). For example, if an individual

¹⁰The terms *personality beliefs* and *dysfunctional personality beliefs* will be used interchangeably throughout the text, since the *personality beliefs* (PB) represent dysfunctional core beliefs related to personality disorders.

perceives other people as malicious/judgmental, they may tend to avoid contact with others. On the other hand, if an individual perceive themselves to be unable to function independently, they may excessively rely on social support or avoid situations where they find themselves alone.

Coping can be defined as cognitive and behavioral efforts to manage demands interpreted as exceeding the resources of the individual (Lazarus & Folkman, 1984). Skinner, Edge, Altman & Sherwood (2003) analysed coping conceptualisations and identified coping families, in which specific coping strategies/actions can be classified : problem-solving (e.g. : approach coping), information seeking, helplessness (e.g. : actions organized around giving up), escape (e.g. : behavioral or cognitive avoidance, distancing, disengagement, suppression), self-reliance (e.g. : self-soothing), support seeking, delegation (e.g. : over-reliance on others), isolation (e.g. : social withdrawal), accommodation (e.g. : positive reappraisal, positive reframing), negotiation (e.g. : defending one's goals, deal-making), submission (e.g. : rumination), and opposition (e.g. : confrontation). Some coping categories were not specifically categorised by Skinner and collaborators, since they could include many coping types. For example, authors like Carver (1997) refer to active coping which includes coping strategies oriented toward the difficulty (e.g.: problem-solving, positive reframing). Also, emotion-focused coping refers to many coping strategies such as minimization, distancing, and reappraisal (Lazarus & Folkman, 1984).

Coping is widely studied in victims of traumatic event(s). For example, female victims of assault who cope using social withdrawal may present more severe PTSD symptoms (Gutner, Rizvi, Monson, & Resick, 2006). Avoidance and emotion-focused coping, as well as low levels of problem-focused coping were associated with PTSD symptoms in individuals following a terrorist attack (Gil, 2005). Amir et al. (1997) showed that individuals with PTSD use less replacement coping (problem-solving) in comparison to non-PTSD or anxious individuals.

Moreover, numerous studies have shown that individuals with PTSD are more likely to use avoidance coping than those without PTSD (Amir et al., 1997; Pietrzak, Harpaz-Rotem, & Southwick, 2011; Tsai, Harpaz-Rotem, Pietrzak, & Southwick, 2012). Hence, a meta-analysis by Littleton, Horsley, John, and Nelson (2007) showed that avoidant coping predicts posttraumatic symptoms, depression and general distress. In addition, distancing coping was associated with lower perceived health-related QoL in individuals with PTSD (Nachar, Guay, Beaulieu-Prévost, & Marchand, 2013). In a study of Tiet et al. (2006), approach coping predicted better social and family functioning, and cognitive avoidance coping predicted more PTSD symptoms over time. Another study examined avoidant coping and personality disorders in women victims of child sexual abuse and revealed that avoidant coping and PTSD severity correlated with avoidant, dependent, borderline, paranoid, schizoid and schizotypal personality disorders (Johnson, Sheahan, & Chard, 2003). They also found that avoidant and dependent personality disorders were more frequent in women with PTSD than those without this diagnosis.

3.1.2 Core beliefs, coping strategies and treatment outcomes

Core beliefs may be related to clinical outcomes following psychotherapy for PTSD. For example, individuals with personality disorders tend to have more psychosocial dysfunction at treatment discharge (Hembree, Cahill, & Foa, 2004). Furthermore, some personality beliefs (PB) were associated with more residual symptoms following psychotherapy of patients with bulimia (Leung, Waller, & Thomas, 2000), anxiety disorders (Weertman, Arntz, Schouten, & Dreessen, 2005) and depression (Kuyken, Kurzer, DeRubeis, Beck, & Brown, 2001). Moreover, Békés, Beaulieu-Prévost, Guay, Belleville, and Marchand (2018) found that avoidant personality beliefs predicted significant variance in PTSD symptoms at termination, and that trauma-related negative cognitions mediated the relationships between avoidant

beliefs and PTSD symptoms after treatment. However, PB have not yet been studied as factors influencing changes in QoL through psychotherapy for PTSD.

Studies have shown that coping strategies could be related to PTSD treatment outcomes and that coping strategies generally tend to improve through psychotherapy (Bourdon, El-Baalbaki, Girard, Lapointe-Blackburn, & Guay, 2019). For example, Badour, Blonigen, Boden, Feldner, and Bonn-Miller (2012) found that baseline avoidance coping was linked with greater severity of PTSD at treatment discharge. Moreover, the results of Medema (2012) point out that individuals using more avoidance strategies at baseline report more symptoms and a lower psychological QoL after treatment. Hence, the results of a study by Laffey (2017), showed that baseline disengagement coping predicted a lower psychological QoL after psychotherapy, and that emotional support seeking was associated with a better social QoL after treatment. The changes in coping strategies through psychotherapy could also influence treatment outcomes. For example, Boden, Bonn-Miller, Vujanovic, and Drescher (2012) found that increases in active coping and decreases in avoidant coping could predict lower PTSD symptoms following CBT. Also, the results of Laffey (2017) showed that an increase in positive reframing during psychotherapy was linked to better psychological and physical QoL, while an increase in disengagement was associated with poorer psychological QoL at post-treatment.

The associations between personality beliefs, changes in coping through psychotherapy, and improvements in QoL have yet to be studied in individuals with PTSD. Despite the lack of studies regarding the effect of personality beliefs on treatment results, the literature on personality beliefs, coping strategies, QoL and PTSD support the relevance of examining these potential associations.

3.1.3 Objectives

In the present study, we aim to examine the associations between pre-treatment dysfunctional personality beliefs (PB) and coping strategies before and after a cognitive-behavioral therapy (CBT). We hypothesize that PB will correlate negatively with positive reappraisal and seeking social support strategies, and positively with distancing/avoidant¹¹ coping.

Our second objective is to explore the effect of baseline PB on the improvements in QoL, through the changes in coping strategies in psychotherapy. According to previous studies, we expect significant correlations between baseline PB and coping (at pre and post-treatment); between baseline PB and QoL (at pre and post-treatment); as well as between coping and QoL (at pre and post-treatment). Based on this information, we expect a significant mediation effect and we hypothesize that some personality beliefs will predict the changes in QoL following treatment QoL, through the changes in coping strategies. In other words, we hypothesise that personality beliefs will be associated with less positive changes in coping through treatment, which will be related with less improvements in QoL domains.

3.2 Method

3.2.1 Participants

Participants were referred for treatment at the Trauma Studies Centre of the *Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal* (IUSMM) in Montréal, Canada, between

¹¹ Distancing is considered as an escape/avoidant coping strategy. In the present paper, *distancing/avoidant* coping or *distancing coping* are used interchangeably and refer to the same coping variable.

2009 and 2013. Participants were enrolled in a correlational/observational study about the mediators and moderators of Prolonged Exposure for PTSD. The study was approved by the Research Centre's ethics committee (research project # 2008-024). Participants all provided written informed consent. They were not compensated for their participation.

3.2.1.1 Inclusion and exclusion criteria

Inclusion criteria were the following: participants had to be between 18 and 65 years old, to have been exposed to at least one traumatic event in adulthood, and to have PTSD as the primary diagnosis according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. text revised (DSM–IV-TR: American Psychiatric Association, 2000). Participants also had to agree to maintain their medication stable for at least a month before the beginning of therapy and not take part of any other therapy or support group during the study. The exclusion criteria were (a) repeated war-related trauma; (b) substance/alcohol abuse or dependence; (c) active suicidal ideations; (d) present or past psychotic episodes; (e) organic brain disorder or intellectual disability; (f) bipolarity; (g) an actual threat (e.g.; ongoing harassment); (h) excessively stressful personal problems (e.g.; ongoing trial).

3.2.1.2 Characteristics of the participants

In total, 225 individuals contacted the Centre to participate in the study. Eighty-nine individuals were found eligible after the first assessment. Two participants dropped out before the treatment and sixteen dropped out during the course of treatment. Seventy-one participants completed the treatment; 46 women and 25 men. The mean age was 38.65 (SD = 11.35; age range: 18–63) and the mean duration of their symptoms was 15.35 months (SD = 22.48; month range: 1–120). The mean duration between the traumatic event and the first assessment was 26.37 months (SD = 47.33; month range: 1–285). All participants spoke French and currently lived in Montreal

or nearby. Their PTSD symptoms were related to an accident or disaster (31%), interpersonal violence (47.9%), stress associated with the loss or the injury of someone (18.3%), or other traumatic experience (2.8%). With regards to educational status: 29.6% completed high school, 49.3% completed professional school or CEGEP, and 21.1% had a university degree. Concerning the marital status, 43.7% were in relationship and 56.3% were single.

3.2.2 Procedures and treatment

The potential participants were pre-screened on the phone by the research coordinator, who also collected sociodemographic information. To confirm eligibility and to assess PTSD and its severity, those who met the criteria were interviewed in person (T0). These assessments were delivered by one of the seven graduate students in clinical psychology trained to perform the clinical interviews for this project and supervised by two of the authors (A.M. and S.G.). The Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, and Williams, 1996) was used to assess PTSD diagnosis. PTSD severity was assessed by the Clinician-administered PTSD scale (CAPS; Blake et al., 1995), that measures PTSD symptoms as defined by the DSM-IV-TR, using a five-point Likert scale in which higher scores reveal more severe symptoms. Eligible participants were also given questionnaires to complete at home before the beginning of therapy (T0). An assessment was also planned at post-treatment (T1). Personality beliefs were only assessed at pre-treatment (T0), and coping strategies, quality of life, as well as PTSD were assessed at pre- and post-treatment (T0 and T1).

The treatment consisted in a flexible-duration individual cognitive-behavioral therapy (CBT). The standardized protocol was planned to be administered in 20 sessions of 90 minutes each, but the number of therapy sessions varied to meet each participant's needs ($M = 18.27$, $SD = 3.76$, $range = 6-24$). The treatment was administered by an

independent psychologist member of the *Quebec Order of Psychologists* trained to administer the therapy with the standardized therapy protocol. The protocol was based on experts' recommendations (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009) and was developed and validated at the Trauma Studies Centre (Germain, Marchand, Bouchard, Drouin, & Guay, 2009; Guay & Marchand, 2007). It included: (1) psycho-educational intervention on PTSD as well as the learning of anxiety management strategies (diaphragmatic breathing technique); (2) imaginal exposure sessions to the traumatic event(s) with cognitive restructuring if required; (3) in vivo exposure with cognitive restructuring if required; and strategies for relapse prevention. Participants were provided a manual explaining PTSD and the interventions. They also had to complete weekly homework assigned by the therapist.

Also, each assessment and therapy session were audio-recorded to verify that the evaluators and psychologists correctly implemented the protocol. Inter-rater agreement on the assessment of the PTSD diagnosis was computed using independent experts who were blind to the study's hypotheses. The experts listened to one-third of the assessments. In sum, the judges agreed on all (100%) evaluations at pre-test and on 91.3% of the evaluations at post-test. Treatment integrity was calculated for 20% of all completers' treatment sessions and was found excellent (99.6% agreement) (Békés et al., 2018).

3.2.3 Measures

3.2.3.1 Personality beliefs

The Personality Beliefs Questionnaire (PBQ) was developed by Beck and Beck (1991) to assess dysfunctional core beliefs associated with ten personality disorders from DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) and DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). The PBQ is a 126-item self-administered questionnaire with ten 14-item subscales of beliefs associated with a personality

disorder. The items are answered on a five-point Likert scale (0 = *I don't believe it at all* to 4 = *I totally believe it*), for example: "I am socially inept and socially undesirable in work or social situations" (avoidant); "My helper can be nurturant, supportive, and confident - if he or she wants to be" (dependent); "I know what's best for me and other people shouldn't tell me what to do" (passive-aggressive); "It is important to do a perfect job on everything" (obsessive-compulsive); "Lying and cheating are OK as long as you don't get caught" (antisocial); "Other people should recognize how special I am" (narcissistic); "In order to be happy, I need other people to pay attention to me" (histrionic); "It doesn't matter what other people think of me" (schizoid); "Other people will deliberately try to demean me" (paranoid). The borderline scale comprises items from the other personality disorder scales (Butler, Brown, Beck, & Grisham, 2002). The questionnaire shows good psychometric properties (Beck et al., 2001; Bhar, Beck, & Butler, 2012; Fournier, Derubeis, & Beck, 2012; Jones, Burrell-Hodgson, & Tate, 2007; Krus, 2016; McMurrin & Christopher, 2008; Trull, Goodwin, Schopp, Hillenbrand, & Schuster, 1993). In the present sample, Cronbach alphas for each scale were very good: .82 (avoidant); .85 (dependent); .82 (passive-aggressive); .89 (obsessive-compulsive); .82 (antisocial); .86 (narcissistic); .85 (histrionic); .84 (schizoid); .95 (paranoid).

3.2.3.2 Coping strategies

The Ways of Coping Questionnaire (WCS) assesses coping strategies regarding a stressful event (Folkman & Lazarus, 1988). A 21-item short-form French version was used in the present study (Mishara, 1987). The items have to be answered on a four-point Likert scale (0 = *Not used* to 3 = *Used a great deal*). Thoughts and behaviors related to distancing/avoidance (e.g.: "Went on as if nothing had happened"), seeking social support (e.g.: "Talked to someone to find out more about the situation") and positive reappraisal (e.g.: "Looked for the silver lining, so to speak; tried to look on the bright side of things") are included in this version. The internal consistency of the

subscales was found to be acceptable to good (Bouchard, Sabourin, Lussier, Richer, & Wright, 1995). In the present sample, Cronbach alphas values were found to be acceptable to very good at T0 and T1 respectively: .69 and .77 for distancing; .79 and .80 for social support; .79 and .84 for positive reappraisal.

3.2.3.3 Quality of life

The WHOQOL-BREF is a measure of Quality of Life (QoL); a 26-item version of the WHOQOL-100 (The WHOQOL Group, 1998). It includes five-point Likert scale (0 = *Not at all* to 5 = *Totally*) covering self-report satisfaction in four life domains: physical health (e.g.: “How well are you able to get around”), psychological health (e.g.: “How much do you enjoy life”), social relationships (e.g.: “How satisfied are you with the support you get from your friends?”) and environment (e.g.: “How satisfied are you with the conditions of your living place?”). The French version was found adequate in assessing patients with mental health issues and has shown good psychometric properties, such as acceptable to good internal consistency (Guay, Fortin, Fikretoglu, Poundja, & Brunet, 2015). In the present sample, Cronbach alphas values for the scales were mostly acceptable to very good at T0 and T1, respectively: .72 and .89 for physical QoL; .70 and .91 for psychological QoL; .51 and .82 for social relationships; as well as .72 and .85 for the environment domain.

3.2.4 Data analysis

Descriptive analyses were first done for socio-demographic variables. Then, regarding the first objective, correlations between personality beliefs (PB) and coping strategies were assessed. To achieve the second objective, paired *t*-tests were first used to verify if coping strategies and quality of life (QoL) changed statistically from pre to post-treatment. *Pearson* correlations between coping (T0), QoL (T0), and PTSD symptom severity (according to the CAPS) were also calculated to assess the relevance of their inclusion as a covariates in the mediation analyses. Correlations

between personality beliefs (T0), coping strategies (T0 and T1) and quality of life (T0 and T1) were also performed. Finally, mediation models were tested with the *Process* 2.16.3 SPSS macro (Hayes, 2013) using the standardized values, 5,000 bootstrap samples and 95% bias-corrected confidence intervals.

Mediation analyses were done only for PB variables that were statistically correlated to a QoL variable at post-treatment (T1), and only when that QoL variable was also statistically correlated to one of the three coping variables at post-treatment (T1). Each mediation analyses used the PB at T0 as the independent variable, the QoL variable at T1 as the dependent variable and the coping variable at T1 as the mediator. The QoL variable at T0 and the coping variable at T0 were both entered as control variables in the analyses, so that both the mediator and the dependent variable represent the change in value from T0 to T1 instead of simply the value at T1. In that way, both the mediator and the dependent variable in the model will be interpretable as the changes in that variable following treatment. We tested the mediation models with and without pre-treatment PTSD severity (as measured by the CAPS) since it correlated with the outcome (psychological QoL), $r = -.34$, $p < .05$. It was then omitted from the final models since its addition did not significantly change the results. All analyses were conducted on treatment completers, using SPSS package 21.0. An alpha of 0.05 was used for every analysis, unless specified.

3.3 Results

3.3.1 Preliminary analyses

The majority of the continuous variables were normally distributed, except the narcissistic and antisocial scales of the PBQ, which were positively skewed. These

scales were normalized with a square root (SQRT) transformation. There was some missing data, mainly due to a clerical problem in collecting the data¹².

3.3.2 Correlations between personality beliefs, coping strategies and QoL

Narcissistic PB statistically correlated with positive reappraisal at pre-treatment, $r = .30, p < .05$. Avoidant and borderline PB correlated with distancing at pre-treatment, $r = .29, p < .05$ and $r = .26, p < .05$. No statistically significant correlations were found between any scales of the PBQ and social support seeking at pre or post-treatment. There were no statistically significant correlations between PB scales and positive reappraisal at post-treatment. However, moderate statistically significant correlations were found between most PB and distancing at post-treatment. These results are presented in Table 3.1.

Small and moderate statistically significant correlations were found between pre or post-treatment coping and QoL. At pre-treatment, social QoL correlated positively with seeking social support and positive reappraisal, and environmental QoL correlated with seeking social support. At post-treatment, social, environmental and psychological QoL correlated positively with seeking social support and positive reappraisal. Hence, physical, psychological and environmental QoL correlated negatively with distancing. These results are shown in Table 3.1.

[Insert Table 3.1](#)

¹² Missing data mostly due to missing pages in photocopies of some questionnaires or to the fact that participants omitted pages in some questionnaires when it was exceptionally printed recto-verso.

For information purposes, the means and intercorrelations for the PB scales are shown in Table 3.2. The correlations are mostly moderate to large, which means, for example, that the more individuals exhibit avoidant PB, the more they are likely to also present dependent PB.

[Insert Table 3.2](#)

3.3.3 Pre to post treatment differences in coping strategies and QoL

All coping scales changed statistically from pre to post-treatment: positive reappraisal and social support seeking increased and distancing coping diminished. QoL dimensions also increased from pre to post-treatment, with statistically higher scores on each scale. This means that, on average, all aspects of coping and QoL that were measured improved following treatment. Means and *t*-tests for each scale of the WCS and the WHOQOL-BREF are shown in Table 3.3.

[Insert Table 3.3](#)

3.3.4 Distancing coping as a mediator between personality beliefs and QoL

As shown in Table 3.1, avoidant, dependent, paranoid and borderline scales of the PBQ all correlated statistically with distancing coping scale of the WCS (T1) and at least two scales (physical, psychological and/or environment) of the WHOQOL-BREF (T1). Distancing coping (T1) negatively correlated with physical,

psychological and environmental QoL (T1). Thereby, eleven mediation models were tested and two of these models were found to be statistically significant: avoidant and dependent PB were found to statistically predict psychological QoL, through distancing coping. These results are described in the following sections.

All assumptions were met for the regressions/mediation analyses: continuous variables were normally distributed, there were no univariate or multivariate outliers, no multicollinearity problems and residuals were normally distributed.

3.3.4.1 Avoidant beliefs, distancing and psychological QoL

A mediation analysis revealed that avoidant PB indirectly predicted changes in psychological QoL following treatment (i.e., psychological QoL at T1, while controlling for its value at T0), through its effect on changes in distancing coping following treatment. As can be seen in Figure 3.1, avoidant PB was a statistically significant predictor of distancing coping, but the direct effect between avoidant PB and psychological QoL was not statistically significant, $t(55) = .01$, $p = .97$. However, distancing coping was negatively associated with psychological QoL. A bias-corrected bootstrap 95% confidence interval for the standardized indirect effect (-.17) based on 5,000 bootstrap samples was entirely below zero [-.37; -.02], involving a statistically significant indirect effect. In other words, the more individuals presented avoidant PB prior to therapy, the less they improved their psychological QoL following the CBT treatment, and that relation can be explained by the fact that individuals with avoidant PB improved less on their level of distancing coping following treatment. These results suggest that avoidant personality beliefs hamper benefits in psychological QoL following a CBT psychotherapy for PTSD because these beliefs hamper a reduction in distancing coping following treatment, which in turns affects the level of changes in psychological QoL.

[Insert Figure 3.1](#)

3.3.4.2 Dependent beliefs, distancing and psychological QoL

Another mediation analysis indicated that dependent PB indirectly predicted changes in psychological QoL following treatment (i.e., psychological QoL at T1, while controlling for its value at T0), through its effect on changes in distancing coping following treatment. As can be seen in Figure 3.2, dependent PB was a statistically significant predictor of distancing coping, but the direct effect between dependent PB and psychological QoL was not statistically significant, $t(55) = .17$, $p = .211$. However, distancing coping was negatively associated with psychological QoL. A bias-corrected bootstrap 95% confidence interval for the standardized indirect effect (-.15) based on 5,000 bootstrap samples was entirely below zero [-.34; -.03], involving a statistically significant indirect effect. This means that the more individuals presented dependent PB prior to therapy, the less they improved their psychological QoL following the CBT treatment, and that relation can be explained by the fact that individuals with dependent PB improved less their level of distancing coping following treatment. These results suggest that dependent personality beliefs hamper benefits in psychological QoL following a CBT psychotherapy for PTSD because these beliefs hamper a reduction in distancing coping strategies following treatment, which in turns affects the level of changes in psychological QoL.

[Insert Figure 3.2](#)

3.4 Discussion

The present study examined the links between personality beliefs, coping strategies and QoL, in a sample of individuals, who received a CBT for their PTSD. Regarding the first objective, our data indicate that most pre-treatment PB and post-treatment distancing/avoidant coping are correlated. In other words, the more an individual holds dysfunctional beliefs prior to therapy, the more he is likely to use cognitive efforts to detach himself from the situation and to minimize its significance, after therapy.

