

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES EFFETS DU SOUTIEN SOCIAL ET CONJUGAL SUR LES SYMPTÔMES
ET L'EFFICACITÉ D'UN TRAITEMENT POUR LE TSPT: UNE ÉVALUATION
QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

CATHERINE FREDETTE

AVRIL 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.04-2020). 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

L'accomplissement de cette thèse n'aurait pu prendre forme sans la présence soutenue de plusieurs personnes que j'aimerais d'abord remercier. Un premier merci est dirigé à mon superviseur de thèse, Dr. Ghassan El-Baalbaki, Ph.D. Dr. El-Baalabki m'a permis de me sentir soutenue et encouragée tout au long de ces huit dernières années, spécialement durant les moments difficiles. À travers son grand dévouement à la recherche et au beau domaine qu'est la psychologie, il a su me motiver à sans cesse me surpasser. Merci Ghassan pour ta présence, ton dévouement ainsi que pour tout le soutien que tu m'as apporté. Je tiens aussi à remercier Dr. Élias Rizkallah, Ph.D., mon codirecteur de thèse. Grâce à Dr. Rizkallah, j'ai pu mener à bout la portion qualitative de ma thèse doctorale, qui fut un défi de taille pour moi. Malgré mon manque de connaissance en recherche qualitative, Dr. Rizkallah est demeuré impliqué et présent tout au long de l'évolution de cette thèse. J'aimerais par la suite remercier Dr. Stéphane Guay, directeur actuel de l'IUSMM, sans qui cette thèse n'aurait pu prendre forme, en me fournissant temps, conseils, espace de travail, et données sur lesquels travailler. Finalement, j'aimerais remercier les membres de ma famille, mon conjoint ainsi que mes amies, qui ont eu la patience de m'accompagner durant ces huit années. Ils ont souvent fait à la blague qu'elles leur paraissaient interminables, mais je sais qu'au fond ils ont toujours été très fiers, ce qui m'aidait à persévérer. Un merci spécial à Véronique Palardy, qui a été une présence inattendue, mais inestimable lors de mon parcours doctoral et personnel. À travers ces années, Véronique est devenue beaucoup plus qu'une collègue de travail. Elle est devenue une amie précieuse sans laquelle cette aventure n'aurait pas été la même.

DÉDICACE

Je tiens à remercier l'IUSMM, qui a eu la
générosité de me donner accès à la grande
qualité de leurs données et chercheurs dans le
domaine du trauma.

AVANT-PROPOS

La présente étude est issue d'une équipe de recherche dirigée par monsieur Stéphane Guay, directeur du Centre d'Étude sur le Trauma de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. À travers ses observations de clinicien travaillant avec des victimes de trauma, ce dernier a pu observer l'impact que le soutien social avait sur les difficultés vécues par les personnes souffrant d'un TSPT. En collaboration avec Nadim Nachar, ils ont eu l'idée de créer une recherche qui permettrait une analyse nouvelle et complète des impacts du soutien social sur le TSPT. La collecte initiale des données a donc été effectuée par Nadim Nachar, dans le cadre de son projet de recherche doctoral. Notre méthodologie reprend la collecte de données primaires amassées par Nadim Nachar en 2007. Nous avons toutefois procédé à notre propre collecte et analyse qualitative de ces données, en plus d'y ajouter des analyses quantitatives, qui visaient à valider et à extrapoler les résultats issus des analyses qualitatives.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	iv
LISTE DES FIGURES.....	x
LISTE DES TABLEAUX.....	xii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	xii
Liste des symboles et des unités	xiv
RÉSUMÉ	xv
ABSTRACT.....	xvii
<u>CHAPITRE I</u>	
<u>INTRODUCTION</u>	19
<u>CHAPITRE II</u>	
<u>A QUALITATIVE ANALYSIS OF THE QUALITY OF SOCIAL AND MARITAL SUPPORT FOR PTSD VICTIMS</u>	59
<u>2.1 Introduction</u>	60
<u>2.1.1 Sources of support</u>	61
<u>2.1.2 Type of support</u>	63
<u>2.1.3 Methods for assessing social support</u>	64
<u>2.2 Objectives</u>	64
<u>2.3 Methodology</u>	65
<u>2.3.1 Participants</u>	65
<u>2.3.2 Data collection and analysis</u>	66
<u>Table 2.2</u>	68

Table 2.3.....	69
2.4 Results	72
2.4.1 Thematic codes relating to social and marital support.....	72
2.4.2 Analysis of conversational codes.....	75
Table 2.4.....	74
2.4.3 Other interesting results.....	81
Table 2.5.....	83
2.5 Discussion.....	85
2.5.1 Thematic codes.....	85
2.5.2 Thematic codes.....	88
2.5.3 Clinical implications	94
2.6 Conclusion.....	95
 CHAPITRE III	
IMPACTS OF DIFFERING DIMENSIONS OF SOCIAL AND MARITAL	
SUPPORT ON PTSD SYMPTOMS SEVERITY	
3.1 Introduction.....	98
3.1.1 Definition of social support.....	99
3.2 Objectives	103
3.3 Methodology.....	104
3.3.1 Participants.....	104
3.3.2 Measures	105
3.3.3 Procedures.....	108
3.3.4 Analyses	109
3.4 Results	110
3.4.1 Descriptive statistics sociodemographic characteristics	110
3.4.2 Correlations between PTSD severity and social/marital support.....	112
3.4.3 Differences in social support between couples and non-couples.....	112
3.4.4 Impacts of sources of support on the link between support and PTSD severity.....	113
3.4.5 Secondary analyses	114
3.4.6 Correlations between perceived and received social support	115
3.5 Discussion.....	115
3.5.1 Links between PTSD symptoms severity and social/marital support...	116