Our results are consistent with the findings of Johnson, Sheahan, and Chard (2003) in a treatment-seeking sample of adult females. The authors found associations between personality disorders and avoidant coping, and our study showed links between personality beliefs and distancing/avoidant coping. Personality-related cognitive features appear to be associated with avoidance coping strategies in individuals with PTSD.

However, contrary to our hypotheses, few associations were found between baseline PB and pre-treatment coping strategies (distancing, social support or positive reappraisal). This could be explained by the possibility that the relationships between these variables before treatment are indirect and/or complex. For example, some other variables that were not assessed in this study could reveal an association between PB and coping strategies, such as intermediate beliefs or trauma-related beliefs. Moreover, PB were not statistically related to seeking social support or positive reappraisal after therapy. Trauma related-beliefs or assumptions tend to change through psychotherapy (Diehle, Schmitt, Daams, Boer, & Lindauer, 2014), and could also moderate the associations between core beliefs and coping strategies.

Regarding the links between coping and QoL, our results are also consistent with some findings of Laffey (2017). We found that distancing coping is related with lower physical, psychological, and environmental QoL, and Laffey showed that disengagement coping predicts a lower psychological QoL¹³. Their study also showed that positive reframing and emotional support seeking were coping strategies linked with a better QoL. Our results point in the same direction; showing that social, environmental or psychological QoL are positively linked with either (or both) seeking social support coping and positive reappraisal¹⁴ at pre or post-treatment. Hence, cross-sectional, longitudinal and CBT studies showed that avoidant coping is related to PTSD symptoms, dysfunction or distress (Badour et al., 2012; Boden et al., 2012; Littleton et al., 2007; Tiet et al., 2006).

Regarding the second objective, we found that avoidant or dependent PB at baseline have an indirect effect on changes in psychological QoL following a CBT, through the changes in distancing coping. In other words, the more individuals presented avoidant (e.g: "Being exposed as inferior or inadequate will be intolerable") or dependent (e.g: "I am helpless when I'm left on my own") PB at pre-treatment, the less they tend to reduce their level of [maladaptive] distancing coping (e.g., efforts to forget the situation or hoping that the situation disappears) during the course of treatment, which lead them to less improvement in psychological QoL (e.g., more negative feelings, life perceived as having less meaning).

¹³ Distancing and disengagement are similar strategies implying escape/avoidance coping.

¹⁴ Positive reappraisal and positive reframing both refer to cognitive reframing or restructuring a negative event as more positive (Skinner, & Zimmer-Gembeck, 2016). They both refer to an «accommodation» coping family, on the basis of the conceptualization of Skinner et al. (2003).

Interestingly, Johnson, Sheahan, and Chard (2003) found that avoidant and dependent personality disorders were more prevalent among people with PTSD than those without PTSD, and we found that avoidant and dependent PB predicted less improvement in distancing coping through psychotherapy. Taken together, those results show some similarities in the associations between the characteristics of these personality disorders and escape/avoidance-type coping strategies in individuals with PTSD.

Although our study focussed on QoL, findings from previous treatment studies regarding symptom outcomes also appear consistent with our results. For example, personality beliefs were associated with more symptoms following treatment of patients with PTSD (Békés et al., 2018), anxiety disorders (Weertman et al., 2005), bulimia (Leung et al., 2000), or depression (Kuyken et al., 2001). Regarding the changes in coping and treatment outcomes, Boden et al. (2012) found that decreases in avoidant coping could predict lower PTSD symptoms following CBT. However, as previous studies have shown, PTSD symptoms and QoL do not always improve to the same extent (Monson et al., 2017; Schnurr & Lunney, 2016). Our results may explain a portion of the QoL outcomes. Moreover, Laffey (2017) showed that an increase in disengagement in psychotherapy was associated with poorer psychological QoL at post-treatment. Similarly, we found that less improvements in distancing was related to less positive changes in psychological QoL resulting from treatment. Individuals may show less improvements in QoL if they tend to avoid addressing the problem, for example, by trying to forget it. Thereby, the possibility to overcome their difficulties, experience positive feelings or find meaning in their life may be reduced.

In summary, it may be relevant to target avoidant and dependent beliefs in CBT for PTSD. The early consideration of significant personality beliefs in treatment could help understand how they affect the patient's difficulties and dysfunctional coping strategies (Beck et al., 2001). In a CBT for PTSD, the assessment and cognitive

restructuring of significant personality beliefs (e.g.: avoidant and dependent PB) could be important since they may negatively impact the treatment effects on distancing coping and psychological QoL. Addressing these dysfunctional personality beliefs may also indirectly modify problematic behaviors (Butler, Brown, Beck, & Grisham, 2002), such as distancing/avoidant coping. Our results also attest to the relevance of studying the associations between coping strategies and QoL, before and after a treatment, since improvements in adaptative coping strategies could be associated with a better QoL in individuals who are treated for PTSD.

3.4.1 Strengths and limitations

To our knowledge, this is the first study to explore the links between personality beliefs and coping strategies in a population of individuals who received CBT for their PTSD. Hence, no previous study considered personality beliefs as predictors of the levels of QoL improvement following CBT for PTSD, or considered changes in coping strategies as mediators of this association.

In addition, the assessment of symptoms was carried out by independent assessors and the questionnaires used showed good psychometric properties. The psychotherapy was conducted by psychologists who followed an evidence-based protocol.

However, we recognize that our study also entails some limitations. First, the small sample size did not allow sufficient statistical power to include other control variables in the mediation analyzes, such as demographic variables. Moreover, the PBQ was only administered before psychotherapy. The completion of this questionnaire after treatment would make it possible to study changes in PB through therapy, as well as their links with treatment outcomes. For example, Cockram, Drummond, and Lee (2010) found that most cognitive schemas decreased in severity following a

psychotherapy with veterans, and that some of these changes predicted an improvement in PTSD severity. Also, the measure of other coping strategies would allow a more complete assessment of the links between PB and the various coping families (e.g.: information seeking, helplessness, self-reliance, delegation, submission), as well as their relationships with QoL outcomes.

In future studies, adding a waiting-list control group would allow us to compare personality beliefs and coping strategies between individuals who received psychotherapy and those who did not. Hence, when further studying the effects of beliefs and coping strategies on treatment outcomes, it would be relevant to consider other variables such as the feelings of alienation or permanent changes following the trauma, dysfunctional perceptions of one's symptoms (Ehlers et al., 1998; Steil & Ehlers, 2000), trauma related-beliefs or assumptions (Diehle, Schmitt, Daams, Boer, & Lindauer, 2014) anger (Taylor et al., 2001), pain (Bartoszek, Hannan, Kamm, Pamp, & Maieritsch, 2017) or social support (Fredette, El-Baalbaki, Palardy, Rizkallah, & Guay, 2016), since they could also influence the treatment outcomes.

3.5 Conclusions

Our results indicate the probable links between some core beliefs, distancing/avoidant coping strategies and QoL. A better understanding of cognitive, behavioral, emotional, physical and social factors that influence treatment outcomes may help to optimize CBT for PTSD for the percentage of patients who benefit less from treatment. More studies are needed regarding core beliefs and coping strategies. The exploration of these factors, as well as the inclusion of other variables, contributes to a better understanding of the factors that can influence quality of life outcomes.

ACKNOWLEDGMENTS

The data used in this article is part of a larger longitudinal/correlational treatment study. Preparation of the study was facilitated by a grant [Grant number 410-2009-1844] from the Social Sciences and Humanities Research Council (SSHRC) awarded to André Marchand, Principal Investigator for the initial project.

REFERENCES

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Amir, M., Kaplan, Z., Efroni, R., Levine, Y., Benjamin, J., & Kotler, M. (1997). Coping styles in post-traumatic stress disorder (PTSD) patients. *Personality and Individual Differences*, 23(3), 399-405. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)80005-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(97)80005-0)
- Badour, C. L., Blonigen, D. M., Boden, M. T., Feldner, M. T., & Bonn-Miller, M. O. (2012). A longitudinal test of the bi-directional relations between avoidance coping and PTSD severity during and after PTSD treatment. *Behaviour Research & Therapy*, 50(10), 610-616. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.06.006>
- Bartoszek, G., Hannan, S. M., Kamm, J., Pamp, B., & Maieritsch, K. P. (2017). Trauma-related pain, reexperiencing symptoms, and treatment of posttraumatic stress disorder: A longitudinal study of veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 288-295. <https://doi.org/10.1002/jts.22183>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*: Hoeber Medical Division, New York, NY, US: Harper & Row.
- Beck, A. T., & Beck, J. S. (1991). *The Personality Belief Questionnaire. Unpublished assessment instrument*. Bala Cynwyd, PA: The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
- Beck, A. T., Butler, A. C., Brown, G., Dahlsgaard, K. K., Newman, C. F., & Beck, J. S. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 1213-1225. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00099-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00099-1)
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2014). *Cognitive Therapy of Personality Disorders, Third Edition*. New York, NY, US: Guilford Publications.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy, Second Edition: Basics and Beyond*. New York, NY, US: Guilford Publications.

- Békés, V., Beaulieu-Prévost, D., Guay, S., Belleville, G., & Marchand, A. (2018). Trauma-related negative cognitions mediate the relationship between avoidant personality beliefs and impeded response to psychotherapy for PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28(3), 297-312. <https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1500504>
- Bhar, S. S., Beck, A. T., & Butler, A. C. (2012). Beliefs and personality disorders: an overview of the personality beliefs questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 68(1), 88-100. <https://doi.org/10.1002/jclp.20856>
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75-90. <https://doi.org/10.1002/jts.2490080106>
- Boden, M. T., Bonn-Miller, M. O., Vujanovic, A. A., & Drescher, K. D. (2012). A prospective investigation of changes in avoidant and active coping and posttraumatic stress disorder symptoms among military Veteran. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(4), 433-439. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9293-6>
- Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Richer, C., & Wright, J. (1995). Nature des stratégies d'adaptation au sein des relations conjugales: présentation d'une version abrégée du Ways of Coping Questionnaire. [The nature of coping strategies in marital relationships: A brief version of the Ways of Coping Questionnaire (WCQ)]. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 27(3), 371-377. <http://dx.doi.org/10.1037/0008-400X.27.3.371>
- Bourdon, D.-É., El-Baalbaki, G., Girard, D., Lapointe-Blackburn, É., & Guay, S. (2019). Schemas and coping strategies in cognitive-behavioral therapy for PTSD: A systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 3(1), 33-47. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.09.005>
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 214-227. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>
- Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T., & Grisham, J. R. (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy*, 40(10), 1231-1240. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00031-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00031-1)

- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Cockram, D. M., Drummond, P. D., & Lee, C. W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(3), 165-182. <https://doi.org/10.1002/cpp.690>
- Diehle, J., Schmitt, K., Daams, J. G., Boer, F., & Lindauer, R. J. (2014). Effects of psychotherapy on trauma-related cognitions in posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 27(3), 257-264. <https://doi.org/10.1002/jts.21924>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Ehlers, A., Clark, D. M., Dunmore, E., Jaycox, L., Meadows, E., & Foa, E. B. (1998). Predicting response to exposure treatment in PTSD: the role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 457-471. <https://doi.org/10.1023/A:1024448511504>
- Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N., Wild, J., Liness, S., Albert, I., . . . Clark, D. M. (2014). A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 294-304. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13040552>
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*: American Psychiatric Press: Washington, D.C.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.)* (E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman, & J. A. Cohen Eds.). New York, NY, US: Guilford Press.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

- Fournier, J. C., Derubeis, R. J., & Beck, A. T. (2012). Dysfunctional cognitions in personality pathology: the structure and validity of the Personality Belief Questionnaire. *Psychological Medicine*, 42(4), 795-805. <https://doi.org/10.1017/s0033291711001711>
- Fredette, C., El-Baalbaki, G., Palardy, V., Rizkallah, E., & Guay, S. (2016). Social support and cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Traumatology*, 22(2), 131-144. <https://doi.org/10.1037/trm0000070>
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Drouin, M. S., & Guay, S. (2009). Effectiveness of cognitive behavioural therapy administered by videoconference for posttraumatic stress disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(1), 42-53. <https://doi.org/10.1080/16506070802473494>
- Gil, S. (2005). Coping style in predicting posttraumatic stress disorder among Israeli students. *Anxiety, Stress, & Coping*, 18(4), 351-359. <https://doi.org/10.1080/10615800500392732>
- Guay, S., Fortin, C., Fikretoglu, D., Poundja, J., & Brunet, A. (2015). Validation of the WHOQOL-BREF in a sample of male treatment-seeking veterans. *Military Psychology*, 27, 85-92. <https://doi.org/10.1037/mil0000065>
- Guay, S., & Marchand, A. (2007). *Étude comparative de l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble de stress post-traumatique avec ou sans la participation du conjoint ou d'un proche*. Rapport d'une recherche subventionnée par le Fond de la recherche en santé du Québec (#3899-15).
- Gutner, C. A., Rizvi, S. L., Monson, C. M., & Resick, P. A. (2006). Changes in coping strategies, relationship to the perpetrator, and posttraumatic distress in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 813-823. <https://doi.org/10.1002/jts.20158>
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Hembree, E. A., Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2004). Impact of personality disorders on treatment outcome for female assault survivors with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 117-127. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.117.32767>

- Johnson, D. M., Sheahan, T. C., & Chard, K. M. (2003). Personality disorders, coping strategies, and posttraumatic stress disorder in women with histories of childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(2), 19-39. https://doi.org/10.1300/J070v12n02_02
- Jones, S. H., Burrell-Hodgson, G., & Tate, G. (2007). Relationships between the personality beliefs questionnaire and self-rated personality disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(Pt 2), 247-251. <https://doi.org/10.1348/014466506X164791>
- Krus, G. (2016). *Relationships between personality disorder beliefs and personality disorder features among young and older adults*. University of Colorado Colorado Springs. Kraemer Family Library.
- Kuyken, W., Kurzer, N., DeRubeis, R. J., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2001). Response to cognitive therapy in depression: The role of maladaptive beliefs and personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 560-566. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.69.3.560>
- Laffey, M. E. (2017). *Effects of coping on quality of life in veterans with posttraumatic stress disorder*. Retrieved from ProQuest Dissertations & Theses Global. (1949407716).
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. (2000). Outcome of group cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa: The role of core beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 38(2), 145-156. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00026-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00026-1)
- Littleton, H., Horsley, S., John, S., & Nelson, D. V. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 977-988. <https://doi.org/10.1002/jts.20276>
- McMurran, M., & Christopher, G. (2008). Dysfunctional beliefs and antisocial personality disorder. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19(4), 533-542. <https://doi.org/10.1080/14789940801947800>
- Medema, D. (2012). *Coping styles in the treatment of traumatized refugees*. (Master Clinical and Health Psychology), Utrecht University. Retrieved from <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/252947/Medema%200467944.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Mishara, B. (1987). *Traduction française du Ways of Coping Questionnaire*. Unpublished manuscript, UQAM.
- Monson, E., Caron, J., McCloskey, K., & Brunet, A. (2017). Longitudinal analysis of quality of life across the trauma spectrum. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(5), 605-612. <https://doi.org/10.1037/tra0000254>
- Nachar, N., Guay, S., Beaulieu-Prévost, D., & Marchand, A. (2013). Assessment of the psychosocial predictors of health-related quality of life in a PTSD clinical sample. *Traumatology*, 19(1), 20-27. <https://doi.org/10.1177/1534765612438944>
- Paunovic, N., & Öst, L.-G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*, 39(10), 1183-1197. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00093-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00093-0)
- Pietrzak, R. H., Harpaz-Rotem, I., & Southwick, S. M. (2011). Cognitive-behavioral coping strategies associated with combat-related PTSD in treatment-seeking OEF-OIF Veterans. *Psychiatry Research*, 189(2), 251-258. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.07.019>
- Riso, L. P., & McBride, C. (2007). Introduction: A return to a focus on cognitive schemas. In L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein, & J. E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. 3-9). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Schnurr, P. P., Hayes, A. F., Lunney, C. A., McFall, M., & Uddo, M. (2006). Longitudinal analysis of the relationship between symptoms and quality of life in veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 707-713. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.707>
- Schnurr, P. P., & Lunney, C. A. (2016). Symptom benchmarks of improved quality of life in PTSD. *Depression and Anxiety*, 33(3), 247-255. <https://doi.org/10.1002/da.22477>
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>

- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2016). Ways and families of coping as adaptive Processes. In *The Development of Coping*: Springer, Cham.
- Sofko, C. A., Currier, J. M., & Drescher, K. D. (2016). Prospective associations between changes in mental health symptoms and health-related quality of life in veterans seeking posttraumatic stress disorder residential treatment. *Anxiety Stress Coping*, 29(6), 630-643. <https://doi.org/10.1080/10615806.2016.1157171>
- Steil, R., & Ehlers, A. (2000). Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behaviour Research & Therapy*, 38(6), 537-558. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00069-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00069-8)
- Taylor, S., Fedoroff, I. C., Koch, W. J., Thordarson, D. S., Fecteau, G., & Nicki, R. M. (2001). Posttraumatic stress disorder arising after road traffic collisions: Patterns of response to cognitive-behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 541-551. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.3.541>
- Taymur, İ., Türkçapar, M. H., Özdel, K., Sargın, A. E., Çalışgan, L., Zamkı, E., & Demirel, B. (2012). Sociodemographic and cognitive risk factors for acute stress disorder and PTSD after an industrial explosion. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 13(4), 270-276.
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
- Tiet, Q. Q., Rosen, C., Cavella, S., Moos, R. H., Finney, J. W., & Yesavage, J. (2006). Coping, symptoms, and functioning outcomes of patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 799-811. <https://doi.org/10.1002/jts.20185>
- Trull, T. J., Goodwin, A. H., Schopp, L. H., Hillenbrand, T. L., & Schuster, T. (1993). Psychometric properties of a cognitive measure of personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 61(3), 536-546. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6103_10

- Tsai, J., Harpaz-Rotem, I., Pietrzak, R. H., & Southwick, S. M. (2012). The role of coping, resilience, and social support in mediating the relation between PTSD and social functioning in veterans returning from Iraq and Afghanistan. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 75(2), 135-149. <https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.2.135>
- Weertman, A., Arntz, A., Schouten, E., & Dreessen, L. (2005). Influences of beliefs and personality disorders on treatment outcome in anxiety patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 936-944. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.5.936>

Tables

Table 3.1

Correlations between coping, quality of life and personality beliefs

		Social		Reappraisal		Distancing		Phy QoL		Psy QoL		Soc QoL		Env QoL	
		Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Social	pre	-													
	post	.34**	-												
Reappraisal	pre	.45**	.12	-											
	post	.13	.52**	.41**	-										
Distancing	pre	.02	.09	.26*	.11	-									
	post	.12	.21	.19	.06	.50**	-								
Phy QoL	pre	-.13	.04	-.26	-.24	-.10	-.14	-							
	post	-.10	.17	-.14	.20	-.05	-.32**	.52**	-						
Psy QoL	pre	.23	.27*	.11	.14	-.06	-.06	.49**	.41**	-					
	post	.06	.20	.06	.42**	-.08	-.37**	.20	.80**	.54**	-				
Soc QoL	pre	.29*	.24	.29*	.14	.06	-.05	.18	.33**	.45**	.38**	-			
	post	.11	.33**	.03	.37**	-.05	-.19	.06	.64**	.24	.71**	.39**	-		
Env QoL	pre	.28*	.21	.03	.19	-.09	-.15	.53**	.37**	.62**	.39**	.33**	.20	-	
	post	.20	.26*	-.04	.36**	-.09	-.35**	.25	.65**	.48**	.81**	.32*	.61**	.59**	-
Avoidant		-.08	-.10	.17	.14	.29*	.47**	-.24	-.19	-.43**	-.30*	-.11	-.18	-.32*	-.34**
Dependent		.19	-.01	.08	.05	.07	.39**	-.38**	-.31*	-.44**	-.28*	-.11	-.21	-.37**	-.28*
Passive		.01	-.11	.16	.12	.07	.34**	-.09	-.07	-.14	-.10	.10	-.08	-.17	-.17
Obsessive		.13	.03	.22	.08	.20	.40**	-.12	.01	.00	-.05	.17	-.06	-.03	-.16
Antisocial		.08	-.09	.15	.08	.14	.25*	-.15	-.02	-.11	-.03	.04	-.19	-.10	-.14
Narcissistic		.18	-.03	.30*	.12	.01	.35**	-.29*	-.13	-.19	-.04	.07	-.05	-.17	-.12
Histrionic		.09	-.15	.16	.01	.03	.28*	-.11	-.09	-.06	.00	.01	-.06	-.05	-.07
Schizoid		-.03	-.12	.19	.07	.16	.18	-.09	-.04	-.18	-.12	-.13	-.14	-.20	-.16
Paranoid		-.12	-.21	.09	-.01	.19	.38**	-.23	-.27*	-.41**	-.37**	-.18	-.34**	-.44**	-.47**
Borderline		-.06	-.14	.08	.01	.26*	.43**	-.34**	-.29*	-.54**	-.39**	-.19	-.33**	-.51**	-.48**

Note: Pearson correlations between distancing/avoidant coping (Ways of Coping scale; WCS; Mishara, 1987), quality of life (WHOQOL-BREF; The WHOQOL Group, 1998) and personality beliefs (Personality Beliefs Questionnaire; PBQ; Beck & Beck, 1991). The borderline scale of the PBQ is composed from items of the other personality types. For the scales used in these analyses, the percentage of missing data varied from 4.2% to 12.6%, due to clerical errors in data collection; N = 58 to 68. Social = Seeking social support scale from the WCS; Reappraisal = positive reappraisal scale from the WCS; Distancing= distancing coping scale from the WCS; Phy QoL= physical quality of life scale of the WHOQOL-BREF; Psy QoL = Psychological quality of life scale of the WHOQOL-BREF; Soc QoL = Social relationships quality of life scale of the WHOQOL-BREF; Env QoL = Environmental quality of life scale of the WHOQOL-BREF; Passive = passive aggressive scale of the PBQ; Obsessive = obsessive-compulsive scale of PBQ; Pre = pretreatment; Post = post-treatment.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Table 3.2