<u>3.5.2</u>	<u>Source of support: its influence on PTSD severity and social support</u>	<u>118</u>
<u>3.5.3</u>	<u>Correlations between perceived and received measures of social support</u>	<u>119</u>
<u>3.5.4</u>	<u>Study limitations</u>	<u>120</u>
<u>3.5.5</u>	<u>Clinical implications</u>	<u>121</u>

CHAPITRE IV

SOCIAL SUPPORT AND CBT: A SYSTEMATIC REVIEW..... 122

<u>4.1</u>	<u>Introduction</u>	<u>123</u>
<u>4.1.1</u>	<u>Social support</u>	<u>124</u>
<u>4.1.2</u>	<u>Marital support</u>	<u>126</u>
<u>4.1.3</u>	<u>Cognitive-behavioral therapy (CBT) for PTSD</u>	<u>127</u>
<u>4.1.4</u>	<u>Pre-treatment social support and CBT</u>	<u>128</u>
<u>4.1.5</u>	<u>Potential effect of CBT for PTSD on social support</u>	<u>129</u>
<u>4.1.6</u>	<u>Objectives</u>	<u>130</u>
<u>4.2</u>	<u>Methodology</u>	<u>130</u>
<u>4.2.1</u>	<u>Selection of articles</u>	<u>130</u>
<u>4.2.2</u>	<u>Inclusion/Exclusion criteria</u>	<u>131</u>
<u>4.2.3</u>	<u>Selection procedure</u>	<u>132</u>
<u>4.3</u>	<u>Results</u>	<u>132</u>
<u>4.3.1</u>	<u>Effects of social or marital support and the efficacy of CBT for PTSD</u>	<u>135</u>
<u>4.3.2</u>	<u>Effects of CBT for PTSD on social and marital support</u>	<u>138</u>
<u>4.3.3</u>	<u>The role of social support relative to marital support in CBT efficacy</u>	<u>143</u>
<u>4.4</u>	<u>Discussion</u>	<u>143</u>
<u>4.4.1</u>	<u>Deduction : Effect of social or marital support and the efficacy of CBT for PTSD</u>	<u>144</u>
<u>4.4.2</u>	<u>Deduction : Effect of CBT for PTSD on social or marital support</u>	<u>145</u>
<u>4.4.3</u>	<u>General deductions</u>	<u>147</u>

CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE..... 149

<u>5.1</u>	<u>Source du soutien social</u>	<u>150</u>
<u>5.2</u>	<u>Nature du soutien (positif versus négatif)</u>	<u>154</u>
<u>5.3</u>	<u>Soutien reçu versus soutien perçu</u>	<u>157</u>
<u>5.4</u>	<u>Forces et limites de la recherche doctorale</u>	<u>161</u>
<u>5.5</u>	<u>Conclusion</u>	<u>163</u>

<u>ANNEXE A</u> <u>DESCRIPTION OF STUDIES EXAMINING THE INFLUENCE OF SOCIAL AND MARITAL SUPPORT ON THE EFFICACY OF CBT FOR PTSD</u>	164
<u>ANNEXE B</u> <u>DESCRIPTION OF STUDIES ASSESSING WHETHER CBT FOR PTSD IMPROVES THE QUALITY OF PATIENTS' SOCIAL AND MARITAL SUPPORT</u>	168
<u>ANNEXE C</u> <u>ARBRE THÉMATIQUE DES CODES DE SOUTIEN SOCIAL ET CONJUGAL (TYPE F)</u>	174
<u>ANNEXE D</u> <u>CODES DE TYPE P</u>	176
<u>ANNEXE E</u> <u>ARTICLE SELECTION AFTER FULL TEXT REVIEW</u>	178
<u>APPENDICE A</u> <u>LISTE STANDARDISÉE DES CODES DE TRANSCRIPTION</u>	182
<u>APPENDICE B</u> <u>EXTRACTS IN THEIR ORIGINAL AND LENGTHY FORMS</u>	185
<u>APPENDICE C</u> <u>CORRÉLATIONS ENTRE LES MESURES DE SOUTIEN SOCIAL ET L'AJUSTEMENT CONJUGAL</u>	188
<u>APPENDICE D</u> <u>APPROBATION ÉTHIQUE DE L'ÉTUDE</u>	189
<u>APPENDICE E</u> <u>FORMULAIRE DE CONSENTEMENT - PARTICIPANT</u>	190
<u>APPENDICE F</u> <u>FORMULAIRE DE CONSENTEMENT - PROCHE</u>	1904

<u>APPENDICE G</u> <u>QUESTIONNAIRE ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE – PRÉ-ÉVALUATION.....</u>	<u>198</u>
<u>APPENDICE H</u> <u>QUESTIONNAIRE D’INFORMATIONS GÉNÉRALES ET MÉDICALES.....</u>	<u>206</u>
<u>APPENDICE I</u> <u>GRILLE DE CODIFICATION DU SCIS</u>	<u>212</u>
<u>APPENDICE J</u> <u>CAPS.....</u>	<u>216</u>
<u>APPENDICE K</u> <u>MPSS</u>	<u>244</u>
<u>APPENDICE L</u> <u>SPS</u>	<u>246</u>
<u>APPENDICE M</u> <u>LWMAT.....</u>	<u>247</u>
<u>APPENDICE N</u> <u>QSBA</u>	<u>250</u>
<u>APPENDICE O</u> <u>PREUVE DE PUBLICATION ARTICLE III</u>	<u>254</u>
<u>APPENDICE P</u> <u>PREUVE DE PUBLICATION ARTICLE IV</u>	<u>255</u>
<u>RÉFÉRENCES.....</u>	<u>256</u>

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
1.1 Modèle général de la recherche	44
1.2 Représentation du design de type convergent	47
4.1 Article selection following each step	134

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
2.1 Participants characteristics	66
2.2 Thematic tree of marital and social support	68
2.3 List of significant conversational codes	69
2.4 Summary of results for thematic code analyses	74
2.5 Summary of results for conversational code analyses.....	83
3.1 Sociodemographic characteristics	111
3.2 Descriptive statistics	111
3.3 Pearson correlations between perceived and received scales	115

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

CAPS = Clinician Administered PTSD Scale (Échelle de TPST Administré par le Clinicien)

CBT = Cognitive behavioral therapy (Thérapie cognitive-comportementale)

CET = Centre d'Étude sur le Trauma

DAS = Dyadic Adjustment Scale (Échelle d'ajustement dyadique)

EE = Expressed Emotion (Concept d'émotion exprimée)

IUSMM = Institut Universitaire en Santé Mental de Montréal

LWMAT = Locke and Wallace Marital Adjustment Scale (Test d'ajustement conjugal de Locke et Wallace)

MPI = Marital Problem Index (Indice des problèmes conjugaux)

MPSS = Modified PTSD Symptoms Scale (Échelle Modifiée des Symptômes du Trauma)

PTSD = Post-Traumatic Stress Disorder (Trouble de stress post-traumatique)

QSBA = The Questionnaire on Social Support Behaviors in Anxious Situation (Questionnaire sur les Comportements de Soutien en situations d'Anxiété)

SCIS = The Social Support Interaction Global Coding System (Système de Codification d'Interactions de Soutien chez des couples dont un partenaire a un TSPT)

SII = Social Isolation Index (Indice d'isolement social)

SPS = Social provision scale (Échelle de Provision Sociale)

STAIR = Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation (Entraînement aux habiletés de régulation émotionnelle et interpersonnelle)

RCT = Randomized controlled trial (Étude randomisée et contrôlée)

TCC = Thérapie cognitivo-comportementale

TSPT = Trouble de stress post-traumatique

UQAM = Université du Québec à Montréal

LISTE DES SYMBOLES ET DES UNITÉS

β = coefficient de régression standardisé

CI = intervalle de confiance

d = D de Cohen

g = Hedge's g

M = moyenne (mean)

n = grandeur de l'échantillon

p = valeur de probabilité

r = R de pearson

SD = écart-type (standard deviation)

t = T de student

z = score standardisé

RÉSUMÉ

L'objectif de cette thèse était de déterminer le lien qui unit le soutien social et conjugal à la sévérité des symptômes du Trouble de stress post-traumatique (TSPT) ainsi qu'à l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour le TSPT. Puisque ce lien est bien établi dans les écrits scientifiques (Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003), cette thèse visait à explorer plus spécifiquement les diverses dimensions (positif versus négatif, reçu versus perçu, source) du soutien social et conjugal et leurs liens avec le TSPT. Plus précisément, un premier article qualitatif (publié dans l'*European Journal of trauma and dissociation*) a permis d'explorer la qualité du soutien social observé et perçu lors d'interactions filmées entre 48 personnes avec un diagnostic de TSPT et le proche de leur choix. Des analyses thématiques et conversationnelles des données ont permis de relever plusieurs observations quant à la qualité du soutien social et conjugal. Il y avait en effet une plus grande présence de soutien social négatif selon la durée du couple ainsi que pour les couples formés avant l'apparition du TSPT. Ainsi, les dyades en couple depuis plus de cinq ans présentaient généralement plus de comportements non-soutenants. Aussi, une plus grande fréquence de comportements contre-soutenants était observée chez les femmes souffrant de TSPT. Pour ce qui est du soutien social positif, les observations n'ont pas permis de détecter de différences importantes entre les couples et les non-couples, ainsi que selon le genre de la victime. Un second article à devis quantitatif a par la suite permis d'évaluer les associations entre le soutien social et la sévérité des symptômes du TSPT à l'aide de mesures de soutien reçu, perçu, négatif et positif. La source de soutien (couple versus non-couple) était également évaluée. Les hypothèses de recherche stipulaient que le soutien social positif aurait une association négative avec la sévérité des symptômes du TSPT tandis que le soutien social négatif aurait une association positive avec la sévérité des symptômes du TSPT. Au niveau de la source du soutien, il était attendu que les couples percevaient et recevraient un plus grand niveau de soutien social négatif que les non-couples. De plus, il était attendu que les mesures de soutien reçu et perçu par les couples auraient une plus grande association avec les symptômes du TSPT que pour les non-couples. Finalement, une association positive et modérée était attendue entre les mesures de soutien perçu et reçu. Les résultats ont principalement démontré une association négative et significative entre les mesures de soutien positif et la sévérité des symptômes de TSPT. Cependant, aucune association significative n'a été décelée entre les mesures de soutien négatif et la sévérité des symptômes. Il a également été montré que les couples percevaient et recevaient plus de soutien social négatif que les non-couples. Cependant, contrairement aux hypothèses, la source du soutien (couples versus non-couples) ne semblait pas