Intercorrelations between personality beliefs (T0), means and standard deviations

	Mean (SD)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Avoidant	23.58 (9.60)	-									
2. Dependent	18.63 (10.95)	.64**	-								
3. Passive	23.26 (8.70)	.54**	.53**	-							
4. Obsessive	23.56 (11.47)	.54**	.46**	.48**	-						
5. Antisocial	12.38 (8.32)	.42**	.44**	.51**	.61**	-					
6. Narcissistic	10.28 (8.28)	.46**	.52**	.51**	.63**	.75**	-				
7. Histrionic	14.44 (8.39)	.46**	.45**	.51**	.43**	.58**	.76**	-			
8. Schizoid	20.79 (8.96)	.27*	.10	.35**	.29*	.40**	.37**	.29*	-		
9. Paranoid	17.62 (11.88)	.58**	.56**	.63**	.54**	.69**	.60**	.43**	.46**	-	
10. Borderline	18.59 (10.08)	.79**	.80**	.60**	.59**	.63**	.54**	.43**	.37**	.86**	-

Note: Means and intercorrelations (Pearson) of personality beliefs scales from the Personality Beliefs Questionnaire (PBQ; Beck & Beck, 1991). The borderline scale of the PBQ is composed from items of the other personality types. For these scales the percentage of missing data was around 8.45% due to clerical errors in data collection; N = 65. SD = Standard deviation; Passive = passive aggressive scale of the PBQ; Obsessive = obsessive-compulsive scale of PBQ.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

Table 3.3

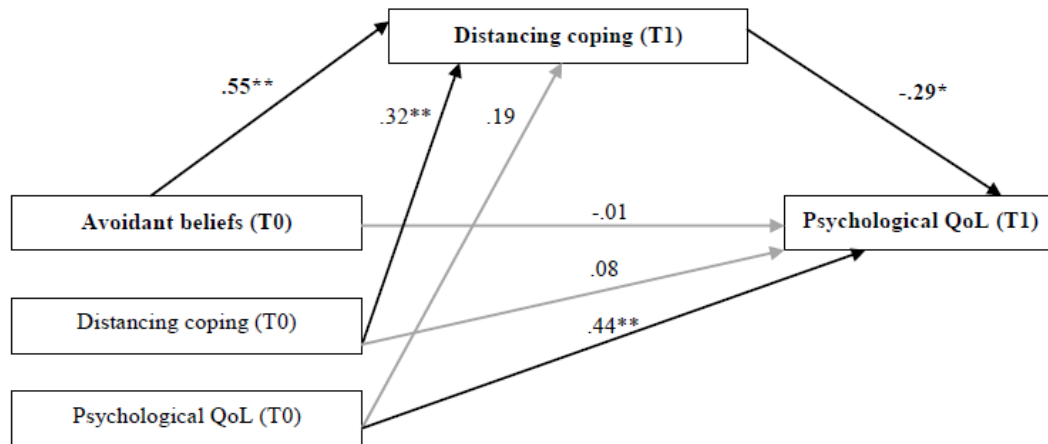
Means of coping and quality of life, and pre-post differences

		Mean (SD)	<i>T</i>	<i>Df</i>
WCS Social	pre	9.23 (4.20)	-2.60*	58
	post	10.95 (4.61)		
WCS Reappraisal	pre	10.32 (5.44)	-8.00**	58
	post	16.69 (5.80)		
WCS Distancing	pre	8.64 (4.12)	6.83**	58
	post	4.97 (4.15)		
Phy QoL	pre	42.80 (17.20)	-9.30**	70
	post	64.23 (19.40)		
Psy QoL	pre	38.32 (16.37)	-9.24**	61
	post	59.14 (19.92)		
Soc QoL	pre	45.69 (19.07)	-5.61**	59
	post	61.67 (20.71)		
Env QoL	pre	54.43 (15.66)	-6.98**	60
	post	67.24 (15.89)		

Note: Means and standard deviations are presented for each scale, as well as paired t-tests for each scale to compare pre and post-treatment means. For the scales used in these analyses, the percentage of missing data varied from 4.2% to 12.6%, due to clerical errors in data collection. For the WHOQOL-BREF (The WHOQOL Group, 1998), the total scores can vary from 0 to 100. For the Ways of Coping scale (WCS, Mishara, 1987), the total scores for each scale can vary from 0 to 18 for seeking social support, from 0 to 27 for positive reappraisal and from 0 to 18 for distancing. Pre = pretreatment; Post = post-treatment; Distancing = distancing/avoidant coping scale from the WCS; Social = Seeking social support scale from the WCS; Reappraisal = positive reappraisal scale from the WCS; Phy QoL = Physical quality of life scale of the WHOQOL-BREF; Psy QoL = Psychological quality of life scale of the WHOQOL-BREF; Soc QoL = Social relationships quality of life scale of the WHOQOL-BREF; Env QoL = Environmental quality of life scale of the WHOQOL-BREF.

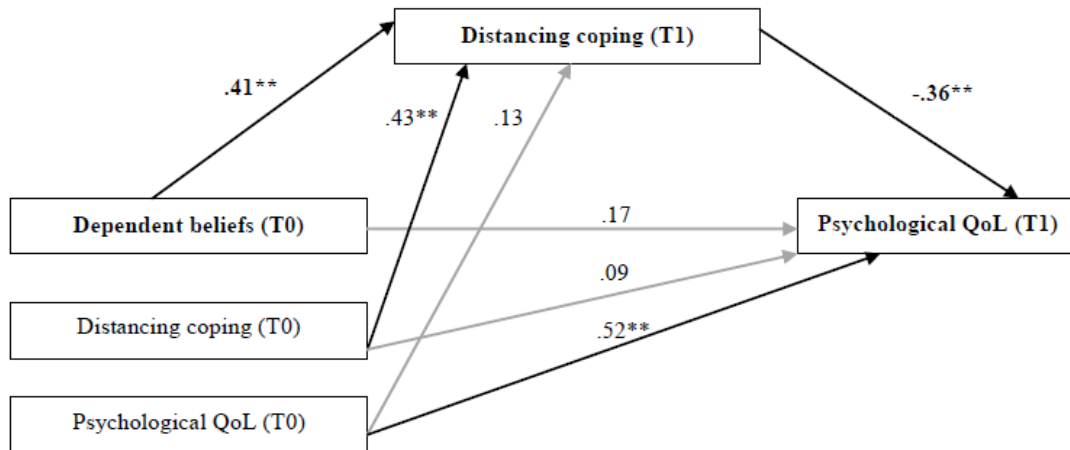
* $p < .05$. ** $p < .01$.

Figures



[Figure 3.1](#). Mediation model (on the basis of Hayes, 2013). $N = 55$. Significant relationships are identified black arrows, with the standardized beta coefficient. Non-significant links are identified with gray arrows and the standardized beta coefficient. Avoidant personality beliefs (Personality Beliefs Questionnaire; Beck & Beck, 1991); distancing coping (Ways of Coping scale; Mishara, 1987); psychological quality of life (WHOQOL-BREF; The WHOQOL Group, 1998). Pre = pretreatment (T0); Post = post-treatment (T1).

* $p < .05$. ** $p < .01$.



[Figure 3.2.](#) Mediation model (on the basis of Hayes, 2013). $N = 55$. Significant relationships are identified black arrows, with the standardized beta coefficient. Non-significant links are identified with gray arrows and the standardized beta coefficient. Dependent personality beliefs (Personality Beliefs Questionnaire; Beck & Beck, 1991); distancing coping (Ways of Coping scale; Mishara, 1987); psychological quality of life (WHOQOL-BREF; The WHOQOL Group, 1998). Pre = pretreatment (T0); Post = post-treatment (T1).

* $p < .05$. ** $p < .01$.

CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

Dans ce chapitre, nous reviendrons sur les buts et objectifs de la thèse, ainsi que sur les méthodes utilisées. Une synthèse des résultats obtenus dans les deux articles présentés aux chapitres II et III sera ensuite présentée. Nous reviendrons sur les forces et limites méthodologiques de nos études. Nous soulignerons aussi les implications cliniques des résultats de la présente thèse et des suggestions pour de prochaines recherches. Nous terminons par une conclusion générale.

4.1 Buts, objectifs et méthodes de la thèse

La présente thèse portait sur les croyances fondamentales et les stratégies d'adaptation, dans un contexte d'études de traitement cognitif-comportemental du TSPT. Elle avait pour objectif principal d'approfondir les connaissances sur les croyances fondamentales et les stratégies d'adaptation (*coping strategies*) chez les personnes souffrant de TSPT, lors d'une thérapie d'approche cognitive-comportementale (TCC). Pour ce faire, une recension systématique des écrits et une étude empirique ont été effectuées.

4.2 Synthèse des résultats et parallèles avec les écrits scientifiques

4.2.1 Chapitre II : Recension systématique des écrits

Dans la recension systématique des écrits présentée au chapitre II, nous nous sommes demandé si les croyances fondamentales et/ou les stratégies d'adaptation en prétraitement pourraient avoir un effet sur les résultats d'une TCC. Nous nous sommes aussi questionnés sur l'effet de la TCC sur les croyances fondamentales et les stratégies d'adaptation en nous demandant si elles sont susceptibles de changer significativement à la suite d'une TCC. La recension systématique des écrits présente les résultats en deux parties principales ; l'une concernant les schémas cognitifs et l'autre les stratégies d'adaptation. La recherche systématique a permis d'inclure un total de dix études.

Une seule étude a été retenue concernant les schémas cognitifs (Cockram *et al.*, 2010). Cette dernière démontre le rôle potentiel du changement de certains schémas cognitifs dans le domaine du manque d'autonomie et de performance (dépendance, vulnérabilité, fusion, échec) sur les résultats de la psychothérapie, tout en soulignant que la plupart des schémas se modifient positivement au cours d'une thérapie des schémas chez un groupe de vétérans. Toutefois, il est impossible de généraliser ces résultats en fonction d'une seule étude. Concernant les schémas cognitifs, ces questions ne peuvent donc pas être répondues de manière définitive.

En ce qui a trait aux stratégies d'adaptation, neuf études ont été incluses. Quatre études soulignent l'effet potentiel des stratégies d'adaptation sur les résultats d'un traitement. Bien que les résultats de certaines études varient, il semble généralement exister un lien entre l'utilisation de stratégies d'évitement avant le traitement et la sévérité des symptômes de TSPT après le traitement. De plus, les résultats de six études soutiennent que les stratégies d'adaptation s'améliorent à la suite d'une

psychothérapie incluant des composantes cognitives comportementales. Par exemple, les stratégies actives, de réévaluation et de soutien social tendent à augmenter entre le début et la fin du traitement, alors que les stratégies d'évitement ont tendance à diminuer. Une seule des études retenues ne rapporte aucun changement dans les stratégies évaluées. Malgré certaines limites des études incluses et de la recension, les résultats soulignent la pertinence d'étudier les stratégies d'adaptation et les schémas cognitifs dans les études de traitement cognitif-comportemental du TSPT.

4.2.2 Chapitre III : Étude empirique

Le chapitre III comprend un article portant sur les résultats d'une étude empirique corrélationnelle d'une thérapie cognitive-comportementale du TSPT. Il y a été question des liens entre les croyances de la personnalité (p. ex. évitante, dépendante, borderline) et les stratégies d'adaptation (recherche de soutien social, réévaluation positive, distanciation) chez des personnes souffrant de TSPT, avant et après une TCC. L'effet potentiel des croyances de la personnalité sur les résultats d'une TCC en termes de la qualité de vie a été étudié, et ce, en considérant également les liens entre ces variables et les changements dans les stratégies d'adaptation pendant la thérapie.

Dans un premier temps, certaines corrélations significatives entre les croyances fondamentales de la personnalité et les stratégies d'adaptation ont été trouvées. Notamment, les croyances de la personnalité narcissique corrélaient avec la réévaluation positive au prétraitement, et les croyances de la personnalité évitante et borderline corrélaient positivement avec la distanciation au prétraitement. Or, les résultats n'ont pas démontré de corrélations statistiquement significatives entre les croyances de la personnalité et la recherche de soutien social, autant au prétraitement qu'au post-traitement, ni entre les croyances de la personnalité et la réévaluation positive au post-traitement. Plusieurs corrélations significatives modérées ont été trouvées entre la plupart des croyances de la personnalité et la distanciation après le

traitement. Ces résultats pourraient signifier que plus un individu présente de croyances dysfonctionnelles avant la thérapie, plus il pourrait avoir tendance à utiliser des efforts cognitifs pour se détacher de la situation et minimiser sa signification après la psychothérapie.

Nos résultats présentent certains points communs avec ceux d'une étude concernant les liens entre les troubles de la personnalité et les stratégies d'adaptation. En effet, Johnson *et al.* (2003) ont trouvé des liens entre les troubles de la personnalité et l'utilisation de stratégies d'évitement, et notre étude a démontré des liens entre les croyances de la personnalité et l'utilisation de stratégies de distanciation.

Dans notre étude, des corrélations significatives ont aussi été trouvées entre certaines stratégies d'adaptation et la qualité de vie, au pré ou post-traitement. Par exemple, après le traitement, la QV sociale, environnementale et psychologique corrélaient positivement avec la recherche de soutien social et la réévaluation positive. Nos résultats soulignent aussi que les stratégies de distanciation après la thérapie seraient liées statistiquement à une moins bonne QV physique, psychologique et environnementale en post-traitement. Ces résultats suggèrent que des stratégies plus adaptées sont liées à une meilleure qualité de vie, alors que des stratégies plus dysfonctionnelles sont plutôt associées avec une moins bonne qualité de vie.

Certains de ces résultats semblent cohérents avec ceux d'une étude de Laffey (2017) qui a démontré que les stratégies de désengagement prédiraient une moindre qualité de vie psychologique, et que la réévaluation positive et la recherche de soutien seraient associées à une meilleure qualité de vie après le traitement. De plus, des études transversales, longitudinales, et des études de TCC auprès d'individus souffrant de TSPT, ont souligné des liens entre les stratégies d'évitement ainsi que les symptômes post-traumatiques, la dysfonction psychosociale ou la détresse (Badour *et al.*, 2012; Boden *et al.*, 2012; Littleton *et al.*, 2007; Tiet *et al.*, 2006).

Par ailleurs, nos résultats soutiennent que l'effet des croyances fondamentales sur les résultats de la psychothérapie en ce qui concerne la qualité de vie, pourrait passer par les changements dans l'utilisation de la distanciation, en cours de psychothérapie. Plus précisément, nos résultats suggèrent que plus un individu présente des croyances de la personnalité évitante (p. ex. : « Si je laisse les gens s'approcher de moi, ils vont découvrir ce que je suis vraiment et me rejeter. ») ou dépendante (p. ex. : « Je suis fondamentalement seul(e) — à moins de pouvoir m'attacher à quelqu'un de plus fort que moi. ») en prétraitement, moins il serait susceptible de bénéficier de la thérapie puisque ces croyances semblent nuire aux améliorations quant aux stratégies de distanciation pendant le traitement (p. ex. : « J'ai essayé de tout oublier. » ou « J'ai continué comme si rien ne s'était passé. »), ce qui interférerait avec les changements positifs dans la QV psychologique (p. ex. : « Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de vous-même ? ») à la suite de la psychothérapie.

De manière intéressante, Johnson *et al.* (2003) ont constaté que les troubles de personnalité évitante et dépendante étaient davantage présents chez les personnes souffrant de TSPT, en comparaison avec ceux n'ayant pas ce diagnostic. Nos données, combinées avec celles de cette étude, démontrent des similitudes dans les liens entre les caractéristiques de ces troubles de la personnalité et les stratégies d'adaptation qui impliquent de l'évitement.

Bien que notre étude cible les résultats de la TCC en termes de qualité de vie, des résultats d'études précédentes concernant les symptômes à la suite d'une psychothérapie semblent cohérents avec nos données. Par exemple, des croyances de la personnalité ont été associées avec davantage de symptômes après la psychothérapie de patients souffrant d'un TSPT (Békés *et al.*, 2018), d'un trouble anxieux (Weertman *et al.*, 2005), de la boulimie (Leung *et al.*, 2000), ou d'une dépression (Kuyken *et al.*, 2001). Quant aux changements dans les stratégies d'adaptation pendant le traitement, Boden *et al.* (2012) soulignent qu'une diminution

de l'évitement pourrait prédire des symptômes de TSPT moins sévères après la psychothérapie.

Or, certaines études ont montré que les symptômes post-traumatiques et la qualité de vie n'évoluent pas nécessairement de la même façon (Monson *et al.*, 2017; Schnurr et Lunney, 2016). Nos résultats pourraient contribuer à expliquer une partie des résultats quant à la QV. Laffey (2017) a démontré qu'une augmentation du désengagement pendant la thérapie serait associée avec une plus faible QV psychologique après le traitement. Similairement, nos résultats soulignent que moins d'amélioration dans les stratégies de distanciation pendant le traitement serait associée à moins d'amélioration de la QV psychologique. Par exemple, une personne pourrait présenter moins d'amélioration de sa QV si elle a tendance à éviter d'aborder le problème, par exemple, en essayant de l'oublier. Ainsi, les possibilités de surmonter ses difficultés, de ressentir des sentiments positifs ou de trouver un sens à sa vie pourraient être réduites.

Les résultats de l'étude présentée au chapitre III soulignent ainsi que les croyances fondamentales et les stratégies d'adaptation pourraient jouer un rôle dans le rétablissement d'un individu à la suite d'une thérapie cognitive-comportementale spécialisée pour le TSPT.

4.3 Considérations méthodologiques

4.3.1 Forces et limites de la recension systématique

La recension systématique des écrits au chapitre II présente certains points forts. Le processus de recherche systématique effectué par deux juges indépendants (étudiants finissants au baccalauréat ou au doctorat en psychologie) en fonction des recommandations de Higgins et Green (2008), constitue un point fort de l'article. En

effet, la recherche systématique par deux juges, suivi par le processus de tri des articles effectué par ces deux juges, a permis de sélectionner les articles pouvant répondre aux critères d'admissibilité. Ce processus a favorisé une collecte de données plus exhaustive et a réduit le risque d'omission. Si l'un des juges était en désaccord quant à l'admissibilité d'un article, un troisième juge pouvait évaluer l'article et permettre de trancher sur l'inclusion d'une étude. Les articles retenus ont aussi été lus par deux personnes afin d'extraire les données en fonction des questions de recherche. De plus, l'utilisation d'un outil d'évaluation du risque de biais, inspiré de Higgins et ses collaborateurs (2011), a permis de statuer sur le risque de biais potentiel des études incluses dans la recension. Chaque article a également été évalué par deux juges pour ce qui est de ces risques.

La recension systématique présente également des limites. D'abord, le petit nombre d'études incluses limite la généralisabilité des conclusions. Le petit nombre d'écrits qui portent sur chaque type d'évènement traumatique limite les conclusions qui peuvent être tirées en ce qui concerne tous les individus ayant vécu un type particulier de trauma (p. ex. guerre, agression, catastrophes naturelles) ou tous ceux souffrant d'un TSPT.

De plus, la littérature grise (*gray literature*) n'a pas été considérée en totalité dans cette recherche. En effet, des mémoires de maîtrise ou des thèses ont pu être accessibles par la base de données *ProQuest*. Cependant, plusieurs documents non publiés ou publiés sur internet mais inaccessibles dans les bases de données utilisées, comme des documents d'agences gouvernementales, des rapports de recherche, des thèses ou mémoires non regroupées dans les bases de données, n'ont pas été considérés. Ces documents peuvent constituer un ajout intéressant aux articles publiés et revus par les pairs (American Psychological Association, 2010).

En outre, l'effet pour les biais de publication possibles n'a pas été considéré pour notre recension. Ce type de biais concerne le fait que certaines études ne sont pas publiées en raison de la nature et de la direction de leurs résultats (Higgins et Green, 2008). Cette tendance de publication des résultats significatifs ou dans une direction attendue est susceptible d'affecter, dans une certaine mesure, les articles disponibles pour répondre aux questions de recherche des recensions systématiques ou des méta-analyses.

En ce qui concerne les caractéristiques des études retenues dans la recension, nous considérons que certains aspects méthodologiques peuvent limiter les conclusions. Ainsi, les études incluses présentaient toutes un certain risque de biais ou des biais difficiles à évaluer. La petite taille d'échantillon ou l'utilisation de questionnaires comme outils diagnostiques du TSPT a également pu teinter les résultats. Certaines études n'avaient pas de groupe de comparaison ou de liste d'attente pour comparer les variables d'intérêt. Plusieurs études n'ont pas déclaré l'absence ou la présence d'un conflit d'intérêts. Par ailleurs, l'absence d'informations importantes (p. ex. sur le traitement et le diagnostic) a pu entraîner l'exclusion de certaines études qui auraient pu ajouter des informations intéressantes pour répondre aux questions de recherche. De plus, les types de psychothérapies (thérapie d'exposition narrative, TCC de groupe ou individuelle, TCC avec des interventions d'autres approches), tout comme la durée de la thérapie, étaient variables d'une étude à l'autre, ce qui a rendu plus difficile l'évaluation des liens entre les variables étudiées (les stratégies d'adaptation, plus spécifiquement) et les aspects du traitement. Ainsi, certaines caractéristiques des études et la variabilité dans la méthodologie ont pu limiter la solidité de nos résultats et conclusions.