influencer la sévérité des symptômes du TSPT, malgré la présence d'une plus grande fréquence de soutien négatif chez les couples. Pour finir, aucune association significative a été trouvée entre les mesures de soutien perçu et reçu. Pour terminer, une recension systématique des écrits scientifiques (publiée dans *Traumatology*) a permis d'évaluer l'état des connaissances scientifiques actuel par rapport au lien qui unit le soutien social et conjugal et l'efficacité d'une TCC pour le TSPT. Il a ainsi été démontré que la présence d'un bon soutien social et conjugal au prétraitement influençait positivement l'efficacité d'une thérapie TCC. Il a aussi été démontré que la TCC pour le TSPT avait une influence positive sur la qualité du soutien conjugal, si bien que cette dernière se voyait améliorée à la fin de la thérapie. Le soutien social négatif a aussi démontré un lien négatif significatif avec l'efficacité de la thérapie. Cependant, ces résultats étaient basés sur deux études seulement, ce qui limite la portée des résultats. Finalement, le croisement des résultats des analyses qualitatives et quantitatives a également fait ressortir la présence de plus de soutien négatif chez les couples que chez les non-couples ainsi qu'un faible niveau de corrélation entre les mesures de soutien perçu et reçu. Les données recueillies dans cette thèse démontrent ainsi la pertinence d'évaluer diverses dimensions du soutien social, puisque ces dernières semblent avoir une influence divergente sur le lien qui l'unit au TSPT.

Mots clés : Trouble de stress post-traumatique, soutien social, soutien conjugal, sévérité des symptômes, thérapie cognitivo-comportementale

ABSTRACT

The main purpose of this thesis was to analyse the link between social support and Post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms severity and the efficacy of cognitive-behavioral therapy (CBT) for PTSD. Considering that the link between PTSD and social support is well established in the literature (Ozer et al., 2003), this study sought to explore many dimensions (positive versus negative, perceived versus received, source) of social support and their links to PTSD. More specifically, a qualitative study (published in the *European Journal of Trauma and Dissociation*) was used to explore the quality of perceived and received social support during a filmed interactions between 48 individuals with a main diagnosis of PTSD and an accompanying person of their choice. Thematic and conversational analyses were chosen, which led to many observations. A higher frequency of negative social support was found accordingly to the length and moment of apparition of the romantic relationship (before or after PTSD). Indeed, it was observed that couples together for more than five years presented a higher presence of non-supporting behaviors. Women with PTSD also perceived and received higher levels of negative social support compared to men. In terms of positive social support, no major differences were observed across the dyads in terms of the source of support or gender of the individual suffering from PTSD. A second quantitative study then evaluated the link between social and marital support and PTSD symptoms severity with received, perceived, negative and positive measures of social support. The source of support was also analyzed (couples versus non-couples). The main hypotheses were that positive social support would be negatively correlated with PTSD symptoms severity whereas negative social support would be positively correlated. In terms of the source of support, it was hypothesized that couples would perceive and receive more negative social support than non-couples. It was also expected that marital support would be more strongly correlated to PTSD severity than social support. Finally, it was expected that moderate positive correlations would be found between received and perceived measures of social support. Results generally demonstrated a significant and positive link between negative measures of social support and PTSD severity. However, no association was found with negative measures of social support. It was also demonstrated that couples perceived and received more negative social support than non-couples. However, the hypothesis that marital support would be more strongly correlated to PTSD symptoms severity than social support is was not supported. Finally, no significant associations were found between perceived and received measures of social support in this study. Finally, a systemic review (published in *Traumatology*) evaluated the impact of social and

marital support on the efficacy of CBT for PTSD. This study demonstrated that good pre-treatment social and marital support positively influenced treatment efficacy. CBT for PTSD was also shown to improve marital support at the end of treatment. Negative social support was also shown to negatively influence treatment efficacy. However, these results were based on only two studies, which limits the scope of these results. Finally, some results were found when using both qualitative and quantitative analyses. Such results were that negative social support was found to be more prevalent in couples versus non-couples and that very small correlations existed between perceived and received measures of social support. Data obtained in this thesis point to the importance of studying social support and its different dimensions when studying PTSD, as they seem to have an incremental impact on the manifestation of the trouble.

Keywords : Post-traumatic stress disorder, social support, marital support, symptoms severity, cognitive-behavioral treatment

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) fait parti des quelques troubles mentaux pour lesquels l'un des facteurs précipitants principaux est connu, qui est l'expérience d'un événement traumatique. Plusieurs situations peuvent se qualifier d'événements potentiellement traumatiques tels qu'une guerre, avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, les blessures graves, les violences sexuelle, les incidents médicaux ainsi que les désastres naturels. Des études canadiennes et américaines ont révélé qu'entre 76,1 et 89,7 % de la population sera exposée à un événement potentiellement traumatique (Kilpatrick, Resnick, Milanak, Miller, Keyes, & Friedman, 2013 ; Van Ameringen, Mancini, Patterson, & Boyle, 2008). De plus, les statistiques indiquent qu'environ 8,7% de la population développera un TSPT au cours de sa vie (APA, 2013). Certains groupes tels que les victimes d'agression sexuelle, de génocide et les militaires seraient plus à risque de développer ce trouble. De plus, les femmes présenteraient presque le double du risque de développer un TSPT (Valdez, & Lilly, 2014).

Dans l'introduction qui suit, une définition du TSPT ainsi que ses diverses théories explicatives seront présentées. Par la suite, le concept de soutien social sera introduit, en commençant par sa définition et en enchaînant avec la présentation de ses diverses théories explicatives. Finalement, les liens entre le soutien social et les symptômes et le traitement du TSPT seront exposés, en abordant diverses dimensions du soutien social telles que la source, la nature et le type de mesure utilisée.