4.3.2 Forces et limites de l'étude empirique

L'étude empirique corrélationnelle présentée dans la thèse au chapitre III présente des forces méthodologiques. Notamment, le protocole de la thérapie était basé sur les recommandations d'experts (Foa *et al.*, 2009) et a été validé lors d'études de traitement au Centre d'étude sur le trauma (Germain *et al.*, 2009; Guay et Marchand, 2007). L'utilisation de questionnaires et d'entrevues validées est également un point fort de l'étude. Les psychologues qui ont administré la psychothérapie étaient indépendants, tout comme les évaluateurs de niveau doctoral. L'intégrité thérapeutique a été évaluée comme excellente, tout comme l'accord interjuge sur le diagnostic de TSPT.

Cependant, en raison de la nature corrélationnelle de notre étude, il est impossible de conclure sur l'influence causale entre les variables. Ainsi, il est impossible de savoir si les croyances de la personnalité évitante et dépendante causent réellement une amélioration moindre des stratégies de distanciation et de la qualité de vie. De ce fait, dans la présente thèse, il est plutôt question d'associations, d'influence ou d'effets potentiels.

Cette étude demeure exploratoire et les résultats embryonnaires. Il serait pertinent d'étudier plus en profondeur les associations entre ces variables et leurs liens respectifs avec les résultats d'une psychothérapie cognitive-comportementale pour le TSPT. Notamment, un plus grand nombre de participants serait requis afin d'atteindre une puissance statistique suffisante pour intégrer davantage de variables qui peuvent elles aussi avoir une influence sur les résultats d'une thérapie (p. ex. variables contrôles).

De surcroît, dans l'étude, il y avait des données manquantes pour certains questionnaires, principalement causées par des erreurs lors de la collecte de données

(p. ex. photocopie qui devait être faite recto verso, mais qui ne l'a pas été). Il s'agit d'une erreur qui a réduit notre nombre de participants pour certains questionnaires, et donc pour les différentes variables utilisées et pour les analyses. Il serait souhaitable de mettre en place un processus de double vérification afin d'éviter que ces erreurs se reproduisent dans de prochaines études.

Une autre limite de notre étude concerne l'emploi du questionnaire des croyances de la personnalité uniquement au prétraitement. Il aurait été intéressant de le faire également remplir aux participants après le traitement. Ceci aurait permis de voir si certains changements dans les croyances ont eu lieu, ainsi que leurs liens potentiels avec l'utilisation de certaines stratégies d'adaptation ou les résultats du traitement en ce qui concerne de qualité de vie. Par ailleurs, nous avons uniquement mesuré trois stratégies d'adaptation dans cette étude (distanciation, recherche de soutien social et réévaluation positive), en utilisant la version courte du *Ways of coping*. L'utilisation d'un questionnaire mesurant également d'autres types de stratégies d'adaptation, comme la version longue du *Ways of coping* (Folkman et Lazarus, 1988) ou le *Brief Cope* (Carver, 1997), permettrait de broser un portrait plus exhaustif des associations entre les croyances de la personnalité et les différentes stratégies d'adaptation, ainsi que leurs liens avec la qualité de vie.

4.4 Implications cliniques

La présente thèse souligne l'intérêt d'étudier les croyances de la personnalité et les croyances fondamentales, ainsi que des stratégies d'adaptation dans le cadre de la thérapie cognitive-comportementale du TSPT. La thèse permet aussi de mieux comprendre comment certaines variables de la personnalité et des aspects du processus d'adaptation pourraient avoir un effet sur les résultats d'une TCC pour le TSPT.

Certaines variables individuelles pourraient influencer le portrait clinique d'un individu, ainsi que la persistance de sa détresse dans une situation donnée. La thèse souligne le rôle potentiel de certaines caractéristiques cognitives sur l'évolution en cours de psychothérapie. La thèse souligne aussi la pertinence de considérer les croyances fondamentales et leurs liens potentiels avec les stratégies d'adaptation. De ce fait, si un individu entretient des croyances dysfonctionnelles, le contenu de ces croyances pourrait entraîner des comportements qui peuvent lui être nuisibles (p. ex. l'utilisation d'évitement). Cette vision est au centre des approches de psychothérapies cognitives. Elle est également cohérente avec certains de nos résultats qui indiquent que les croyances de la personnalité¹⁵ pourraient être associées à l'utilisation de stratégies de distanciation après le traitement, et que les croyances de la personnalité évitante et dépendante pourraient être liées à une amélioration moindre de ces stratégies après la psychothérapie.

À titre indicatif, un individu qui présente un trouble de la personnalité évitante démontre de l'inhibition sociale, présente un sentiment d'inadéquation ainsi qu'une hypersensibilité à l'évaluation négative d'autrui (American Psychiatric Association, 2013). En d'autres mots, les individus qui présentent une personnalité évitante pensent qu'ils sont inadéquats et craignent que les autres les critiquent ou les rejettent. Ces derniers peuvent utiliser des stratégies d'évitement, par exemple, en évitant de penser à une situation difficile ou en évitant de se placer dans des contextes où elles peuvent se sentir inadéquates ou jugées. Le trouble de la personnalité dépendante est quant à lui défini par un comportement « collant » dû à un besoin excessif d'être pris en charge (American Psychiatric Association, 2013). Généralement, les personnes ayant ce type de personnalité croient qu'elles sont

¹⁵ Les croyances de la personnalité évitante, dépendante, passive-agressive, obsessionnelle-compulsive, antisociale, narcissique, histrionique, paranoïaque et borderline.

incapables de fonctionner seules et de faire face à des difficultés, comme leurs symptômes, et qu'elles doivent compter sur leur entourage ou sur leur thérapeute pour y faire face. Ces croyances de dépendance ou d'incapacité peuvent être liées à l'utilisation de stratégies d'évitement (p. ex. espérer un miracle, continuer comme si de rien n'était). Ces éléments soulignent ainsi l'intérêt de bien évaluer les croyances fondamentales, afin de les cibler adéquatement en cours de psychothérapie, pour que les individus concernés puissent davantage bénéficier du traitement. Le fait de travailler ces croyances en psychothérapie pourrait permettre de modifier indirectement les comportements ou stratégies d'adaptation problématiques (Butler *et al.*, 2002), comme diminuer les stratégies de distanciation/d'évitement et encourager l'utilisation de stratégies plus aidantes.

Les théoriciens qui se sont intéressés au TSPT dans une vision cognitive-comportementale soulignent aussi l'influence que peuvent avoir les variables cognitives dans le développement et le maintien du trouble (Ehlers et Clark, 2000; Foa et Cahill, 2002; Janoff-Bulman, 1989; Joseph *et al.*, 1995). On y note également l'influence possible des stratégies d'adaptation sur les symptômes ou difficultés présentés par l'individu touché. Certaines de ces stratégies d'adaptation peuvent être des efforts cognitifs ou comportementaux pour éviter des stimuli qui rappellent le trauma. Ces éléments rappellent également les symptômes d'évitement associés au TSPT qui sont décrits dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Nos résultats semblent indiquer que les stratégies d'adaptation pourraient jouer un rôle dans le rétablissement d'un individu souffrant d'un TSPT. Certains de nos résultats soulignent que l'utilisation de stratégies impliquant de l'évitement, avant la thérapie, pourrait être associée à davantage de difficultés ou de symptômes après la thérapie. D'autres de nos résultats indiquent que l'utilisation de stratégies d'évitement pourrait être liée à une moins bonne qualité de vie après le traitement, alors que des stratégies de réévaluation positive ou de recherche de soutien social pourraient être

associées à une meilleure qualité de vie. Ces données soulignent ainsi l'importance de considérer les stratégies utilisées par l'individu dans le but de diminuer celles qui sont problématiques et renforcer celles qui sont plus aidantes, afin de favoriser son rétablissement.

Pour certains, l'utilisation de stratégies d'évitement peut aussi être reliée à l'idée qu'ils veulent continuer à vivre comme avant, en faisant abstraction de leurs symptômes ou de la détresse associée au trauma. De plus, d'un point de vue évolutionniste l'être humain a appris à éviter les dangers, la douleur et ce qui peut menacer sa survie. Chez les personnes souffrant de TSPT, plusieurs indices associés aux événements traumatiques peuvent déclencher des réactions de peur, d'anxiété ou d'autres émotions désagréables. Il peut paraître contre-instinctif pour quelqu'un qui n'est pas familier avec les modèles de maintien du TSPT de considérer l'exposition à des déclencheurs de la peur et de l'anxiété, puisqu'il s'agit de réactions qui visent à protéger l'individu de menaces perçues. Toutefois, les modèles du TSPT, tout comme nos résultats, soulignent que l'utilisation de stratégies d'évitement peut contribuer au maintien de symptômes de TSPT et des difficultés associées. En effet, l'évitement peut être utilisé dans le but de réduire la détresse, mais à long terme, ces stratégies renforcent la peur/l'anxiété, nuisent à l'exposition et à la réduction de la détresse associée au trauma (Foa et Kozak, 1986; Foa *et al.*, 1989). Ainsi, lors de la phase psychoéducative de la TCC, il semble d'autant plus important d'expliquer l'influence des comportements d'évitement sur le maintien des symptômes. Par exemple, si la souffrance se maintient notamment par des comportements d'évitement cognitifs et comportementaux, ces derniers peuvent graduellement être modifiés par l'individu à l'aide de la psychothérapie. Qui plus est, l'objectif du traitement n'est pas de tenter d'oublier le ou les événements traumatiques, mais de diminuer l'activation physiologique et émotionnelle qui lui est rattachée, tout comme les distorsions cognitives/croyances dysfonctionnelles et les comportements d'évitement qui contribuent à maintenir les difficultés. L'intégration cognitive et émotionnelle du

trauma peut être favorisée par l'approche cognitive-comportementale, dans laquelle on cible les comportements, les cognitions et les émotions associées au trauma (Brillon, 2013; Foa et Cahill, 2002; Foa et Kozak, 1986; Foa *et al.*, 1989).

De surcroît, les résultats de la thèse soutiennent le travail des cliniciens qui utilisent des éléments de l'approche cognitive-comportementale pour traiter le TSPT. En effet, nos résultats soulignent que les stratégies d'adaptation semblent généralement s'améliorer après la thérapie, ce qui est cohérent avec ce que la TCC prône pour le rétablissement d'un individu traumatisé (p. ex. diminution de l'évitement, recherche de soutien social).

La perturbation clinique d'un individu aux prises avec un TSPT va au-delà des symptômes, en affectant notamment la qualité de vie. Le concept de qualité de vie demeure intrinsèquement lié à la perception d'un individu de son propre bien-être dans diverses sphères de sa vie. Selon l'OMS, il s'agit d'évaluer, par lui-même, s'il se sent bien dans son contexte social, psychologique, physique et environnemental actuel (The WHOQOL Group, 1998). Bien qu'une moins bonne qualité de vie puisse être associée à la présence de symptômes, celle-ci va au-delà des symptômes associés au TSPT. Comme nous l'avons souligné précédemment, l'influence négative d'un TSPT sur la qualité de vie pourrait demeurer malgré la rémission du TSPT (Monson *et al.*, 2017). Il est aussi plausible que la qualité de vie prenne plus de temps à s'améliorer puisque certains ajustements peuvent prendre plus de temps (Monson *et al.*, 2017). Selon nos résultats, l'amélioration de certains aspects de la qualité de vie pourrait être tributaire d'éléments de la personnalité et de changements dans les stratégies d'évitement utilisées par un individu. Nos résultats soulignent finalement la pertinence de s'intéresser à la qualité de vie comme mesure d'amélioration à la suite d'une TCC.

4.5 Pistes de réflexion pour de prochaines études

La présente thèse soulève des idées et des pistes de réflexion pour de prochaines études afin d'approfondir les connaissances sur les facteurs associés au rétablissement du TSPT. Notamment, certains auteurs s'intéressent au concept de résilience ou de croissance post-traumatique. Nous pouvons aussi nous questionner sur la pertinence potentielle d'autres approches de psychothérapie ou d'une TCC flexible.

4.5.1 La résilience, la perception des capacités d'adaptation et la croissance post-traumatique

Plusieurs auteurs s'intéressent à la notion de résilience. Bonanno (2004) s'est intéressé à la résilience à la suite d'un événement grave. La résilience, comme il la conceptualise, est définie comme l'habileté de maintenir des niveaux relativement stables et adéquats de fonctionnement psychologique et physique à la suite d'un décès ou d'un trauma [traduction libre]. L'auteur explique que des aspects de la personnalité pourraient être associés à la résilience, comme la hardiesse, qui permettrait notamment aux individus d'utiliser plus adéquatement des stratégies d'adaptation actives et de soutien social, ce qui pourrait les aider à gérer leur détresse. De plus, les individus ayant des biais positifs envers soi (p. ex. surestimer ses qualités) et ceux présentant davantage d'émotions positives pourraient démontrer un meilleur ajustement.

Qui plus est, le concept de « coping self-efficacy » serait associé au rétablissement à la suite d'un événement traumatique. Selon Benight et Bandura (2004), il s'agirait de la perception d'un individu de ses propres capacités d'adaptation quant à la gestion de son fonctionnement personnel et des exigences environnementales associées aux conséquences d'un trauma. Ainsi, un individu qui croit en ses propres capacités d'adaptation pour faire face à certaines conséquences du trauma pourrait notamment

présenter moins de détresse post-traumatique (Benight et Bandura, 2004). D'autres auteurs s'intéressent à la notion de croissance post-traumatique, soit au fait que certains individus rapportent des changements personnels positifs à la suite d'un évènement traumatique ou extrêmement pénible, comme une meilleure appréciation de la vie, davantage de relations sociales intimes, un sentiment de force personnel, un engagement plus grand quant aux questions spirituelles et la reconnaissance de nouvelles possibilités dans leur vie (Tedeschi et Calhoun, 2004). Dans une revue de la littérature, Jayawickreme et Blackie (2014), soulèvent l'idée que l'évènement traumatique pourrait modifier la personnalité d'un individu, par les changements dans leurs perceptions d'eux-mêmes, des autres et du monde, ce qui pourrait entre autres expliquer cette croissance post-traumatique.

Il pourrait ainsi être intéressant dans de prochaines études de mesurer la croissance post-traumatique, les facteurs de résilience et la perception d'un individu de ses propres capacités d'adaptation, de même que les croyances fondamentales et les stratégies d'adaptation pour mieux comprendre les facteurs associés à un meilleur rétablissement à la suite d'un trauma, en comparaison avec les facteurs qui nuisent à l'amélioration d'un individu. Burton *et al.* (2015) soulignent d'ailleurs que les facteurs qui prédisent le TSPT pourraient ne pas être les mêmes que ceux qui prédisent l'absence de TSPT, et que les associations de ces facteurs avec la psychopathologie et la résilience sont encore mal compris.

4.5.2 Les approches de psychothérapie

Les thérapies cognitives-comportementales ayant un protocole flexible peuvent permettre d'ajuster certaines interventions quant aux croyances fondamentales qui peuvent influencer le rétablissement ou la perception d'un individu de son propre bien-être. Néanmoins, il est possible que certains patients présentent des croyances rigides ou profondément ancrées. Ainsi, il se peut qu'elles soient plus résistantes à la

modification par les stratégies communément employées, comme la restructuration cognitive. Par exemple, quelqu'un pourrait demeurer convaincu qu'il n'est pas digne d'être aimé, malgré les tentatives d'intervention cognitives à ce sujet. De ce fait, l'identification des croyances fondamentales initiales peut permettre d'adapter les interventions cognitives, mais il est parfois plus ardu de modifier des croyances profondément ancrées avec certains individus. Cette idée ouvre la porte à l'intégration d'autres types d'interventions au sein des thérapies cognitives-comportementales spécialisées actuelles pour le TSPT.

La thérapie des schémas, telle que définie par Jeffrey Young et ses collaborateurs, pourrait être aidante pour les individus qui démontrent certains schémas centraux qui sont résistants à la TCC centrée sur le trauma (Young *et al.*, 2003). La thérapie des schémas intègre des composantes cognitives, comportementales, mais aussi des stratégies émotionnelles appartenant à d'autres approches comme la gestalt-thérapie, qui pourraient ajouter une plus-value à la thérapie pour les individus qui répondent moins bien au traitement classique. Comme l'étude de Cockram *et al.* (2010) l'a illustré, il est possible que les symptômes post-traumatiques et les schémas cognitifs diminuent au cours d'une thérapie de cette approche. Or, mis à part cette étude, cette approche spécifique a peu été étudiée empiriquement auprès d'une population souffrant d'un TSPT. Nous considérons qu'il serait pertinent d'approfondir les connaissances scientifiques à ce sujet en vue d'optimiser la réponse au traitement chez certains individus qui bénéficient du traitement cognitif-comportemental dans une moindre mesure ou qui présentent certaines croyances fondamentales dysfonctionnelles prononcées, comme dans le cas d'un trouble de personnalité. Toutefois, soulignons que la thérapie cognitive-comportementale centrée sur le trauma présente des aspects similaires à certains volets de la thérapie des schémas puisqu'ils partagent certaines notions cognitives-comportementales. Il serait donc pertinent d'effectuer une étude comparative de ces approches en ce qui concerne leur efficacité pour la diminution des symptômes de TSPT et l'amélioration de la QV. Il

pourrait aussi être souhaitable d'étudier les changements dans les schémas et les stratégies d'adaptation après une psychothérapie, et ce, pour ces deux approches.

La thérapie comportementale dialectique pourrait améliorer les symptômes du trouble de personnalité limite ainsi que les croyances fondamentales sous-jacentes à ce trouble (Cristea *et al.*, 2017). Certaines stratégies de cette approche, comme celles concernant la régulation émotionnelle, pourraient potentiellement améliorer la réponse au traitement de certains patients qui présentent davantage de croyances dysfonctionnelles. Une étude pilote récente auprès de 26 participantes ayant un trouble de personnalité limite, un TSPT et des comportements suicidaires ou automutilatoires récents ont été randomisés dans l'une des deux conditions suivantes : thérapie comportementale dialectique (TCD) seule, ou combinée avec l'exposition prolongée (PE) pour le TSPT. Leurs résultats soulignent notamment que la condition combinée permettrait d'atteindre un meilleur ajustement social, une meilleure qualité de vie reliée à la santé, et un meilleur fonctionnement global (Harned *et al.*, 2018). Une étude de cas auprès d'un vétéran présentant un trouble de personnalité limite et un TSPT, souligne également les bénéfices de cette approche afin de réduire les symptômes et améliorer la qualité de vie (Scheiderer *et al.*, 2017). Bien que cette approche concerne principalement le trouble de personnalité limite, il est possible que la combinaison de certaines stratégies de régulation émotionnelles avec des stratégies d'exposition potentialise l'amélioration du fonctionnement psychosocial et de la qualité de vie de l'individu qui présente le double diagnostic de TSPT et de trouble de personnalité. D'autres études seront nécessaires à ce sujet.

De plus, la psychothérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) pourrait aussi présenter une alternative pour certains individus qui bénéficient moins d'une TCC classique. La psychothérapie ACT ciblerait la flexibilité cognitive, inciterait à prendre une distance par rapport à ses pensées et ses croyances dysfonctionnelles, et à se centrer sur le moment présent, tout en favorisant un engagement de l'individu envers

ses valeurs (Hayes *et al.*, 2011). Une étude soutient son efficacité chez les individus ayant un diagnostic de trouble anxieux selon le DSM-IV (Arch *et al.*, 2012). Dans cette étude, les résultats soulignent toutefois que son efficacité serait similaire à celle de la TCC. Cependant, à notre connaissance, aucune étude empirique n'a investigué l'efficacité de cette approche spécifiquement pour le TSPT. Somme toute, elle pourrait soutenir la mise en place de stratégies d'adaptation plus fonctionnelles pour surmonter les symptômes et favoriser une amélioration de la qualité de vie de l'individu, du moins, pour ce qui est perçu comme important pour ce dernier. Cette approche, comme celles présentées dans la présente section, pourrait éventuellement contribuer à améliorer la réponse à la psychothérapie des patients qui bénéficient moins de la TCC centrée sur le trauma. Toutefois, d'autres études seront nécessaires afin de répondre plus clairement à cette question.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La complexité du TSPT et des variables pouvant jouer un rôle dans son développement et son maintien soulève de nombreuses questions. La présente thèse a souligné, entre autres, que certaines croyances fondamentales/schémas cognitifs et certaines stratégies d'adaptation pourraient jouer un rôle dans le rétablissement d'un individu à la suite d'une TCC. Nos résultats ont aussi démontré que les stratégies d'adaptation semblent généralement s'améliorer pendant le processus psychothérapeutique. La thèse a aussi montré que certaines croyances fondamentales pourraient avoir un effet sur l'efficacité d'une TCC quant à l'amélioration de la qualité de vie psychologique chez les individus souffrant du TSPT, et ce, potentiellement via des changements moindres dans des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles pendant la thérapie.

La thèse bonifie ainsi les connaissances scientifiques concernant les liens entre les croyances fondamentales, les stratégies d'adaptation et les résultats d'une TCC. Bien entendu, les croyances fondamentales et les stratégies d'adaptation ne sont pas les seules variables d'intérêt lorsqu'on aborde l'étude du TSPT et de son traitement cognitif-comportemental. Il apparaît essentiel de poursuivre les recherches sur les variables influençant le rétablissement d'un individu lors d'une psychothérapie. Cibler les aspects pouvant affecter le rétablissement optimal des symptômes et de la qualité de vie pourrait permettre de potentialiser l'effet des psychothérapies spécialisées actuelles.

APPENDICE A

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ÉSPT SELON LE DSM-IV-TR

Critères diagnostiques de l'État de stress post-traumatique (ÉSPT) selon le DSM-IV-TR

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel :

1. Le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;
2. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. L'événement traumatique est constamment revécu de l'une ou plusieurs des façons :

1. souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.
2. rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.
3. impression ou agissements soudains « comme si » l'événement allait se reproduire
4. sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant, ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.
5. réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme) (présence d'au moins trois manifestations) :

1. efforts pour éviter les pensées, sentiments ou conversations liés au traumatisme.

2. efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
3. incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
4. réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
5. sentiment de détachement d'autrui ou de devenir étranger par rapport aux autres.
6. restriction des affects
7. sentiment d'avenir « bouché »

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) (présence d'au moins deux manifestations) :

1. difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu, irritabilité ou accès de colère
2. difficultés de concentration
3. hypervigilance
4. réaction de sursaut exagérée

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

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

APPENDICE B

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TSPT SELON LE DSM-5

Critères diagnostiques du Trouble stress post-traumatique (TSPT) selon le DSM-5

- A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :
 - 1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.
 - 2. En étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
 - 3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans le cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
 - 4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p.ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).
- B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :
 - 1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
 - 2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
 - 3. Réactions dissociatives (p.ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
 5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
- C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :
1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
 2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
- D. Altérations négatives des cognitions ou de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou les drogues).
 2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p.ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).

3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou plusieurs évènements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
 4. État émotionnel négatif persistant (p.ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
 5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien la réduction de la participation à ces mêmes activités.
 6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
 7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p.ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).
- E. Altération marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs évènements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des évènements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :
1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
 3. Hypervigilance.
 4. Réaction de sursaut exagérée.
 5. Problèmes de concentration.
 6. Perturbation du sommeil (p.ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
- F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.
- G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants et récurrents suivants :

1. Dépersonnalisation : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).
2. Déréalisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si : À l'expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'évènement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

APPENDICE C

DÉFINITIONS DE CATÉGORIES ET TYPES DE STRATÉGIES D'ADAPTATION

Définitions de catégories et types de stratégies d'adaptation

Les termes qui sont définis dans le présent appendice réfèrent à des catégories ou des types de stratégies d'adaptation. Il concerne les termes qui sont utilisés dans la présente thèse. De brèves définitions et exemples de stratégies illustreront les termes présentés. D'autre part, soulignons que certains termes peuvent se recouper ou référer à des processus similaires malgré qu'ils soient nommés ou classés de diverses façons par différents auteurs.

Acceptation des responsabilités: Réfère à la reconnaissance de son propre rôle dans le problème (p. ex. « j'ai participé à créer le problème » ou « j'ai eu ma leçon »), tout en tentant de corriger les choses (p. ex. « je me suis promis que les choses seraient différentes la prochaine fois » ou « je me suis excusé ») (Folkman *et al.*, 1986).

Accommodation: Réfère aux processus par lesquels un individu ajuste ses préférences de manière flexible selon les options disponibles dans des conditions stressantes [Notre traduction] (Morling et Evered, 2006; Skinner et Zimmer-Gembeck, 2016). Cette catégorie inclurait : l'acceptation des conditions ou contraintes actuelles, la restructuration cognitive positive/réévaluation positive/pensée positive (tentatives de modifier sa vision d'une situation stressante pour la voir sous un jour plus positif), ainsi que la distraction (rediriger son attention sur des activités alternatives plaisantes : faire de l'exercice, voir des amis, lire et pratiquer ses passe-temps) (Skinner et Zimmer-Gembeck, 2016).

Actif: Les stratégies d'adaptation actives (*active coping*) seraient des stratégies orientées vers l'expérience stressante et les émotions associées (p. ex. modifier sa

vision d'un problème ou de ses conséquences pour les voir sous un jour plus positif, faire un plan dans l'éventualité où le problème se reproduirait) (Litman, 2006).

Approche versus évitement: Les stratégies d'adaptation de type «approche» font référence à celles qui «rapprochent» l'individu de la situation stressante (p. ex. résolution de problèmes), alors que les stratégies d'évitement permettent à la personne de se retirer de la situation ou de ce qui y est associé (p. ex. évitement cognitif, échappement) (Skinner et Zimmer-Gembeck, 2016).

Auto-apaisement : Réfère aux tentatives de prendre soin de soi et de réguler sa propre détresse. Cette catégorie inclurait le fait de s'encourager soi-même, l'expression authentique des émotions et l'utilisation de stratégies diverses pour s'apaiser, comme la relaxation (Skinner et Zimmer-Gembeck, 2016).

Auto-contrôle: Réfère aux efforts de régulation des émotions (p. ex. « j'ai essayé de garder mes sentiments pour moi » ou « j'ai pensé à ce qu'une personne que j'aime ferait dans cette situation et j'ai tenté d'agir ainsi ») et des actions (p. ex. « j'ai essayé de ne pas agir trop rapidement ») (Folkman *et al.*, 1986).

Centré sur le problème: Réfère aux efforts cognitifs de résolution de problèmes et à l'utilisation de stratégies comportementales pour modifier ou gérer la source du problème [Notre traduction] (p. ex. faire un plan d'action et le suivre, maintenir son point et travailler pour atteindre ses objectifs) (Folkman et Lazarus, 1980).

Centré sur l'émotion: Réfère aux efforts cognitifs et comportementaux qui visent à réduire ou gérer la détresse [Notre traduction] (p. ex. essayer d'oublier la situation stressante, tenter de voir le bon côté des choses, accepter de la sympathie de la part des autres) (Folkman et Lazarus, 1980).

Délégation : Définit une dépendance excessive à autrui pour gérer/s'adapter aux situations stressantes (p. ex. demander à un proche de tout faire à sa place, se concentrer sur les aspects pénibles de la situation et s'apitoyer sur son sort) (Skinner et Zimmer-Gembeck, 2016).

Désengagement : Réduction des efforts pour faire face à la situation stressante. Selon Carver *et al.* (1989), le désengagement mental réfèrerait à l'utilisation de comportements variés pour se distraire afin de ne pas penser à la situation stressante (p. ex. évitement par le sommeil, évitement par d'autres activités comme la télévision ou l'ordinateur). Le désengagement comportemental réfèrerait plutôt aux comportements d'impuissance acquise (p. ex. cesser de poursuivre un but ou un objectif, cesser les efforts pour gérer la situation pénible ou ses conséquences) (Carver *et al.*, 1989). Selon Tobin *et al.* (1989) le désengagement pourrait aussi se refléter par le retrait social (p. ex. s'isoler), la pensée magique (p. ex. faire comme si de rien n'était, espérer qu'un miracle se produise) et le blâme de soi. Le désengagement pourrait être classé dans la catégorie Échappement/Évitement présentée ci-dessous.

Distanciation : Réfère principalement aux efforts déployés par l'individu pour se détacher de la situation stressante (p. ex. espérer qu'un miracle se produise, essayer d'oublier la situation ou essayer de ne pas trop y penser, faire comme si de rien n'était) (Folkman *et al.*, 1986).

Échappement/Évitement : Réfère aux efforts pour se désengager ou s'éloigner d'une situation stressante. Cette catégorie inclurait de l'évitement cognitif (p. ex. éviter de penser à la situation, pensée magique, déni de la situation ou de ses conséquences) et comportemental (p. ex. éviter de faire face au problème ou de résoudre une difficulté) (Skinner et Zimmer-Gembeck, 2016). L'évitement et la distanciation (Folkman *et al.*, 1986), la suppression (Plutchik *et al.*, 1996), et le

désengagement (Carver *et al.*, 1989; Tobin *et al.*, 1989) pourraient être classés dans cette catégorie.

Évitement : Décrit l'évitement cognitif (p. ex. espérer qu'une situation se résolve comme par magie) et les efforts comportementaux pour s'échapper ou éviter la situation (p. ex. retrait social, dormir davantage, consommer/manger/fumer pour tenter de se sentir mieux) (Folkman *et al.*, 1986). Peut être inclus dans la catégorie Échappement/Évitement de Skinner et Zimmer-Gembeck (2016) présentée ci-haut.

Impuissance : Ne plus tenter de changer la situation stressante (p. ex. cesser de faire des efforts, passivité), tout en étant découragé, pessimiste et résigné (p. ex. penser que quoi qu'on fasse cela ne changera rien, ou que tout va mal se dérouler) (Skinner et Zimmer-Gembeck, 2016).

Isolement (retrait social) : L'isolement ou le retrait social réfère aux actions qui visent à se retirer ou à rester à l'écart des autres, que ce soit psychologiquement ou physiquement. Par exemple, ne pas aborder la situation stressante ou ses émotions avec les autres, rester chez soi et ne pas voir ses proches (Skinner et Zimmer-Gembeck, 2016).

Minimisation : Minimiser l'importance du problème ou de la situation (p. ex. se dire que ce n'est pas si grave, regarder le bon côté des choses) (Plutchik *et al.*, 1996).

Négociation : Réfère aux tentatives d'arriver à un compromis entre les priorités de l'individu et les contraintes de la situation. Cette catégorie inclurait des stratégies comme : établir ses priorités, proposer un compromis, défendre ses objectifs, maintenir son point et réduire ses exigences (Skinner et Zimmer-Gembeck, 2016).

Opposition : Réfère aux stratégies qui visent à « combattre » la source perçue du stress. Cette catégorie inclurait notamment la vengeance, la confrontation et le blâme des autres (Skinner et Zimmer-Gembeck, 2016).

Recherche de soutien : La recherche de soutien social réfère au fait de se tourner vers les autres pour faire face à la situation stressante (Skinner et Zimmer-Gembeck, 2016). La recherche de soutien social est parfois nommée : recherche de proximité, recherche d'aide, recherche de soutien instrumental ou émotionnel. Selon Folkman *et al.* (1986), la recherche de soutien social peut inclure le fait de parler à quelqu'un pour s'informer face à la situation stressante, parler à un proche qui peut lui venir en aide et accepter de la sympathie d'un proche.

Recherche d'informations : Réfère aux tentatives de s'informer face à la situation stressante, notamment en ce qui concerne sa signification, ses causes, ses conséquences ainsi que des stratégies pour y remédier (p. ex. lire, prendre des notes sur ses difficultés) (Skinner et Zimmer-Gembeck, 2016).

Réévaluation positive: Décrit les efforts de l'individu pour trouver une signification positive à la situation ou ses conséquences (p. ex. « j'ai changé quelque chose en moi » ou « j'ai redécouvert ce qui était important dans la vie ») (Folkman *et al.*, 1986).

Remplacement : Faire face aux problèmes en trouvant des solutions alternatives (p. ex. « si un accident ou une maladie m'empêchait de faire mon travail, je trouverais tout de même quelque chose à faire d'utile ») (Plutchik *et al.*, 1996).

Résolution de problèmes : Réfère aux efforts pour altérer la situation stressante (Folkman *et al.*, 1986). La résolution de problèmes inclut également le fait de générer des solutions à un problème ainsi que la planification et la prise de décision (Skinner

et Zimmer-Gembeck, 2016). Réfère à des items tels que : « je savais ce qui devait être fait, alors j'ai redoublé d'efforts pour que ça puisse fonctionner » ou « j'ai conçu un plan d'action et je l'ai suivi » (Folkman *et al.*, 1986).

Soumission : Se résigner face à une situation stressante (Skinner et Zimmer-Gembeck, 2016). Inclurait notamment la rumination (c'est-à-dire se centrer de manière répétitive et passive sur les aspects négatifs et dommageables d'une situation stressante [Notre traduction]) (Nolen-Hoeksema *et al.*, 2008; Skinner et Zimmer-Gembeck, 2016), les pensées négatives, la catastrophisation et le blâme de soi (Skinner et Zimmer-Gembeck, 2016).

Spirituelles ou religieuses (stratégies): De manière générale, réfère à la tendance à se tourner vers la religion en période de stress (Carver *et al.*, 1989). Par exemple, tenter de trouver du réconfort dans sa religion ou ses croyances spirituelles, ainsi que prier ou méditer (Carver *et al.*, 1989). Les stratégies spirituelles peuvent également décrire la façon dont un individu utilise la religion ou la spiritualité pour gérer les situations stressantes (Ano et Vasconcelles, 2005). On peut alors parler de stratégies spirituelles positives (p. ex. recherche de soutien spirituel, croyances en des éléments religieux/spirituels bienveillants) ou de stratégies spirituelles négatives (p. ex. croire en une punition de Dieu ou en une implication démoniaque) (Ano et Vasconcelles, 2005).

Suppression : Réfère à l'évitement du problème ou de la situation stressante (p. ex. éviter de penser à des choses stressantes ou déplaisantes) (Plutchik *et al.*, 1996). La suppression pourrait être incluse dans la catégorie Échappement/Évitement de Skinner et Zimmer-Gembeck (2016).

APPENDICE D

CONFIRMATION D'ACCEPTATION POUR PUBLICATION DE L'ARTICLE
*SCHEMAS AND COPING STRATEGIES IN COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY
FOR PTSD: A SYSTEMATIC REVIEW*

Accepted: New status for your co-authored submission to European Journal of Trauma & Dissociation

European Journal of Trauma & Dissociation <EvisSupport@evis.com>

jeu. 20/09/2018 08:24

À : Bourdon, Delphine-Émilie

Dear Miss Bourdon,

You have been listed as a co-author of the following submission:

Submission no: EJTD_2018_18_R1

Submission title: Schemas and Coping Strategies in Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD: A Systematic Review

Corresponding author: Professor Ghassan El-Baalbaki

Listed co-author(s): Miss Delphine-Émilie Bourdon, Ms Dominique Girard, Mr Étienne Lapointe-Blackburn, Dr Stéphane Guay

We are writing to let you know the status of this submission has changed to Accepted. The link below takes you to a webpage where you can log in to our submission system using your existing Elsevier profile credentials or register to create a new profile. You will then have the opportunity to view the submission status and see reviewer and editor comments once they become available.

Once again, thank you very much for your submission.

European Journal of Trauma & Dissociation

APPENDICE E

EXTRAIT DE L'ARTICLE PUBLIÉ *SCHEMAS AND COPING STRATEGIES IN
COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR PTSD: A SYSTEMATIC REVIEW*



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Review Article

Schemas and coping strategies in cognitive-behavioral therapy for PTSD: A systematic review



Delphine-Émilie Bourdon^{a,b}, Ghassan El-Baalbaki^{a,b,*}, Dominique Girard^a,
 Étienne Lapointe-Blackburn^b, Stéphane Guay^{b,c}

^a Department of psychology, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada

^b Trauma Studies Centre, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Montréal, Canada

^c Department of criminology, Université de Montréal, Montréal, Canada

ARTICLE INFO

Article history:

Received 18 May 2018

Received in revised form 16 September 2018

Accepted 20 September 2018

Keywords:

Post-traumatic stress disorder

Cognitive-behavioral therapy

Coping strategies

Cognitive schemas

Adults

ABSTRACT

Introduction. – Although cognitive-behavioral therapy (CBT) is effective in treating post-traumatic stress disorder (PTSD), some clients remain symptomatic after treatment. Some individuals with PTSD may present more severe dysfunctional cognitive schemas and use dysfunctional coping strategies.

Objectives. – The review aims to answer the following questions: 1) Is there a relation between pre-treatment core beliefs or coping strategies and PTSD outcomes following CBT? 2) Are core beliefs or coping strategies modified following CBT for PTSD?

Method. – PsycNet, PubMed, Cinahl, Embase, Web of Science, Scopus, Cochrane, ProQuest and EBSCO were systematically searched for the literature published between 1975 and May 2015, for papers including adults with PTSD, CBT for PTSD, and quantitative measures of cognitive schemas or coping strategies. Results, study characteristics and risks of bias were examined for the included studies.

Results. – The search led to the inclusion of 10 studies. Regarding schemas, the only study included shows that they change positively with psychotherapy and that some of these changes predict changes in symptoms after treatment. Regarding coping, four studies report either positive or negative links between dysfunctional coping strategies and post-treatment symptoms, six studies report a positive change in coping strategies, and one study does not report any change.

Conclusion. – Although more studies are needed to unequivocally answer the research questions, this systematic review demonstrates the relevance of considering coping strategies, and possibly schemas, in CBT studies in the context of PTSD.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Post-traumatic stress disorder (PTSD) can be developed following exposure to an actual or threatened death, serious injuries, or sexual violence, by directly experiencing the traumatic event, witnessing the event, learning that a traumatic event occurred, or experiencing repeated or extreme exposure to aversive details of a traumatic event. PTSD consists of symptoms of intrusion, avoidance, alteration in cognitions or mood, and

alterations in arousal and reactivity (American Psychiatric Association, 2013). Recent work on the conceptualization and treatment of PTSD helped to better define the clinical construct of this disorder. Cognitive-behavioral therapies (CBT) are considered to be effective in the treatment of PTSD and have demonstrated efficacy in reducing other comorbidities and related problems such as depression, anxiety, disability or functional impairment (Cusack et al., 2016). Strategies used in CBT for PTSD generally include imaginal (e.g. the narrative of the trauma) or in vivo exposure, in which an individual is exposed to trauma-related and fear-provoking stimuli (e.g. locations, persons) in order to gradually reduce the distress associated with those triggers. Targeting the modification of dysfunctional thoughts and beliefs by cognitive restructuring is another common strategy in CBT for PTSD.

* Corresponding author: Department of psychology, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888 succursale Centre-ville, Montréal (Québec), Canada.
 E-mail address: el-baalbaki.ghassan@uqam.ca (G. El-Baalbaki).

APPENDICE F

CONFIRMATION D'ACCEPTATION POUR PUBLICATION DE L'ARTICLE
*PERSONALITY BELIEFS, COPING STRATEGIES AND QUALITY OF LIFE IN A
COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR POSTTRAUMATIC STRESS
DISORDER*

From: **European Journal of Trauma & Dissociation** <em@editorialmanager.com>
Date: Thu., Sep. 19, 2019, 06:23
Subject: Decision on submission to European Journal of Trauma & Dissociation
To: Ghassan El-Baalbaki <el-baalbaki.ghassan@uqam.ca>

Manuscript Number: EJTD_2019_13R1

Personality Beliefs, Coping Strategies and Quality of life in a Cognitive-Behavioral Therapy for Post-traumatic Stress Disorder

Dear Professor El-Baalbaki,

Thank you for submitting your manuscript to European Journal of Trauma & Dissociation.

I am pleased to inform you that your manuscript has been accepted for publication.

My comments, and any reviewer comments, are below.

Your accepted manuscript will now be transferred to our production department. We will create a proof which you will be asked to check, and you will also be asked to complete a number of online forms required for publication. If we need additional information from you during the production process, we will contact you directly.

We appreciate you submitting your manuscript to European Journal of Trauma & Dissociation and hope you will consider us again for future submissions.

Kind regards,
Cyril Tarquinio
Editor-in-Chief

APPENDICE G

PREUVE D'ACCEPTATION POUR PUBLICATION DE L'ARTICLE
*PERSONALITY BELIEFS, COPING STRATEGIES AND QUALITY OF LIFE IN A
COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR POSTTRAUMATIC STRESS
DISORDER*



Research Paper

Personality beliefs, coping strategies and quality of life in a cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder

Delphine-Émilie Bourdon ^{a, b}, Ghassan El-Baalbaki ^{a, b} , Dominic Beaulieu-Prévost ^{a, b, c}, Stéphane Guay ^{b, d}, Geneviève Belleville ^{b, e}, André Marchand ^{a, b}

Show more

<https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.100135>

[Get rights and content](#)

APPENDICE H

APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DU CENTRE DE RECHERCHE DE
L'IUSMM

CENTRE DE RECHERCHE

FERNAND SEGUIN

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Le 28 janvier 2009

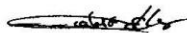
Monsieur André Marchand Ph. D.
Centre d'étude du trauma**Objet :** « Prédicateurs et médiateurs de la psychothérapie pour le Trouble de Stress Post-traumatique (TPST) ». A. Marchand, S. Guay, D. Beaulieu-Provost, G. Belleville.

Monsieur Marchand,

Suite à la réception des corrections demandées par le CÉR votre projet est maintenant conforme et accepté.

En acceptant ce projet, le CÉR s'attend formellement à ce que vous remplissiez les documents de suivi de projet. Veuillez noter qu'aucun rappel ne sera fait pour les dates de remises des questionnaires. Le premier questionnaire (début du projet) doit nous être acheminé dès le recrutement du premier sujet, le deuxième (suivi du projet de recherche) à tous les six mois et enfin, le dernier questionnaire (Fin du projet) à la clôture de cette étude. Si ces documents ne sont pas complétés de façon satisfaisante, le CÉR n'aura d'autre choix que d'interrompre votre étude.

Veuillez agréer, monsieur Marchand, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Robert Elie, M.D.
Président du Comité d'éthique de la recherche
/cm
c.c. Dre Sonia Lupien, Ph. D. - Directrice de la recherche - Centre de recherche Fernand-Seguin

7331, rue Hochelaga
Montréal (Québec) H1N 3V2
CANADA
Téléphone: (514) 251-4015
Télécopieur: (514) 251-2617

Affilié à l'Université de Montréal

APPENDICE I

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT DES PARTICIPANTS

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Projet :

PREDICTEURS ET MEDiateURS DE LA PSYCHOTHERAPIE POUR LE
TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (TSPT)

Chercheurs :

André Marchand, psychologue et chercheur principal, Centre de Recherche
Fernand-Seguin (chercheur responsable)

Stéphane Guay, psychologue, co-chercheur et directeur du Centre d'Étude
sur le Trauma du Centre de Recherche Fernand-Seguin

Dominic Beaulieu-Prévost, Ph.D, co-chercheur, Centre de Recherche
Fernand-Seguin

Geneviève Belleville, Ph.D, co-chercheure, Centre de Recherche Fernand-
Seguin.

Organisme subventionnaire : Fondation Louis-H. Lafontaine-Uniprix et
Fondation Louis-H. Lafontaine

INFORMATION

INTRODUCTION

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche portant sur le trouble de stress post-traumatique. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au

chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affectés au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE, DÉROULEMENT ET OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Vous avez été présélectionné(e) pour participer à une étude clinique qui consiste à accroître nos connaissances sur les éléments efficaces de la thérapie cognitivo-comportementale et leur applicabilité dans le traitement du trouble de stress post-traumatique.

La thérapie se déroulera au Centre d'étude sur le trauma de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et impliquera 20 séances de 90 minutes, soit une fois par semaine pendant approximativement quatre mois. La thérapie comprendra des stratégies de psychoéducation, de modification des croyances erronées et d'exposition en imagination et *in vivo*.