1.1 Définition du TSPT

Le TSPT est un trouble psychologique qui se développe suivant l'exposition à un ou plusieurs événements traumatiques, durant lequel la personne est exposée à la mort ou à une menace de mort, à des blessures graves ou à de la violence sexuelle (APA, 2013). Le TSPT est caractérisé par le développement de symptômes typiques tels que la reviviscence, l'évitement des indices internes et/ou externes rappelant l'événement traumatique, l'altération négative et persistante des cognitions et de l'humeur ainsi que l'hyperactivité (APA, 2013). Les répercussions de ce trouble sont importantes tant sur la vie sociale que professionnelle (Bomyea & Lang, 2012), ainsi que sur la santé physique (Pacella, Hruska & Delahanty, 2013). De plus, des problèmes familiaux et conjugaux sont souvent rapportés (Dekel & Monson, 2010). Des études effectuées auprès de plusieurs populations telles que les vétérans démontrent qu'avec le temps, le degré d'invalidité des personnes souffrant d'un TSPT s'aggrave et que plusieurs autres troubles associés tendent à se développer, tels que la dépression, le trouble lié à l'utilisation d'alcool et d'autres troubles anxieux (Bremner, Southwick, Darnell, & Charney, 1996).

1.2 Théories explicatives du TSPT

Bien que le développement de symptômes soit considéré comme une réaction normale lorsqu'une personne fait face à une menace à sa vie et/ou à son intégrité physique (Brewin, Andrews & Valentine, 2000), seulement neuf pour cent des gens développeraient un TSPT à la suite d'une exposition à un événement traumatique (APA,

2013). Plusieurs chercheurs ont donc cherché à comprendre ce qui expliquait le développement ainsi que le maintien des symptômes post-traumatiques. Les premières études phénoménologiques du TSPT remontent à la fin du 19^e siècle, alors que les scientifiques cherchaient une cause au phénomène d'hystérie vécu chez leurs patients (McDonald, 2016). En discutant avec ces derniers, Breurer et Freud auraient remarqué que le développement des premiers symptômes était souvent associé à un trauma ou à une série d'événements qui étaient émotionnellement trop intenses pour être intégrés sur le moment par le patient. Ils ont alors spéculé que cette inhabileté à « digérer » les événements amenait à un phénomène de somatisation chez les patients, qui se reflétaient par des cauchemars, de l'hyperactivité et des "flashbacks" (McDonald, 2016).

1.2.1 Théorie du conditionnement

À la fin du 19^e siècle, la théorie du conditionnement a aussi apporté une explication du TSPT. En effet, selon cette théorie, la personne qui vit un événement traumatique deviendrait conditionnée à un large éventail de stimuli présents lors du trauma. Ce sont par les processus de généralisation et de conditionnement de second ordre que la personne développerait par la suite des symptômes chroniques et envahissants (Cahill & Foa, 2007). Par exemple, par un processus de généralisation, un vétéran de guerre pourrait devenir apeuré lorsqu'il entend des bruits sourds et soudains (ex. feux d'artifice) similaires aux stimuli présents lors des événements traumatiques. Il pourrait également en venir à associer des stimuli conditionnés (ex. bruits sourds) à de nouveaux stimuli neutres (ex. une foule) dans son environnement, par un conditionnement de second ordre. La personne apprendrait également à éviter l'anxiété à travers l'évitement de stimuli en lien avec le trauma, mais également par le détachement émotif, l'agressivité ou la consommation excessive par un processus de conditionnement opérant (Brillon,

2017). Au niveau physiologique, la théorie du conditionnement serait expliquée par le relâchement excessif d'hormones de stress lors de l'expérience d'un événement traumatique, qui à leur tour consolideraient une réponse de peur conditionnée (Brunet, Orr, Tremblay, Robertson, Nader & Pitman, 2008). Des études récentes ont d'ailleurs démontré que la prise de Propranolol favoriserait la diminution des réactions physiologiques suivant l'exposition à un scénario catastrophique en modulant possiblement le phénomène de reconsolidation de la mémoire de la victime (Brunet et al., 2008). Le propranolol agirait ainsi en créant une réaction opposée des hormones de stress sur le corps humain, ce qui soutiendrait la théorie de conditionnement pour le TSPT. Cependant, cette théorie n'expliquerait pas le développement des symptômes non anxieux du TSPT tels que les altérations cognitives (Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989).

1.2.2 Les théories cognitives, des schémas et des processus émotionnels

D'autres auteurs ont plutôt avancé qu'un dysfonctionnement au niveau des différentes structures du cerveau expliquerait les symptômes du TSPT. Les symptômes seraient ainsi créés par un mauvais traitement des informations, des émotions ou des schémas (Cahill & Foa, 2007; Holeva, Tarrier & Wells, 2001). En effet, que ce soit un système de réseau qui contrôle la peur ou les schémas fondamentaux de chaque personne, ce serait l'interaction entre ces éléments déjà présents chez la personne et l'information acquise lors de l'événement traumatique qui serait à la source des difficultés ressenties par la victime. Par exemple, au niveau des schémas fondamentaux, l'information reçue lors de l'événement traumatique serait contradictoire aux schémas et croyances de base de la personne, ce qui mènerait au développement des divers symptômes du TSPT, tels que les symptômes de reviviscence, d'hyperactivité et d'altérations négatives de l'humeur et des cognitions. Cette théorie est également cohérente avec l'observation

que les événements de type « interpersonnel » et ceux causés par la main de l'humain sont généralement vécus comme plus « traumatisants » (Brillon, 2017). Ces événements viendraient ainsi gravement bouleverser la conception du monde et de la nature humaine (Brillon, 2017). La guérison nécessiterait alors une négociation ou une réorganisation fructueuse et à long terme des informations inscrites dans le réseau de la peur, des schémas ou des émotions, processus qui serait actuellement empêché par les comportements d'évitement des victimes (Cahill & Foa, 2007). Les techniques d'exposition au scénario catastrophique seraient ainsi utilisées afin de favoriser la réactivation et subséquemment la réorganisation des éléments pathologiques associés au trauma. Des techniques de restructuration cognitive seraient également utiles afin de diminuer l'écart qui existent entre les croyances pré et post-traumatiques.