Dans le cas d'une participation non retenue pour les fins de l'étude ou en cas de retrait précoce de la recherche, les données seront gardées, en toute confidentialité, à des fins de comparaison pour une durée de 7 ans.

PHASE I : ÉVALUATIONS

Première partie de l'évaluation (pré-test : T0a)

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous prendrez part à une première rencontre d'évaluation avec un(e) assistant(e) de recherche, lors de votre visite au Centre d'étude sur le trauma. Cette entrevue vise à établir la présence ou non du diagnostic de stress post-traumatique et sera d'une durée approximative de 2 heures. Cette rencontre est essentielle puisqu'elle permet de déterminer si vous serez sélectionné pour participer à cette étude. Le contenu de l'entrevue sera enregistré sur bande audio et sera détruit après 7 ans. Au cours de cette rencontre, vous devrez également remplir des questionnaires qui prennent environ 30 minutes à compléter. Dans les jours suivant la rencontre d'évaluation, vous saurez si vous êtes sélectionné à participer ou non au traitement. Si oui, vous participerez à la deuxième partie de l'évaluation.

Deuxième partie de l'évaluation (pré-test : T0b)

Durant cette rencontre, vous devrez discuter librement avec un de vos proches de l'impact social de votre trouble de stress post-traumatique. Ces discussions seront enregistrées sur bande audio-vidéo et elles seront d'une durée de 30 minutes au total. Pendant ces discussions, des mesures physiologiques seront prises à l'aide d'un électrocardiogramme. Ces mesures physiologiques ne sont aucunement dangereuses pour la santé et consistent à évaluer la fréquence des battements cardiaques et des respirations. Les bandes audio-visuelles et les données seront effacées au maximum 7 ans après la fin de la recherche.

Troisième partie d'évaluation (pendant et fin de traitement : T1-T2-T3)

Pendant la thérapie, il y aura trois moments où des mesures associées aux variations de vos symptômes et de votre bien-être seront analysées. Ces mesures seront reliées aux différents prédicteurs pour identifier les ingrédients thérapeutiques actifs. La première évaluation de cette étape sera accomplie après la 3^{ème} séance (T1) et les deux autres évaluations seront appliquées après la 9^{ème} séance (T2) et suite à la fin de la thérapie, soit à (T3). La durée des trois évaluations sera approximativement de 60 minutes par évaluation.

Quatrième partie d'évaluation (suivi de thérapie : T4)

Une dernière évaluation téléphonique sera faite six mois après la fin de votre traitement et durera 30 minutes. Les questionnaires à répondre vous seront postés. Vous devrez ensuite nous les renvoyer dans une enveloppe préaffranchie qui vous sera offerte.

PHASE II : TRAITEMENT THÉRAPEUTIQUE

La thérapie cognitivo-comportementale s'avère être actuellement le traitement de choix pour traiter le trouble de stress post-traumatique. Ainsi, vous bénéficierez du meilleur traitement actuellement disponible pour vos difficultés. Le contenu des séances de thérapie sera enregistré sur bande audio afin d'évaluer dans quelle mesure votre thérapeute a suivi le plan de traitement. Le contenu de ces bandes demeurera entièrement confidentiel et les bandes seront détruites dans les 7 ans suivant la fin de l'étude. Au cours de la thérapie, nous vous demanderons de noter certaines observations et d'effectuer certains exercices pratiques durant les rencontres, puis seul(e) entre les rencontres. Nous vous demanderons également de remplir un court questionnaire sur vos symptômes à quelques reprises.

AVANTAGES

Le traitement offert pourrait atténuer vos symptômes de stress post-traumatique. De plus, les connaissances acquises permettront de mieux comprendre la thérapie cognitivo-comportementale et d'améliorer l'état de personnes ayant un trouble de stress post-traumatique.

INCONVÉNIENTS POTENTIELS ET RISQUES

Cette étude ne comporte aucun risque pour votre santé physique ou psychologique. Cependant, quelques petits inconforts reliés à la thérapie peuvent résulter de votre participation à cette étude. En exécutant les exercices demandés pendant ou entre les rencontres, il est possible que vous éprouviez certaines émotions et un niveau d'anxiété comparable à ce que vous avez déjà éprouvé jusqu'à ce jour dans diverses situations. Par contre, ceci est rarement un problème et la majorité des participants affirment que l'expérience est bien moins pénible qu'anticipée. De plus, s'il advenait que des difficultés d'anxiété liées aux exercices demandés vous inquiètent, vous pourriez contacter votre psychologue traitant à ce sujet. À cela s'ajoute

le fait que votre participation exige des disponibilités de temps pour les évaluations et la thérapie.

COMPENSATION FINANCIÈRE

Aucune compensation financière n'est prévue dans le cadre de cette étude. Cependant, vous bénéficierez d'un traitement psychologique à la fine pointe des connaissances.

INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE

Si vous deviez subir quelque préjudice à la suite de toute procédure reliée à ce projet de recherche, vous recevrez tous les soins requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

CONSIGNES À SUIVRE

Il est important de suivre les recommandations cliniques, d'assister aux rencontres et de ne pas suivre d'autres formes de traitement ou de groupe d'entraide qui pourraient interférer avec celui que nous vous offrons, dans la mesure du possible. N'hésitez pas à vous renseigner auprès de nous concernant ce sujet.

DROITS DU SUJET DE RECHERCHE

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leur responsabilité civile et professionnelle.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer. Vous pourrez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment en faisant connaître votre décision aux chercheurs. Si vous décidez de vous retirer, les données cumulées seront conservées. Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite. Les responsables de la recherche peuvent interrompre, sans votre consentement, votre participation à cette étude, pour les raisons suivantes : a) ils estiment que votre état

physique ou psychologique nécessite un autre traitement plus approprié ; b) vous refusez de suivre les consignes de l'étude. Si vous deviez quitter l'étude, des références auprès de professionnels appropriés vous seront suggérées.

PROTECTION DES PARTICIPANTS ET SURVEILLANCE ÉTHIQUE

Dans le but de surveiller et de contrôler la qualité de votre dossier de recherche, ce dernier pourra être consulté par des autorités compétentes (agence gouvernementale ou délégué du Comité d'éthique de la recherche). Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité. Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues médicales et/ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui permette une forme d'identification quelconque qu'il s'agisse de vous ou de votre institution. Les publications porteront uniquement sur des résultats généraux garantissant votre anonymat. Si vous le désirez, vous pourrez être informé des résultats obtenus en contactant le chercheur responsable.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable André Marchand.

Enfin, vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

ÉTUDES ULTÉRIEURES

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, j'autorise (oui___) ou (non___) le responsable de ce projet à me contacter à nouveau et à me demander si je serais intéressé(e) à participer à cette nouvelle recherche.

CONFIDENTIALITÉ

Toutes les informations que vous fournirez dans cette recherche seront confidentielles dans les limites de la loi. L'accès à l'information recueillie dans les questionnaires sera limité au personnel scientifique impliqué dans cette recherche. Sur les questionnaires, votre nom sera remplacé par un code numérique.

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine peut en tout temps avoir accès au dossier de recherche, notamment en vue de s'assurer que la tenue de dossiers respecte les normes du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Par ailleurs, pour des fins de contrôle le MSSS a créé un répertoire qui permet de rejoindre tout sujet de recherche si nécessaire. Votre inclusion à ce répertoire est obligatoire et ce pour une durée de 2 ans. Les données recueillies seront utilisées strictement à des fins de recherche et de communications scientifiques.

Afin de respecter la confidentialité et l'anonymat des sujets, tous les questionnaires seront codés et gardés dans un classeur sous clé en possession du coordonnateur de recherche du Centre d'étude sur le trauma. Les données seront conservées pour une période de 7 ans après la fin de l'étude.

EN CAS DE PLAINTÉ

Pour toute question sur vos droits à titre de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter M^{me} Élise St-Amant, Commissaire local à la qualité des services - Hôpital Louis-H. Lafontaine - 7401, rue Hochelaga - Montréal (Québec) H1N 3M5 – tél. : (514) 251-4000 poste 2920.

SURVEILLANCE ÉTHIQUE DU PROJET DE RECHERCHE

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre de Recherche Fernand-Seguin affilié à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine a approuvé ce projet de recherche et s'assure du respect des règles éthiques durant tout son déroulement. Pour toute information d'ordre éthique, vous pouvez joindre Dr. Robert Élie, président du Comité d'éthique de la recherche, ou son représentant au numéro de téléphone : 514-251-4015, poste 3396 ou bien par courriel (robert.elie@umontreal.ca).

RESSOURCES À CONTACTER ET ACCÈS AU CHERCHEUR

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude, s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps la coordonnatrice de l'étude, Vedrana Ikic (téléphone : 514-251-4015, poste 3574) ou le responsable de l'étude, André Marchand (téléphone : 514-251-4015, poste 3147).

DÉCLARATION DE L'INVESTIGATEUR OU DE SON REPRÉSENTANT

En signant ce document, je certifie avoir expliqué au participant les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posé à cet égard, et avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre fin à sa participation, et ce, sans préjudice.

Nom du chercheur de l'investigateur ou de la personne déléguée qui a obtenu l'autorisation en lettre moulée :

Signature de l'investigateur ou de la personne déléguée qui a obtenu l'autorisation : _____

CONSENTEMENT

DEMANDE DE CONSENTEMENT AU PROJET DE RECHERCHE

En signant ce *Formulaire de consentement*, je ne renonce aucunement à mes droits ni ne libère le chercheur responsable du projet de recherche et le commanditaire de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Je, soussigné(e), certifie avoir lu attentivement les informations contenues dans ce formulaire de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet de recherche, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je comprends également que je peux me retirer en tout temps et sans conséquences négatives.

Je comprends les implications de ma participation à cette étude sur le traitement du trouble de stress post-traumatique et j'accepte volontairement d'y participer.

Nom du participant en lettre moulée : _____

Signature du participant : _____

Date : _____

DEMANDE D'AUTORISATION D'ENREGISTREMENT

On m'a expliqué le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance que des enregistrements (vidéo/audio/ou autre) seront effectués pour permettre une analyse subséquente par un ou plusieurs chercheurs. On m'a expliqué les raisons de ces renseignements. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. On a garanti, à ma satisfaction, la confidentialité de ces enregistrements et on m'a informé de la durée de garde de ces enregistrements. Après réflexions, j'accepte que ces enregistrements soient effectués, mais je conserve le droit de demander en tout temps que ces renseignements soient détruits.

Nom du participant en lettre moulée : _____

Signature du participant : _____

Date : _____

****Le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi****

APPENDICE J

QUESTIONNAIRE DES CROYANCES DE LA PERSONNALITÉ

Questionnaire des croyances de la personnalité (version francophone tirée de Bouvard, 2009)

Questionnaire des croyances

281

Questionnaire des croyances

Nom :

Date :

Veuillez lire les énoncés ci-dessous et évaluer à quel degré vous croyez chacun d'entre eux. Essayez de juger de quelle manière vous considérez chacun de ces énoncés la plupart du temps.

4	3	2	1	0
Je le crois totalement	Je le crois beaucoup	Je le crois modérément	Je le crois un peu	Je ne le crois pas du tout

EXEMPLE

1. Le monde est un endroit dangereux.
(Entourer la réponse de votre choix)

4	3	2	1	0
Total.	Bcp	Modér.	Un peu	Pas du tout

QUESTIONNAIRE

1. Je me sens déplacé(e) et indésirable, tant dans les situations professionnelles que sociales.
2. Les autres sont potentiellement critiques, indifférents, humiliants ou rejetants.
3. Je ne supporte pas les sentiments désagréables.
4. Si je laisse les gens s'approcher de moi, ils vont découvrir ce que je suis vraiment et me rejeter.
5. Je ne supporte pas de paraître inférieur(e) ou inadéquat(e).
6. Je dois à tout prix éviter les situations désagréables.
7. Il m'est nécessaire de faire immédiatement disparaître tout sentiment et toute pensée désagréables, ou au moins de m'en distraire. (Par exemple, en buvant un verre ou en prenant une drogue, ou en regardant la télévision.)
8. Je devrais éviter les situations dans lesquelles j'attire l'attention, ou au moins être aussi discret(e) que possible.
9. Les émotions désagréables ne peuvent que s'amplifier et échapper à mon contrôle.

A quel degré le croyez-vous?				
Total.	Bcp	Modér.	Un peu	Pas du tout
4	3	2	1	0
4	3	2	1	0
4	3	2	1	0
4	3	2	1	0
4	3	2	1	0
4	3	2	1	0
4	3	2	1	0
4	3	2	1	0
4	3	2	1	0

	A quel degré le croyez-vous?			
	Total	Bcp	Moy.	Pas du tout
10. Si les autres ne critiquent, c'est qu'ils doivent avoir raison.	4	3	2	1 0
11. Il est préférable de ne rien faire plutôt que de tenter quelque chose qui pourrait échouer.	4	3	2	1 0
12. Ne pas penser à un problème m'évite d'avoir quelque chose à faire à son propos.	4	3	2	1 0
13. Tout signe de tension dans une relation indique que cette relation est en train de mal tourner et qu'il faut donc la casser.	4	3	2	1 0
14. Si je ne porte aucune attention à un problème, il va disparaître.	4	3	2	1 0
15. Je suis démun(e) et faible.	4	3	2	1 0
16. J'ai besoin d'avoir constamment une personne disponible auprès de moi pour m'aider à accomplir ce que j'ai à faire, ou au cas où quelque chose tournerait mal.	4	3	2	1 0
17. La personne qui m'aide peut être mon conseiller, mon soutien et mon confident – si elle le veut bien.	4	3	2	1 0
18. Je suis réduit(e) à l'impuissance lorsque je suis seul(e).	4	3	2	1 0
19. Je suis fondamentalement seul(e) – à moins de pouvoir m'attacher à quelqu'un de plus fort que moi.	4	3	2	1 0
20. Le pire qui puisse m'arriver est d'être abandonné(e).	4	3	2	1 0
21. Si je ne suis pas aimé(e), je serai toujours malheureux(se).	4	3	2	1 0
22. Je ne dois rien faire qui pourrait offenser la personne qui me soutient ou m'aide.	4	3	2	1 0
23. Je dois être servile afin de maintenir la bonne volonté de cette personne.	4	3	2	1 0
24. Il faut que je puisse entrer en contact avec elle à tout instant.	4	3	2	1 0
25. Il me faut entretenir une relation aussi intime que possible avec cette personne.	4	3	2	1 0
26. Je ne peux prendre aucune décision par moi-même.	4	3	2	1 0
27. «faire avec» les choses de la vie.	4	3	2	1 0
28. J'ai besoin que d'autres m'aident à prendre mes décisions ou qu'ils me disent ce qu'il faut faire.	4	3	2	1 0
29. Je suis dépendant(e), mais j'ai besoin que les autres m'aident à atteindre mes buts.	4	3	2	1 0

	A quel degré le croyez-vous?			
	Total	Bcp	Moy.	Pas du tout
30. Ma seule façon de préserver mon respect de moi-même est de m'affirmer de manière indirecte. Par exemple, en ne suivant pas exactement les instructions reçues.	4	3	2	1 0
31. J'aime être attaché(e) à des gens, mais pas au prix de leur domination sur moi.	4	3	2	1 0
32. Les figures d'autorité ont tendance à être indiscrettes, exigeantes, interférentes et contrôlantes.	4	3	2	1 0
33. Je dois résister à la domination de ceux qui ont l'autorité, tout en maintenant cependant leur approbation et leur acceptation.	4	3	2	1 0
34. Il est intolérable d'être contrôlé(e) ou dominé(e) par les autres.	4	3	2	1 0
35. Il faut que je fasse les choses à ma façon.	4	3	2	1 0
36. Ma fierté et mon indépendance sont blessées par l'obligation de respecter des délais, de me soumettre à ce que l'on attend de moi, ou d'obéir.	4	3	2	1 0
37. Ma liberté d'action se trouve inhibée si je me conforme aux règles comme il est attendu de moi.	4	3	2	1 0
38. Il est préférable de ne pas exprimer ma colère ouvertement, mais de montrer mon désagrement en me comportant autrement que ce qui est attendu.	4	3	2	1 0
39. Je suis ce qui est bon pour moi et les autres n'ont pas à me dire ce que je dois faire.	4	3	2	1 0
40. Les règles sont arbitraires et m'étouffent.	4	3	2	1 0
41. Les autres sont souvent trop exigeants.	4	3	2	1 0
42. Si je trouve les autres trop autoritaires, j'ai parfaitement le droit de ne pas considérer leurs requêtes.	4	3	2	1 0
43. Je suis totalement responsable de moi-même et des autres.	4	3	2	1 0
44. Je ne peux compter que sur moi pour que les choses se fassent.	4	3	2	1 0
45. Les autres ont tendance à être trop insouciantes, souvent irresponsables, voire peu concernés ou incompetents.	4	3	2	1 0
46. Il est important que toute activité soit accomplie de manière parfaite.	4	3	2	1 0
47. Pour réaliser une tâche correctement, j'ai besoin d'ordre, de systèmes et de règles.	4	3	2	1 0

	À quel degré le croyez-vous ?			
	Total	Bxp	Moder	Pas du tout
48. Si je n'ai pas de système, tout va partir à vau-l'eau.	4	3	2	1 0
49. Tout défaut ou imperfection d'exécution peut conduire à une catastrophe.	4	3	2	1 0
50. Il est nécessaire de s'en tenir constamment aux plus hauts standards sans quoi tout risque de s'écrouler.	4	3	2	1 0
51. Je dois être en parfait contrôle de mes émotions.	4	3	2	1 0
52. Les autres devraient faire les choses comme moi.	4	3	2	1 0
53. Si je ne m'exécute pas au plus haut niveau, je vais échouer.	4	3	2	1 0
54. Les imperfections, les défauts ou les erreurs sont intolérables.	4	3	2	1 0
55. Les détails sont extrêmement importants.	4	3	2	1 0
56. Ma façon de faire les choses est généralement la meilleure.	4	3	2	1 0
57. Je dois être sur mes gardes.	4	3	2	1 0
58. La force ou la ruse est la meilleure manière de faire avancer les choses.	4	3	2	1 0
59. La vie est une jungle où seul le plus fort survit.	4	3	2	1 0
60. Les autres vont prendre avantage sur moi si ce n'est pas moi qui prends d'abord avantage sur eux.	4	3	2	1 0
61. Tenir ses promesses ou rembourser ses dettes n'est pas important.	4	3	2	1 0
62. Il est parfaitement acceptable de mentir et de tricher, tant que l'on n'est pas découvert.	4	3	2	1 0
63. J'ai été traité(e) de manière injuste. J'ai donc tout à fait le droit d'utiliser n'importe quel moyen pour obtenir ce qui m'est dû.	4	3	2	1 0
64. Les autres sont faibles et méritent donc de se faire avoir.	4	3	2	1 0
65. Si ce n'est pas moi qui écarte les autres, ce sont les autres qui m'écarteront.	4	3	2	1 0
66. Tant que ça passe, je peux tout me permettre.	4	3	2	1 0
67. Ce que les autres pensent de moi n'a guère d'importance.	4	3	2	1 0
68. Si je veux quelque chose, tout est bon pour l'obtenir.	4	3	2	1 0

	À quel degré le croyez-vous ?			
	Total	Bxp	Moder	Pas du tout
69. J'arrive toujours à m'en sortir, je n'ai donc pas à me préoccuper des conséquences négatives de mes actes.	4	3	2	1 0
70. Si les gens sont incapables de s'occuper d'eux-mêmes, c'est leur problème.	4	3	2	1 0
71. Je suis quelqu'un de très spécial.	4	3	2	1 0
72. Ma supériorité sur les autres est telle qu'elle m'autorise à un traitement de faveur et à des privilèges.	4	3	2	1 0
73. Les règles applicables à tout un chacun ne me touchent pas.	4	3	2	1 0
74. Il est très important d'être reconnu, complimé et admiré.	4	3	2	1 0
75. Si les autres ne respectent pas mon statut, ils s'en repentiront un jour.	4	3	2	1 0
76. Mes besoins devraient être satisfaits par les autres.	4	3	2	1 0
77. Les gens devraient reconnaître à quel point je suis spéciale(e).	4	3	2	1 0
78. Il est intolérable que l'on ne me montre pas le respect qui m'est dû ou que je n'obtienne pas ce à quoi j'ai droit.	4	3	2	1 0
79. Les autres ne méritent pas la renommée ou les biens dont ils jouissent.	4	3	2	1 0
80. Nul n'a le droit de me critiquer.	4	3	2	1 0
81. Les besoins des autres ne devraient en aucun cas interférer avec les miens.	4	3	2	1 0
82. J'ai un tel talent qu'il serait normal que les autres fassent un réel effort pour soutenir ma carrière.	4	3	2	1 0
83. Seuls les gens aussi brillants que moi peuvent me comprendre.	4	3	2	1 0
84. J'ai toutes les raisons de m'attendre à de grandes choses.	4	3	2	1 0
85. Je suis une personne intéressante et attirante.	4	3	2	1 0
86. L'attention des autres est nécessaire à mon bonheur.	4	3	2	1 0
87. Je ne suis rien si je n'amuse ou n'impressionne pas les autres.	4	3	2	1 0
88. Si je n'aimerais pas constamment l'intérêt des autres, ils ne vont pas m'aimer.	4	3	2	1 0
89. Ma façon d'obtenir ce que je veux est d'éblouir ou de divertir les gens.	4	3	2	1 0