1.2.3 Le modèle intégré de Joseph, Williams et Yule (1995)

En 1995, plusieurs théories du TSPT étaient déjà présentes dans les écrits scientifiques. Les chercheurs Joseph, Williams et Yule ont ainsi révisé ces dernières et ont proposé un modèle plus intégratif. Ce dernier allie ainsi plusieurs facteurs psychosociaux qui influenceraient l'adaptation face à un stress traumatique. Selon ce modèle, les stimuli présents lors de l'événement traumatique seraient difficilement assimilés et seraient donc maintenus dans la mémoire immédiate sous forme d'images. Ces images seraient alors la source de nouvelles activités cognitives et se présenteraient sous forme de pensées automatiques, de perceptions et d'états émotionnels négatifs. C'est l'ensemble des images, des émotions et des perceptions négatives qui amènerait par la suite la victime d'un trauma à utiliser diverses stratégies pour faire face à la détresse, comme l'évitement et la recherche de soutien social (Joseph, Williams & Yule, 1995). Bien qu'élaborée avant l'arrivée du DSM-5, ce modèle semble intégrer la plupart symptômes liés au TSPT tels que la reviviscence (résultant de la présence des stimuli

non assimilés), l'évitement, et l'altération des cognitions et des émotions. Cependant, il n'offre pas d'explications quant à la présence des symptômes d'hyperéveil et du développement sain à la suite de l'expérience d'un trauma.

1.2.4 Approche phénoménologique

L'approche phénoménologique nous aurait également permis d'en apprendre davantage sur le phénomène des symptômes de reviviscence. En effet, un groupe de chercheurs aurait tenté de comprendre le phénomène des symptômes de reviviscence par la compilation d'entrevues effectuées avec des victimes de TSPT (Ehlers, Hackmann, & Michael, 2004). Ils auraient d'abord remarqué que les reviviscences sont des réponses émotionnelles ainsi que des perceptions sensorielles du trauma qui semblent dépourvues de leur contexte et d'un bon ancrage dans le temps. Ces reviviscences seraient également perçues comme des signaux d'alarme ou des représentations des moments charnières du vécu traumatique. De ces observations, les chercheurs ont élaboré une explication théorique de ces derniers. Les souvenirs traumatiques, contrairement aux souvenirs autobiographiques sains, ne seraient pas bien intégrés dans les souvenirs des victimes puisque ces derniers seraient dépourvus du contexte, du temps, du lieu, ainsi que l'absence d'information précédant et succédant le trauma. Ce manque d'élaboration susciterait alors une manifestation des souvenirs par des stimuli semblables, phénomène qui serait normalement inhibé pour les souvenirs autobiographiques sains. Cette explication semble ainsi soutenir l'idée d'une réorganisation fructueuse des éléments liés à l'événement traumatique afin de favoriser la guérison. Il est également possible que la présence de fortes émotions négatives lors du trauma facilite l'encodage et la récupération des éléments liés à ce dernier. En effet, ces émotions favoriseraient un relâchement excessif d'hormones de stress, soutenant

également la théorie du conditionnement (Lonergan, Brunet, Olivera-Figueroa & Pitman, 2013).

1.2.5 Facteurs de risques connus au développement du TSPT

Au-delà des théories explicatives, plusieurs facteurs de risque pré, péri et post-traumatiques sont également connus pour influencer l'apparition du TSPT, et ainsi accroître notre compréhension de ce trouble. Les facteurs pré-traumatiques font référence aux antécédents génétiques, psychologiques et sociaux d'une personne (Whitney, 2015). Ceux-ci incluent par exemple l'historique psychiatrique familial et personnel de la victime, un historique d'abus ou de trauma, et le genre (Whitney, 2015). Les facteurs péri-traumatiques font quant à eux référence aux circonstances entourant l'événement traumatique, par exemple, les émotions et les sensations physiques ressenties (ex. la sévérité du trauma, la présence de dissociation; Marchand, Boyer, Nadeau & Martin, 2011). Les facteurs post-traumatiques sont plutôt liés à la présence de stressors suivant la présence de l'événement traumatique (ex. des réactions dépressives, une perte d'emploi). Selon une méta-analyse de Brewin, Andrews et Valentine (2000), ce sont les facteurs post-événement, et plus précisément le manque de soutien social ainsi que la présence de stressors quotidiens post-traumatiques, qui ressortaient comme ayant une plus grande influence pour une population civile et militaire. Une seconde méta-analyse de Ozer, Best, Lipsey et Weiss (2003) a aussi démontré que le soutien social était l'un des meilleurs prédicteurs de la sévérité et du développement des symptômes du TSPT. Ainsi, il est important d'étudier le soutien social lorsqu'on tente d'approfondir notre compréhension du TSPT.