	A quel degré le croyez-vous ?			
	Total	Bcp	Moder	Pas du tout
90. Si les gens ne réagissent pas très positivement face à moi, c'est qu'ils sont lâchables.	4	3	2	1 0
91. Lorsque les gens m'ignorent, c'est horrible pour moi.	4	3	2	1 0
92. Je devrais être constamment au centre de l'attention générale.	4	3	2	1 0
93. Je n'ai jamais besoin de me creuser la tête. Il me suffit de suivre ce que me dictent mes « tripes ».	4	3	2	1 0
94. Si j'ause les gens, ils ne remarqueront pas mes faiblesses.	4	3	2	1 0
95. Je ne supporte pas l'ennui.	4	3	2	1 0
96. Si j'ai envie de faire quelque chose, je n'ai qu'à me lancer et le faire.	4	3	2	1 0
97. Les gens ne me prêtent attention que lorsque j'agis de manière extrême.	4	3	2	1 0
98. Les émotions et les intuitions sont beaucoup plus importantes que la pensée rationnelle et la planification.	4	3	2	1 0
99. Je ne me préoccupe pas de ce que les autres pensent de moi.	4	3	2	1 0
100. Il est important pour moi d'être libre et indépendant(e) des autres.	4	3	2	1 0
101. J'ai plus de plaisir à faire les choses tout(e) seul(e) qu'avec les autres.	4	3	2	1 0
102. Dans bien des situations, je m'en surs mieux tout(e) seul(e).	4	3	2	1 0
103. Je ne suis pas influencé par les autres dans ce que je décide de faire.	4	3	2	1 0
104. Les relations proches avec d'autres personnes sont peu importantes pour moi.	4	3	2	1 0
105. J'établis mes propres standards et mes propres buts pour tout ce qui me concerne.	4	3	2	1 0
106. Ma vie privée a beaucoup plus d'importance pour moi que le fait d'être proche des autres.	4	3	2	1 0
107. Ce que les autres pensent ne me préoccupe pas.	4	3	2	1 0
108. Je suis capable de gérer les choses par moi-même, sans l'aide de qui ce soit.	4	3	2	1 0
109. Il est préférable d'être seul que de se sentir « coincé » par les autres.	4	3	2	1 0
110. Je ne devrais me confier à personne.	4	3	2	1 0

	A quel degré le croyez-vous ?			
	Total	Bcp	Moder	Pas du tout
111. Je peux utiliser les autres à mes propres fins, pour autant que cela ne m'engage pas auprès d'eux.	4	3	2	1 0
112. Les relations humaines sont perturbantes et interfèrent avec la liberté.	4	3	2	1 0
113. Je ne peux pas faire confiance aux autres.	4	3	2	1 0
114. Les gens ont des intentions cachées.	4	3	2	1 0
115. Les autres vont essayer de m'utiliser ou de me manipuler si je ne fais pas attention.	4	3	2	1 0
116. Je dois me tenir constamment sur mes gardes.	4	3	2	1 0
117. Il est risqué de se confier aux autres.	4	3	2	1 0
118. Lorsque les gens se comportent de manière amicale, leur but peut être d'essayer de m'utiliser ou de m'exploiter.	4	3	2	1 0
119. Les gens vont profiter de moi si je leur en donne l'occasion.	4	3	2	1 0
120. Dans la plupart des cas, les gens ne sont pas amicaux.	4	3	2	1 0
121. Les autres essayent délibérément de m'humilier.	4	3	2	1 0
122. Bien souvent, les gens cherchent ouvertement à m'importuner.	4	3	2	1 0
123. Je vais me retrouver dans de sérieux problèmes si je laisse les autres penser qu'ils ne risquent rien à me maltraiter.	4	3	2	1 0
124. Si les gens découvrent des choses à mon sujet, ils vont s'en servir contre moi.	4	3	2	1 0
125. Souvent, les gens disent une chose mais en sous-entendent une autre.	4	3	2	1 0
126. Même une personne proche pourrait être déloyale ou infidèle.	4	3	2	1 0

APPENDICE K

WAYS OF COPING QUESTIONNAIRE (WCS)

WAYS OF COPING QUESTIONNAIRE

(Version abrégée)

Traduction B. Mishara (1987)

Version originale anglaise: Folkman et Lazarus (1988)

Lisez, s'il vous plaît, chacun des énoncés suivants et indiquez, en faisant un cercle autour de la catégorie appropriée, à quelle fréquence vous avez utilisé ces moyens pour faire face à vos difficultés liées à l'anxiété.

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

	Pas utilisé	Utilisé de temps en temps	Utilisé souvent	Beaucoup utilisé
1. J'en ai parlé à quelqu'un pour en savoir plus sur cette situation.	0	1	2	3
2. J'ai espéré qu'un miracle se produise.	0	1	2	3
3. J'ai accepté mon destin; c'était peut-être juste de la malchance.	0	1	2	3
4. J'ai continué comme si rien ne s'était passé.	0	1	2	3
5. J'ai essayé de regarder les choses du bon côté.	0	1	2	3
6. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.	0	1	2	3
7. Ceci m'a donné(e) le goût de faire quelque chose de créatif.	0	1	2	3
8. J'ai essayé de tout oublier.	0	1	2	3
9. J'ai reçu de l'aide professionnelle.	0	1	2	3
10. J'ai conçu un plan d'action et je l'ai suivi.	0	1	2	3

ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE

	Pas utilisé	Utilisé de temps en temps	Utilisé souvent	Beaucoup utilisé
11. J'ai trouvé une façon d'exprimer mes émotions.	0	1	2	3
12. J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait faire quelque chose de concret à propos du problème.	0	1	2	3
13. J'ai redécouvert ce qui était important dans la vie.	0	1	2	3
14. J'ai effectué des transformations pour que tout se termine bien.	0	1	2	3
15. J'ai demandé conseil à un parent ou à un(e) ami(e) que je respectais.	0	1	2	3
16. J'ai parlé à quelqu'un de mes sentiments.	0	1	2	3
17. J'ai tenu bon et je me suis battu(e) pour ce qui me tenait à cœur.	0	1	2	3
18. Je savais ce qui devait être fait, alors j'ai redoublé d'efforts pour que ça puisse fonctionner.	0	1	2	3
19. J'ai changé quelque chose en moi.	0	1	2	3
20. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou prenne fin.	0	1	2	3
21. J'ai imaginé des solutions miracles.	0	1	2	3

APPENDICE L

WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF

Cette évaluation porte sur vos sentiments à l'égard de votre qualité de vie, de votre santé et d'autres aspects de votre vie. Veuillez répondre à toutes les questions. Dans l'incertitude, veuillez choisir la réponse qui semble la plus appropriée - c'est souvent la première réaction qui est la plus juste.

Veuillez garder à l'esprit vos valeurs, vos espoirs, vos plaisirs et vos préoccupations. Nous vous demandons de penser à votre vie au cours des deux dernières semaines.

Exemple :

Obtenez-vous des autres le genre de soutien dont vous avez besoin?

1	2	3	4	5	
Pas du tout	Un peu		Moyennement	Beaucoup	Totalement

Si, au cours des deux dernières semaines, vous avez obtenu beaucoup de soutien des autres, il vous faudrait encercler le numéro 5.

Obtenez-vous des autres le genre de soutien dont vous avez besoin?

1	2	3	4	5	
Pas du tout	Un peu		Moyennement	Beaucoup	Totalement

Mais si, au cours des deux dernières semaines, vous n'avez pas du tout obtenu des autres le soutien dont vous aviez besoin, il faudrait encercler le numéro 1.

Veuillez lire chaque question et évaluer les sentiments que vous avez éprouvés au cours des deux dernières semaines, puis encercler le chiffre correspondant à la réponse la plus pertinente pour vous.

Merci de votre participation

1. Comment évaluez-vous votre qualité de vie?

1	2	3	4	5
Très mauvaise	Mauvaise	Ni bonne, ni mauvaise	Bonne	Très bonne

2. Êtes-vous satisfait de votre santé?

1	2	3	4	5
Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait

Les questions suivantes visent à évaluer dans quelle mesure vous avez ressenti certaines choses au cours des deux dernières semaines

3. Dans quelle mesure croyez-vous que la douleur physique vous empêche de faire ce que vous avez à faire?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

4. Dans quelle mesure avez-vous besoin de traitement médical pour fonctionner dans la vie de tous les jours?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

5. Dans quelle mesure jouissez-vous de la vie?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

6. Dans quelle mesure votre vie vous paraît-elle avoir un sens?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

7. Dans quelle mesure arrivez-vous à vous concentrer?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

8. Dans quelle mesure vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de tous les jours?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

9. Dans quelle mesure votre environnement physique est-il sain?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

10. Avez-vous suffisamment d'énergie pour vos activités quotidiennes?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

11. Dans quelle mesure acceptez-vous votre apparence physique?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

12. Avez-vous suffisamment d'argent pour satisfaire vos besoins?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

13. Dans quelle mesure avez-vous accès à l'information dont vous avez besoin dans votre vie?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

14. Dans quelle mesure avez-vous l'occasion d'avoir des loisirs?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

15. Dans quelle mesure pouvez-vous vous déplacer physiquement?

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Totalement

Les questions suivantes visent à évaluer votre satisfaction à l'égard de divers aspects de votre vie au cours des deux dernières semaines.

16. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre sommeil?

1	2	3	4	5
Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait

17. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre capacité à exécuter vos activités quotidiennes?

1	2	3	4	5
Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait

18. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre capacité de travail?

1	2	3	4	5
Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait

19. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de vous-même?

1	2	3	4	5
Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait

20. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de vos relations personnelles?

1	2	3	4	5
Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait

21. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle?

1	2	3	4	5
Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait

22. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait du soutien que vous recevez de vos amis?

1	2	3	4	5
Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait

23. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre lieu de résidence?

1	2	3	4	5
Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait

24. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre accès aux services de santé?

1	2	3	4	5
Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait

25. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre moyen de transport?

1	2	3	4	5
Très insatisfait	Plutôt insatisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait

La question suivante vise à évaluer à quelle fréquence vous avez ressenti ou vécu certaines choses au cours des deux dernières semaines.

26. À quelle fréquence avez-vous éprouvé des sentiments négatifs, comme le cafard, le désespoir, l'anxiété, la dépression?

1	2	3	4	5
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours

Est-ce que quelqu'un vous a aidé à remplir ce questionnaire? _____

Combien de temps cela vous a pris pour remplir ce questionnaire? _____

RÉFÉRENCES

- Ahmadian, A., Mirzaee, J., Omidbeygi, M., Holsboer-Trachsler, E. et Brand, S. (2015). Differences in maladaptive schemas between patients suffering from chronic and acute posttraumatic stress disorder and healthy controls. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 1677-1684. doi: <https://doi.org/10.2147/NDT.S85959>
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.)*. Washington, DC : Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author :.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.)*. Arlington, VA, US : Author.
- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association, 6th Edition*. Washington, DC :.
- Amir, M., Kaplan, Z., Efroni, R., Levine, Y., Benjamin, J. et Kotler, M. (1997). Coping styles in post-traumatic stress disorder (PTSD) patients. *Personality and Individual Differences*, 23(3), 399-405. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)80005-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(97)80005-0)
- Ano, G. G. et Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 461-480. doi: <https://doi.org/10.1002/jclp.20049>

- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D. et Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 750-765. doi: <https://doi.org/10.1037/a0028310>
- Badour, C. L., Blonigen, D. M., Boden, M. T., Feldner, M. T. et Bonn-Miller, M. O. (2012). A longitudinal test of the bi-directional relations between avoidance coping and PTSD severity during and after PTSD treatment. *Behaviour Research & Therapy*, 50(10), 610-616. doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.06.006>
- Banducci, A. N., Connolly, K. M., Vujanovic, A. A., Alvarez, J. et Bonn-Miller, M. O. (2017). The impact of changes in distress tolerance on PTSD symptom severity post-treatment among veterans in residential trauma treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 47, 99-105. doi: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.01.004>
- Bartoszek, G., Hannan, S. M., Kamm, J., Pamp, B. et Maieritsch, K. P. (2017). Trauma - related pain, reexperiencing symptoms, and treatment of posttraumatic stress disorder: A longitudinal study of veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 30(3), 288-295. doi: <https://doi.org/10.1002/jts.22183>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York : Hoeber Medical Division, Harper & Row.
- Beck, A. T. et Beck, J. S. (1991). *The Personality Belief Questionnaire. Unpublished assessment instrument*. Bala Cynwyd, PA : The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research.
- Beck, A. T., Davis, D. D. et Freeman, A. (2015). *Cognitive Therapy of Personality Disorders, Third Edition*. New York, NY, US : Guilford Publications.

- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy, Second Edition: Basics and Beyond*. New York, NY, US : Guilford Publications.
- Békés, V., Beaulieu-Prévost, D., Guay, S., Belleville, G. et Marchand, A. (2018). Trauma-related negative cognitions mediate the relationship between avoidant personality beliefs and impeded response to psychotherapy for PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 28(3), 297-312. doi: <https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1500504>
- Belleville, G., Guay, S. et Marchand, A. (2011). Persistence of sleep disturbances following cognitive-behavior therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(4), 318-327. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.09.022>
- Benight, C. C. et Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1129-1148. doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.008>
- Bhar, S. S., Beck, A. T. et Butler, A. C. (2012). Beliefs and personality disorders: an overview of the personality beliefs questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 68(1), 88-100. doi: <https://doi.org/10.1002/jclp.20856>
- Biro, M., Novović, Z. et Gavrilov, V. (1997). Coping strategies in PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 365-369. doi: <https://doi.org/10.1017/S1352465800018762>
- Bisson, J., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. et Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 190(2), 97-104. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.021402>

- Boden, M. T., Bonn-Miller, M. O., Vujanovic, A. A. et Drescher, K. D. (2012). A prospective investigation of changes in avoidant and active coping and posttraumatic stress disorder symptoms among military Veteran. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(4), 433-439. doi: <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9293-6>
- Bollinger, A. R., Riggs, D. S., Blake, D. D. et Ruzek, J. I. (2000). Prevalence of personality disorders among combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 255-270. doi: <https://doi.org/10.1023/a:1007706727869>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. doi: <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.1.20>
- Bonanno, G. A. et Burton, C. L. (2013). Regulatory Flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591-612. doi: <https://doi.org/10.1177/1745691613504116>
- Bonanno, G. A., Pat-Horenczyk, R. et Noll, J. (2011). Coping flexibility and trauma: The Perceived Ability to Cope With Trauma (PACT) scale. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(2), 117-129. doi: <https://doi.org/10.1037/a0020921>
- Bouvard, M. (2009). *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité* Elsevier-Masson.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. et Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 214-227. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>

- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma Violence Abuse*, 10(3), 198-210. doi: <https://doi.org/10.1177/1524838009334448>
- Brewin, C. R., Andrews, B. et Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
- Brewin, C. R. et Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychological Review*, 23(3), 339-376. doi: [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00033-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00033-3)
- Brillon, P. (2013). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique, guide à l'intention des thérapeutes*. Outremont : Les Éditions Québecor.
- Brillon, P., Marchand, A. et Stephenson, R. (1996). Modèles comportementaux et cognitifs du trouble de stress post-traumatique. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 129-144. doi: <https://doi.org/10.7202/032383ar>
- Britvić, D., Glučina, D., Antičević, V., Kekez, V., Lapenda, B., Đogaš, V., . . . Frančišković, T. (2012). Long-term improvement in coping skills following multimodal treatment in war veterans with chronic PTSD. *International Journal of Group Psychotherapy*, 62(3), 418-435. doi: <https://doi.org/10.1521/ijgp.2012.62.3.418>
- 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. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00093-Y](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(94)00093-Y)
- Burton, M. S., Cooper, A. A., Feeny, N. C. et Zoellner, L. A. (2015). The Enhancement of Natural Resilience in Trauma Interventions. *Journal of*

contemporary psychotherapy, 45(4), 193-204. doi: <https://doi.org/10.1007/s10879-015-9302-7>

Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T. et Grisham, J. R. (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy*, 40(10), 1231-1240. doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00031-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00031-1)

Campbell, S. B. et Renshaw, K. D. (2018). Posttraumatic stress disorder and relationship functioning: A comprehensive review and organizational framework. *Clinical Psychology Review*, 65, 152-162. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.003>

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. doi: https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Carver, C. S., Scheier, M. F. et Weintraub, J. K. (1989, Feb). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>

Clarke, S. B., Rizvi, S. L. et Resick, P. A. (2008). Borderline personality characteristics and treatment outcome in cognitive-behavioral treatments for PTSD in female rape victims. *Behavior Therapy*, 39(1), 72-78. doi: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.05.002>

Cockram, D. M., Drummond, P. D. et Lee, C. W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(3), 165-182. doi: <https://doi.org/10.1002/cpp.690>

Cofini, V., Carbonelli, A., Cecilia, M. R., Binkin, N. et di Orio, F. (2015). Post traumatic stress disorder and coping in a sample of adult survivors of the

- Italian earthquake. *Psychiatry Research*, 229(1), 353-358. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.041>
- Cook, J. M., Riggs, D. S., Thompson, R., Coyne, J. C. et Sheikh, J. I. (2004). Posttraumatic stress disorder and current relationship functioning among World War II ex-prisoners of war. *Journal of Family Psychology*, 18(1), 36-45. doi: <https://doi.org/10.1037/0893-3200.18.1.36>
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C. et Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 319-328. doi: <https://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., . . . Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128-141. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>
- d'Ardenne, P., Capuzzo, N., Fakhoury, W. K., Jankovic-Gavrilovic, J. et Priebe, S. (2005). Subjective quality of life and posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(1), 62-65. doi: <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000149221.09294.92>
- Diehle, J., Schmitt, K., Daams, J. G., Boer, F. et Lindauer, R. J. (2014). Effects of psychotherapy on trauma-related cognitions in posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 27(3), 257-264. doi: <https://doi.org/10.1002/jts.21924>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. et Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. doi: http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J. H., Veltman, D. J., Hoogendoorn, A. W., van Balkom, A. J. L. M. et Draijer, N. (2013). Treatment compliance and effectiveness in complex PTSD patients with co-morbid personality disorder undergoing stabilizing cognitive behavioral group treatment: a preliminary study. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1). doi: <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21171>
- Dunmore, E., Clark, D. M. et Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour research and therapy*, 37(9), 809-829. doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00181-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00181-8)
- Dunmore, E., Clark, D. M. et Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research & Therapy*, 39(9), 1063-1084. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00088-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00088-7)
- Dunn, N. J., Yanasak, E., Schillaci, J., Simotas, S., Rehm, L. P., Soucek, J., . . . Hamilton, J. D. (2004). Personality disorders in veterans with posttraumatic stress disorder and depression. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 75-82. doi: <https://doi.org/10.1023/b:Jots.0000014680.54051.50>
- Ehlers, A. et Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Fang, S. C., Schnurr, P. P., Kulish, A. L., Holowka, D. W., Marx, B. P., Keane, T. M. et Rosen, R. (2015). Psychosocial Functioning and Health-Related Quality of Life Associated with Posttraumatic Stress Disorder in Male and Female Iraq and Afghanistan War Veterans: The VALOR Registry. *Journal of Women's Health*, 24(12), 1038-1046. doi: <http://doi.org/10.1089/jwh.2014.5096>
- Farrants, J. (2001). *Working with trauma: interpersonal and process issues in therapy for people suffering from the effects of traumatic experience* (D.Psych.). The

City University (London) (United Kingdom), Ann Arbor. Récupéré de ProQuest Dissertations & Theses Global.

Feeny, N. C., Hembree, E. A. et Zoellner, L. A. (2003). Myths regarding exposure therapy for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(1), 85-90. doi: [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80011-1](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80011-1)

Fletcher, S., Elklit, A., Shevlin, M. et Armour, C. (2017). Predictors of PTSD treatment response trajectories in a sample of childhood sexual abuse survivors: the roles of social support, coping, and PTSD symptom clusters. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-25. doi: <https://doi.org/10.1177/0886260517741212>

Foa, E. B. et Cahill, S. P. (2002). Specialized Treatment for PTSD: Matching Survivors to the Appropriate Modality. Dans R. Yehuda (dir.), *Treating Trauma Survivors with PTSD* (chap. 3, p. xvi + 199 pp.). Washington DC : American Psychiatric Press.

Foa, E. B., Davidson, J. et Frances, A. (1999). The expert consensus guideline series: Treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(supplement 16), 4-76.

Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F. et Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303-314. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.303>

Foa, E. B., Hembree, E. et Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences* Oxford University Press.

- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. et Cohen, J. A. (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.)*. New York, NY, US : Guilford Press.
- Foa, E. B. et Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35. doi: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Foa, E. B., Steketee, G. et Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20(2), 155-176. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80067-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80067-X)
- Folkman, S. et Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/2136617>
- Folkman, S. et Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologist Press.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. et Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>
- Fredette, C., El-Baalbaki, G., Palardy, V., Rizkallah, E. et Guay, S. (2016). Social support and cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Traumatology*, 22(2), 131-144. doi: <https://doi.org/10.1037/trm0000070>
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M. et Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4(1), 92-101. doi: <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.1.92>

- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Drouin, M. S. et Guay, S. (2009). Effectiveness of cognitive behavioural therapy administered by videoconference for posttraumatic stress disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(1), 42-53. doi: <https://doi.org/10.1080/16506070802473494>
- Giacco, D., Matanov, A. et Priebe, S. (2013). Symptoms and Subjective Quality of Life in Post-Traumatic Stress Disorder: A Longitudinal Study. *PLOS ONE*, 8(4), e60991. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0060991>
- Gil, S. (2005). Coping style in predicting posttraumatic stress disorder among Israeli students. *Anxiety, Stress, & Coping*, 18(4), 351-359. doi: <https://doi.org/10.1080/10615800500392732>
- Gil, S. et Caspi, Y. (2006). Personality traits, coping style, and perceived threat as predictors of posttraumatic stress disorder after exposure to a terrorist attack: a prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 68(6), 904-909. doi: <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000242124.21796.f8>
- Gloth, C. A. (2016). *The Role of Client Avoidance on PTSD Recovery throughout the Course of Trauma Therapy* (Ph.D.). University of Missouri - Saint Louis, Ann Arbor. Récupéré de ProQuest Dissertations & Theses Global. Récupéré de http://openurl.uquebec.ca:9003/uqam?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+%26+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+%26+Theses+Global&atitle=&title=The+Role+of+Client+Avoidance+on+PTSD+Recovery+throughout+the+Course+of+Trauma+Therapy&issn=&date=2016-01-01&volume=&issue=&page=&au=Gloth%2C+Chelsea+A.&isbn=9781369088113&jtitle=&bttitle=&rft_id=info:eric/&rft_id=info:doi/
- Gobin, R. L., Mackintosh, M.-A., Willis, E., Allard, C. B., Kloezeman, K. et Morland, L. A. (2018). Predictors of differential PTSD treatment outcomes between veteran and civilian women after cognitive processing therapy. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(2), 173-182. doi: <https://doi.org/10.1037/tra0000266>

- Gray, M. J., Maguen, S. et Litz, B. T. (2007). Schema constructs and cognitive models of posttraumatic stress disorder. Dans L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein et J. E. Young (dir.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (chap. 4, p. 59-92). Washington, DC, US : American Psychological Association.
- Guay, S. et Marchand, A. (2007). *Étude comparative de l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble de stress post-traumatique avec ou sans la participation du conjoint ou d'un proche*. Rapport d'une recherche subventionnée par le Fond de la recherche en santé du Québec (#3899-15).
- Gutner, C. A., Rizvi, S. L., Monson, C. M. et Resick, P. A. (2006). Changes in coping strategies, relationship to the perpetrator, and posttraumatic distress in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 813-823. doi: <https://doi.org/10.1002/jts.20158>
- Harding, H., Burns, E. et Jackson, J. (2012). Identification of Child Sexual Abuse Survivor Subgroups Based on Early Maladaptive Schemas: Implications for Understanding Differences in Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity. *Cognitive Therapy & Research*, 36(5), 560-575. doi: <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9385-8>
- Harned, M. S., Wilks, C. R., Schmidt, S. C. et Coyle, T. N. (2018). Improving functional outcomes in women with borderline personality disorder and PTSD by changing PTSD severity and post-traumatic cognitions. *Behaviour Research and Therapy*, 103, 53-61. doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.002>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. et Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy, Second Edition: The Process and Practice of Mindful Change*. New York, NY, US : Guilford Publications.
- Hembree, E. A., Cahill, S. P. et Foa, E. B. (2004). Impact of personality disorders on treatment outcome for female assault survivors with chronic Posttraumatic

stress disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 117-127. doi: <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.117.32767>

Hembree, E. A., Street, G. P., Riggs, D. S. et Foa, E. B. (2004). Do Assault-Related Variables Predict Response to Cognitive Behavioral Treatment for PTSD? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 531-534. doi: <http://doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.531>

Higgins, J. P. T., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Jüni, P., Moher, D., Oxman, A. D., . . . Sterne, J. A. C. (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 343. doi: <http://doi.org/10.1136/bmj.d5928>

Higgins, J. P. T. et Green, S. (2008). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. England : Cochrane Collaboration and John Wiley & Sons Ltd.

Hooberman, J., Rosenfeld, B., Rasmussen, A. et Keller, A. (2010). Resilience in trauma-exposed refugees: The moderating effect of coping style on resilience variables. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(4), 557-563. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01060.x>

Hu, E. (2015). *Cultural Conceptualizations of the Trauma Response: The Role of Locus of Control, Religiosity, and Religious Coping* (Ph.D.). University of Missouri - Saint Louis, Ann Arbor. Récupéré de ProQuest Dissertations & Theses Global. Récupéré de http://openurl.uquebec.ca:9003/uqam?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+%26+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+%26+Theses+Global&atitle=&title=Cultural+Conceptualizations+of+the+Trauma+Response%3A+The+Role+of+Locus+of+Control%2C+Religiosity%2C+and+Religious+Coping&issn=&date=2015-01-01&volume=&issue=&spage=&au=Hu%2C+Emily&isbn=9781339106465&jtitle=&bttitle=&rft_id=info:eric/&rft_id=info:doi/

- Huijts, I., Kleijn, W. C., van Emmerik, A. A., Noordhof, A. et Smith, A. J. (2012). Dealing with man-made trauma: the relationship between coping style, posttraumatic stress, and quality of life in resettled, traumatized refugees in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 25(1), 71-78. doi: <https://doi.org/10.1002/jts.21665>
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive Worlds and the Stress of Traumatic Events: Applications of the Schema Construct. *Social Cognition*, 7(2), 113-136. doi: <https://doi.org/10.1521/soco.1989.7.2.113>
- Jayawickreme, E. et Blackie, L. E. R. (2014). Post-traumatic Growth as Positive Personality Change: Evidence, Controversies and Future Directions. *European Journal of Personality*, 28(4), 312-331. doi: <https://doi.org/10.1002/per.1963>
- Johnson, D. M., Sheahan, T. C. et Chard, K. M. (2003). Personality disorders, coping strategies, and posttraumatic stress disorder in women with histories of childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(2), 19-39. doi: https://doi.org/10.1300/J070v12n02_02
- Joseph, S., Williams, R. et Yule, W. (1995). Psychosocial perspectives on post-traumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 15(6), 515-544. doi: [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(95\)00029-O](https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00029-O)
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Bromet, E. J., Gureje, O., Karam, E. G., . . . on behalf of the, W. H. O. W. M. H. S. C. (2018). The associations of earlier trauma exposures and history of mental disorders with PTSD after subsequent traumas. *Molecular Psychiatry*, 23(9), 1892-1899. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/mp.2017.194>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. et Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. doi: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>

- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M. et Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of traumatic stress*, 26(5), 537-547. doi: <https://doi.org/10.1002/jts.21848>
- Kline, A. C., Cooper, A. A., Rytwinski, N. K. et Feeny, N. C. (2018). Long-term efficacy of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 59, 30-40. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.009>
- Krause, E. D., Kaltman, S., Goodman, L. A. et Dutton, M. A. (2008). Avoidant coping and PTSD symptoms related to domestic violence exposure: A longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 83-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20288>
- Kuyken, W., Kurzer, N., DeRubeis, R. J., Beck, A. T. et Brown, G. K. (2001). Response to cognitive therapy in depression: The role of maladaptive beliefs and personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 560-566. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-006x.69.3.560>
- Lacerte, S., Bruyninx, S., Bourdon, D.-É. et Marchand, A. (2017). Quality of life in workplace trauma victims with Posttraumatic Stress Disorder: A systematic review. *Journal International de Victimologie*, 14(34), 43-59.
- Laffey, M. E. (2017). *Effects of coping on quality of life in veterans with posttraumatic stress disorder*. Récupéré de ProQuest Dissertations & Theses Global. (1949407716).
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer.

- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. Dans M. H. Appley et R. Trumbull (dir.), *Dynamics of Stress. Physiological, Psychological, and Social Perspectives* (p. 63-80). New York : Plenum.
- Leung, N., Waller, G. et Thomas, G. (2000). Outcome of group cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa: The role of core beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 38(2), 145-156. doi: [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00026-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00026-1)
- Litman, J. A. (2006). The COPE inventory: Dimensionality and relationships with approach- and avoidance-motives and positive and negative traits. *Personality and Individual Differences*, 41(2), 273-284. doi: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.032>
- Littleton, H., Axsom, D. et Grills-Taquechel, A. E. (2011). Longitudinal evaluation of the relationship between maladaptive trauma coping and distress: examination following the mass shooting at Virginia Tech. *Anxiety, Stress, & Coping*, 24(3), 273-290. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10615806.2010.500722>
- Littleton, H., Horsley, S., John, S. et Nelson, D. V. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 977-988. doi: <https://doi.org/10.1002/jts.20276>
- Lloyd, D., Nixon, R. D. V., Varker, T., Elliott, P., Perry, D., Bryant, R. A., . . . Forbes, D. (2014). Comorbidity in the prediction of cognitive processing therapy treatment outcomes for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 237-240. doi: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.002>
- Loo, G. T., DiMaggio, C. J., Gershon, R. R., Canton, D. B., Morse, S. S. et Galea, S. (2016). Coping behavior and risk of post-traumatic stress disorder among federal disaster responders. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 10(1), 108-117. doi: <https://doi.org/10.1017/dmp.2015.141>

- Lowrey, K. D. (2014). *Posttraumatic stress disorder in veterans: Exploring the relationship between symptom clusters, quality of life, and treatment goals* (Psy.D.). Alliant International University, Ann Arbor. Récupéré de ProQuest Dissertations & Theses Global. Récupéré de http://openurl.uquebec.ca:9003/uqam?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+%26+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+%26+Theses+Global&atitle=&title=Posttraumatic+Stress+Disorder+in+Veterans%3A+Exploring+the+Relationship+Between+Symptom+Clusters%2C+Quality+of+Life%2C+and+Treatment+Goals&issn=&date=2014-01-01&volume=&issue=&spage=&au=Lowrey%2C+Kyle+Daniel&isbn=9781321158571&jtitle=&bttitle=&rft_id=info:eric/&rft_id=info:doi/
- MacDonald, C., Chamberlain, K., Long, N. et Flett, R. (1999). Posttraumatic stress disorder and interpersonal functioning in Vietnam War Veterans: A mediational model. *Journal of Traumatic Stress*, 12(4), 701-707. doi: <http://doi.org/10.1023/a:1024729520686>
- Magruder, K. M., Frueh, B. C., Knapp, R. G., Johnson, M. R., Vaughan, J. A., 3rd, Carson, T. C., . . . Hebert, R. (2004). PTSD symptoms, demographic characteristics, and functional status among veterans treated in VA primary care clinics. *J Trauma Stress*, 17(4), 293-301. doi: <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000038477.47249.c8>
- Medema, D. (2012). *Coping styles in the treatment of traumatized refugees*. Utrecht University. Récupéré de <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/252947/Medema%200467944.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mendes, D. D., Mello, M. F., Ventura, P., de Medeiros Passarela, C. et de Jesus Mari, J. (2008). A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38(3), 241-259. doi: <https://doi.org/10.2190/PM.38.3.b>

- Monson, E., Brunet, A. et Caron, J. (2015). Domains of quality of life and social support across the trauma spectrum. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(8), 1243-1248. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1029-y>
- Monson, E., Caron, J., McCloskey, K. et Brunet, A. (2017). Longitudinal analysis of quality of life across the trauma spectrum. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(5), 605-612. doi: <https://doi.org/10.1037/tra0000254>
- Morling, B. et Evered, S. (2006). Secondary control reviewed and defined. *Psychological Bulletin*, 132(2), 269-296. doi: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.2.269>
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York : Wiley.
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Xie, H., Jankowski, K. M., Bolton, E. E., Lu, W., . . . Wolfe, R. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for Posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 259-271. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.259>
- Nachar, N., Guay, S., Beaulieu-Prévost, D. et Marchand, A. (2013). Assessment of the psychosocial predictors of health-related quality of life in a PTSD clinical sample. *Traumatology*, 19(1), 20-27. doi: <https://doi.org/10.1177/1534765612438944>
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2005). National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Dans *Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care*. Leicester (UK) : Gaskell - The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21834189>

- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. et Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. et Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
- Pagotto, L. F., Mendlowicz, M. V., Coutinho, E. S. F., Figueira, I., Luz, M. P., Araujo, A. X. et Berger, W. (2015). The impact of posttraumatic symptoms and comorbid mental disorders on the health-related quality of life in treatment-seeking PTSD patients. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 68-73. doi: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.01.002>
- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B. et Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *Journal of Psychiatric Research*, 44(16), 1190-1198. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.04.016>
- Palardy, V., El-Baalbaki, G., Bélanger, C. et Fredette, C. (2013). Understanding and treating anxiety disorders in presence of personality disorder diagnosis. Dans InTech (dir.), *New Insights into Anxiety Disorders*. Récupéré doi: <https://doi.org/10.5772/53554> <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.5772/53554>
- Park, C. L., Smith, P. H., Lee, S. Y., Mazure, C. M., McKee, S. A. et Hoff, R. (2016). Positive and negative religious/spiritual coping and combat exposure as predictors of posttraumatic stress and perceived growth in Iraq and Afghanistan veterans. *Psychology of religion and spirituality*, 9(1), 13-20. doi: <https://doi.org/10.1037/rel0000086>
- Park, M., Chang, E. R. et You, S. (2015). Protective role of coping flexibility in PTSD and depressive symptoms following trauma. *Personality and Individual Differences*, 82, 102-106. doi: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.007>

- Phanichrat, T. et Townshend, J. M. (2010). Coping strategies used by survivors of childhood sexual abuse on the journey to recovery. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19(1), 62-78. doi: <https://doi.org/10.1080/10538710903485617>
- Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M. et Grant, B. F. (2012). Psychiatric comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder among older adults in the United States: results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(5), 380-390. doi: <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31820d92e7>
- Pietrzak, R. H., Harpaz-Rotem, I. et Southwick, S. M. (2011). Cognitive-behavioral coping strategies associated with combat-related PTSD in treatment-seeking OEF-OIF Veterans. *Psychiatry Research*, 189(2), 251-258. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.07.019>
- Pineles, S. L., Mostoufi, S. M., Ready, C. B., Street, A. E., Griffin, M. G. et Resick, P. A. (2011). Trauma reactivity, avoidant coping, and PTSD symptoms: a moderating relationship? *Journal of Abnormal Psychology*, 120(1), 240-246. doi: <https://doi.org/10.1037/a0022123>
- Plutchik, R., Botsis, A. J., Weiner, M. B. et Kennedy, G. J. (1996). Clinical measurement of suicidality and coping in late life. Dans G. J. Kennedy (dir.), *Suicide and depression in late life: critical issues in treatment, research and public policy* (p. 83-102). New York : John Wiley and Sons.
- Ponniah, K. et Hollon, S. D. (2009). Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A review. *Depression and Anxiety*, 26(12), 1086-1109. doi: <https://doi.org/10.1002/da.20635>
- Prati, G. et Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: a meta-analysis. *Journal of Loss*

and *Trauma*, 14(5), 364-388. doi: <https://doi.org/10.1080/15325020902724271>

Price, J. P. (2007). Cognitive schemas, defence mechanisms and post-traumatic stress symptomatology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(3), 343-353. doi: <https://doi.org/10.1348/147608306X144178>

Rademaker, A. R., Vermetten, E. et Kleber, R. J. (2009). Multimodal exposure-based group treatment for peacekeepers with PTSD: A preliminary evaluation. *Military Psychology (Taylor & Francis Ltd)*, 21(4), 482-496. doi: <https://doi.org/10.1080/08995600903206420>

Reynolds, M. et Brewin, C. R. (1998). Intrusive cognitions, coping strategies and emotional responses in depression, post-traumatic stress disorder and a non-clinical population. *Behaviour Research & Therapy*, 36(2), 135-147. doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00013-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00013-8)

Riso, L. P., du Toit, P. L., Stein, D. J. et Young, J. E. (2007). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide*. Washington, DC, US : American Psychological Association. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/11561-000>

Riso, L. P. et McBride, C. (2007). Introduction: A return to a focus on cognitive schemas. Dans L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein et J. E. Young (dir.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (chap. 1, p. 3-9). Washington, DC, US : American Psychological Association.

Scheiderer, E., Carlile, J. A., Aosved, A. C. et Barlow, A. (2017). Concurrent Dialectical Behavior Therapy and Prolonged Exposure reduces symptoms and improves overall quality of life for a Veteran with posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. *Clinical Case Studies*, 16(3), 216-233. doi: <https://doi.org/10.1177/1534650116688557>

- Schnurr, P. P., Hayes, A. F., Lunney, C. A., McFall, M. et Uddo, M. (2006). Longitudinal analysis of the relationship between symptoms and quality of life in veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 707-713. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.707>
- Schnurr, P. P. et Lunney, C. A. (2016). Symptom benchmarks of improved quality of life in PTSD. *Depression and Anxiety*, 33(3), 247-255. doi: <https://doi.org/10.1002/da.22477>
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V. et Gray, S. H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 71(2), 134-168. doi: <https://doi.org/10.1521/psyc.2008.71.2.134>
- Shea, M. T., Zlotnick, C. et Weisberg, R. B. (1999). Commonality and specificity of personality disorder profiles in subjects with trauma histories. *Journal of Personality Disorders*, 13(3), 199-210. doi: 10.1521/pedi.1999.13.3.199
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. et Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
- Skinner, E. A. et Zimmer-Gembeck, M. J. (2016). Ways and families of coping as adaptive processes. Dans *The Development of Coping*. Springer, Cham.
- Smith, S. M., Goldstein, R. B. et Grant, B. F. (2016). The association between post-traumatic stress disorder and lifetime DSM-5 psychiatric disorders among veterans: Data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III (NESARC-III). *Journal of Psychiatric Research*, 82, 16-22. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.06.022>

Snyder, C. R. et Pulvers, K. M. (2001). Dr. Seuss, the coping machine, and "Oh, the Places You'll Go.". Dans C. R. Snyder (dir.), *Coping with stress: Effective people and processes* (p. 3-29). Oxford : Oxford University Press.

Southwick, S. M., Yehuda, R. et Giller, E. L. (1993). Personality disorders in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150(7), 1020-1023. doi: <https://doi.org/10.1176/ajp.150.7.1020>

Taylor, S., Fedoroff, I. C., Koch, W. J., Thordarson, D. S., Fecteau, G. et Nicki, R. M. (2001). Posttraumatic stress disorder arising after road traffic collisions: Patterns of response to cognitive-behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 541-551. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.3.541>

Taymur, İ., Türkçapar, M. H., Özdel, K., Sargın, A. E., Çalışgan, L., Zamkı, E. et Demirel, B. (2012). Sociodemographic and cognitive risk factors for acute stress disorder and PTSD after an industrial explosion. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 13(4), 270-276.

Tedeschi, R. G. et Calhoun, L. G. (2004). Target Article: "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence". *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. doi: https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Testa, S. M. (2008). *The shaping of vulnerability factors including core cognitive beliefs and their subsequent role in posttraumatic stress disorder and general clinical psychopathology*. ProQuest Information & Learning, US. Récupéré de https://etda.libraries.psu.edu/files/final_submissions/5707

The WHOQOL Group. (1996). What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. *World Health Forum*, 17(4), 354-356. Récupéré de <http://www.who.int/iris/handle/10665/54358>

- The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558. doi: <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>
- Thompson, N. J., Fiorillo, D., Rothbaum, B. O., Ressler, K. J. et Michopoulos, V. (2018). Coping strategies as mediators in relation to resilience and posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 225, 153-159. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.049>
- Tiet, Q. Q., Rosen, C., Cavella, S., Moos, R. H., Finney, J. W. et Yesavage, J. (2006). Coping, symptoms, and functioning outcomes of patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 799-811. doi: <https://doi.org/10.1002/jts.20185>
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V. et Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the coping strategies inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13(4), 343-361. doi: <https://doi.org/10.1007/BF01173478>
- Tsai, J., Harpaz-Rotem, I., Pietrzak, R. H. et Southwick, S. M. (2012). The role of coping, resilience, and social support in mediating the relation between PTSD and social functioning in veterans returning from Iraq and Afghanistan. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 75(2), 135-149. doi: <https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.2.135>
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B. et Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14(3), 171-181. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x>
- van Minnen, A., Arntz, A. et Keijsers, G. P. J. (2002). Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: Predictors of treatment outcome and dropout. *Behaviour Research and Therapy*, 40(4), 439-457. doi: [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00024-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00024-9)

Vetere, G., Macagno, B., Kalejman, F., Sanchez, M. E., Rodriguez Biglieri, R., Medina, S. et Pujol, S. (2018). [Coping strategies in women victims of gender violence and their relation with PTSD]. *Vertex*, 29(138), 85-90.

Vogt, D., Smith, B. N., Fox, A. B., Amoroso, T., Taverna, E. et Schnurr, P. P. (2016). Consequences of PTSD for the work and family quality of life of female and male U.S. Afghanistan and Iraq War veterans. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1321-5>

Ware, J. E. (1993). *SF-36 health survey manual and interpretation guide*. Boston : The Health Institute, New England Medical Center.

Weertman, A., Arntz, A., Schouten, E. et Dreessen, L. (2005). Influences of beliefs and personality disorders on treatment outcome in anxiety patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 936-944. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.5.936>

Young, J. E., Klosko, J. S. et Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York : The Guilford Press.

Zang, Y., Hunt, N. et Cox, T. (2014). Adapting narrative exposure therapy for Chinese earthquake survivors: a pilot randomised controlled feasibility study. *Bmc Psychiatry*, 14, 1-12. doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0262-3>

Zanowski, S. C. (2009). *Spiritual coping, distress, and symptoms of posttraumatic stress disorder following traumatic injury* (Ph.D.). Marquette University, Ann Arbor. Récupéré de ProQuest Dissertations & Theses Global. Récupéré de http://openurl.uquebec.ca:9003/uqam?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+%26+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+%26+Theses+Global&atitle=&title=Spiritual+coping%2C+distress%2C+and+symptoms+of+posttraumatic+stress+disorder+following+traumatic+injury&issn=&date=2009-01-01&volume=&issue=&page=&au=Zanowski%2C+Stephanie+C.&isbn=9781109155365&jtitle=&bttitle=&rft_id=info:eric/&rft_id=info:doi/

Zatzick, D. F., Marmar, C. R., Weiss, D. S., Browner, W. S., Metzler, T. J., Golding, J. M., . . . B. Wells, K. (1997). Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of Life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1690-1695. doi: <https://doi.org/10.1176/ajp.154.12.1690>

Zatzick, D. F., Weiss, D. S., Marmar, C. R., Metzler, T. J., Wells, K., Golding, J. M., . . . Browner, W. S. (1997). Post-traumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in female Vietnam veterans. *Military Medicine*, 162(10), 661-665. doi: <https://doi.org/10.1093/milmed/162.10.661>

Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Eftekhari, A. et Foa, E. B. (2011). Changes in negative beliefs following three brief programs for facilitating recovery after assault. *Depression and Anxiety*, 28(7), 532-540. doi: <https://doi.org/10.1002/da.20847>