1.3 Définition du soutien social

Plusieurs définitions du soutien social existent, ainsi que de façon de l'analyser, ce qui dénote la complexité de ce concept. Selon Dolbier et Steinhardt (2000), le soutien social est un processus à travers lequel de l'aide est apportée et échangée entre plusieurs personnes dans le but de faciliter la réussite d'un ou de plusieurs objectifs. Il est aussi défini comme étant la qualité des interactions sociales dans le réseau (Guay et al., 2011). Le soutien social découle du réseau social d'un individu et il peut provenir de plusieurs sources, notamment la famille, les amis et le partenaire de vie (Denkers, 1999; Halford & Bouma, 1997). Outre ces différentes sources, le soutien social comprend plusieurs autres aspects. Il importe ainsi de faire la distinction entre les différents types et dimensions du soutien social, ainsi que ses méthodes de mesure (Dolbier & Steinhardt, 2000).

Le soutien social peut donc être étudié selon différentes approches quantitatives, notamment en évaluant la taille du réseau social, c'est-à-dire le nombre de personnes avec qui l'individu entretient des liens sociaux (ex., amis, famille, voisins, etc.) et la réciprocité des relations sociales avec ces personnes. Cette dernière, associée à l'importance et à la signification des relations sociales (des mesures plus nominales), permet de connaître la qualité du soutien social. Ces mesures ont été associées à des effets positifs sur la santé (Dolbier & Steinhardt, 2000). Cependant, il semble que la taille du réseau social soit moins corrélée au bien-être que ne l'est la qualité du soutien social (Zoeller, Foa, & Brigidi, 1999; Cohen & Wills, 1985).

Il existe également différents types de soutien social. Le soutien émotionnel se réfère au fait d'être écouté et réconforté tandis que le soutien informationnel est le fait de fournir des informations et des conseils à l'autre. Pour ce qui est du soutien tangible, il s'agit de moyens concrets que l'on offre à l'autre, tels que de l'argent. Finalement, le

soutien amical est le fait de se distraire et d'avoir des activités sociales. La concordance entre les besoins d'une personne et le type de soutien offert permet d'optimiser l'influence positive du soutien social sur la santé mentale (Crevier, 2013).

Pour ce qui est de la spécificité versus la globalité des mesures utilisées pour analyser le soutien social, les mesures spécifiques évaluent la fonction particulière du réseau social dans des situations particulières, par exemple en temps de stress. Quant aux mesures globales, elles analysent la fonction générale du soutien social, par exemple à quel point une personne se sent intégrée ou soutenue dans son réseau social (Cutrona & Russell, 1987).

D'autre part, lorsqu'on étudie le soutien social, il importe de bien distinguer le soutien perçu du soutien reçu. Alors que le soutien perçu porte sur la perception qu'une personne a par rapport à la disponibilité et la qualité de ses ressources sociales, le soutien reçu porte sur la réception «réelle» de ces différentes ressources (Dolbier & Steinhardt, 2000). Le soutien perçu peut aussi porter sur la qualité du soutien qu'une personne croit offrir à la victime. Le soutien perçu se mesure généralement à l'aide d'un questionnaire autorapporté tandis que le soutien reçu requiert des mesures observationnelles. Le concept du soutien perçu est actuellement l'un des plus étudiés dans les écrits scientifiques et les résultats suggèrent que les effets protecteurs du soutien social relèvent davantage du soutien perçu que du soutien reçu (Dolbier & Steinhardt, 2000). D'un autre côté, le soutien reçu est mesuré par des observateurs qui analysent des comportements spécifiques observés chez l'autre. Malgré la faible présence d'études, il est possible qu'il reflète de façon plus juste le soutien réellement apporté à une personne (Haber, Cohen, Lucas & Baltes, 2007). Une étude de Lehoux, Guay, Chartrand et Julien (2007) a démontré que certains comportements observés de soutien social étaient corrélés avec la sévérité des symptômes de TSPT. De plus, selon Haber, Cohen, Lucas et Baltes (2007), l'étude de la force de la relation qui unit le

soutien social perçu et reçu pourrait contribuer à mieux comprendre les processus et mécanismes par lesquels le soutien social opère. Par exemple, une faible relation entre ces deux concepts pourrait nous guider vers des facteurs sociaux (désirabilité sociale), culturels, personnels (caractéristiques de celui qui offre/reçoit; par exemple le genre ou la présence de symptômes de dépression ou d'anxiété) et interactionnels (types d'interaction entre les partenaires). L'analyse de ces facteurs pourrait ainsi enrichir notre compréhension du soutien social et de ses impacts sur le TSPT.

Enfin, malgré que le soutien social soit généralement considéré comme bénéfique, on constate que celui-ci n'est pas que positif. En effet, certaines études (St-Jean-Trudel, Guay, & Bonaventure, 2003; Tarrier, Sommerfield, & Pilgrim, 1999) ont montré qu'il pouvait impliquer un aspect négatif, qui était lié à la santé mentale des victimes (Guay et al., 2011). Le soutien positif se réfère aux comportements soutenant tels que l'écoute, la validation, la proposition de suggestions, la gestion de l'anxiété et le renforcement, alors que le soutien négatif se rapporte aux comportements contre-soutenant tels que les commentaires coercitifs et les critiques, la dominance, le retrait et la contre-validation (Guay, Marchand, & O'Connor, 2003; Pizzamiglio, Julien, Parent & Chartrand, 2001). Il importe de noter qu'un soutien négatif ne représente pas un manque de soutien positif. Bien que ce dernier pourrait également avoir un effet néfaste, le soutien négatif représente la présence de comportements néfastes orientés vers l'autre. La nature du soutien pourrait donc avoir des effets différentiels pour la personne qui reçoit du soutien. En effet, des recherches ont montré que le soutien positif était négativement corrélé avec l'anxiété tandis que le soutien négatif était positivement lié à l'anxiété (Ray, 1992). Il est également possible que le soutien social négatif soit un meilleur prédicteur des symptômes du TSPT que le soutien social positif, et que les effets de ces deux formes de soutien soient indépendants (Guay et al., 2011). En effet, bien qu'une même personne puisse percevoir à la fois des relations conflictuelles et du soutien social positif dans son environnement, le soutien social négatif aurait un effet

plus important sur la sévérité des symptômes. Par exemple, Guay et collègues (2011) ont trouvé que les comportements de soutien négatif étaient plus corrélés que les comportements de soutien positif aux symptômes du TSPT. De plus, Zoellner, Foa et Brigidi (1999) ont eux aussi trouvé que le soutien social négatif prédisait la sévérité des symptômes du TSPT, ce qui n'était pas le cas pour le soutien social positif. Ainsi, il importe d'étudier simultanément le soutien positif et négatif afin de mieux comprendre les effets du soutien social sur les symptômes de TSPT. La prochaine section se penchera davantage sur le mode de fonctionnement du soutien social et son impact sur la santé mentale et le TSPT.

1.4 Mécanismes et théories du soutien social

La perception qu'une personne a de la qualité de son réseau social est considérée comme un facteur essentiel lorsque vient le temps de gérer un stress (Haber et al., 2007). Un stress psychologique est vécu lorsqu'une personne fait face à une situation qui requiert un ajustement qui excède les capacités d'adaptation de cette dernière (Wilcox & Vernberg, 2013). Durant ces moments, la perception qu'une personne a de cette situation jouerait un rôle essentiel sur le niveau d'anxiété ressenti ainsi que sur le processus de gestion. Ainsi, la perception d'un réseau de soutien sain et riche pourrait contribuer à moduler positivement l'adaptation au stress psychologique de la personne.

1.4.1 Théorie de l'atténuation du stress

Cette théorie, communément appelée la théorie de l'atténuation du stress, énonce que le soutien social jouerait un rôle modérateur dans la relation entre des événements

stressants et la santé mentale ou la qualité de vie. Il entraînerait des effets bénéfiques sur les comportements, les cognitions et les processus physiologiques des individus, ce qui conduirait à une atténuation des impacts négatifs du stress (Cohen & Wills, 1985). Plus précisément, les effets du soutien social pourraient se jouer à deux niveaux. Premièrement, le soutien social pourrait intervenir entre l'événement anxiogène et la réponse à ce stressor. Ainsi, la perception qu'une personne a par rapport à la disponibilité de son réseau social pourrait altérer le niveau de dangerosité ou de menace perçue dans une situation donnée et ainsi diminuer la réaction anxiogène. Deuxièmement, le soutien social pourrait intervenir entre la venue d'un événement stressant et le développement d'une pathologie. Des mécanismes tels qu'une diminution de la réactivité du système endocrinien, l'augmentation du sentiment d'auto-efficacité et d'estime de soi, une augmentation des comportements adaptés ainsi qu'une altération de l'importance accordée au problème pourraient alors expliquer les effets bénéfiques du soutien social (Wilcox & Vernberg, 2013; Cohen & Wills, 1985). Cependant, le soutien social peut aussi avoir un aspect négatif. Bien que cette théorie n'inclut pas l'effet de ce dernier, il est possible que celui-ci agisse comme une variable modératrice sur la relation entre un stressor et le développement d'une pathologie. Ainsi, le soutien négatif augmenterait les effets négatifs liés au stress et par le fait même la possibilité pour une personne de souffrir de problèmes de santé mentale. Une étude de Holeva, Tarrrier et Wells (2001) a d'ailleurs montré qu'une hausse de soutien social négatif perçu était associée à un plus grand risque de développer un TSPT.

La théorie de l'atténuation du stress s'applique au phénomène du TSPT. En effet, l'expérience d'un événement traumatique représente un stress énorme pour les gens qui le vivent et plusieurs études ont illustré que ces victimes démontraient plus de signes de dépression, d'anxiété ainsi que de plaintes physiques lorsque comparés à un groupe contrôle (King, King, Fairbank, Keaner & Adams, 1998). De plus, l'événement traumatique peut aussi contribuer au développement de troubles cliniques tels que la

dépression et plus précisément, le TSPT (King et al., 1998). Selon la théorie de l'atténuation du stress, la présence de personnes-ressources et de soutien social positif serait un atout positif dans la bonne gestion de cet événement et pourrait influencer le développement ainsi que la sévérité des symptômes du TSPT.

1.4.2 Le modèle des processus sociaux et cognitifs

Le modèle des processus sociaux et cognitifs (SCP)¹ (Lepore, 2001) examine aussi l'effet du soutien social dans le rétablissement face à un stressor, qui peut également agir à titre de trauma. Ce modèle stipule que la guérison est facilitée par le fait de discuter directement du trauma et des sentiments qui y sont liés avec des personnes soutenantes. Ces échanges permettraient de rétablir un sentiment de sécurité et de valorisation chez la victime, en plus de confronter positivement les croyances liées au trauma (ex. le monde est dangereux; les gens sont indignes de confiance) et de développer une habitude aux souvenirs liés au trauma. Finalement, ces échanges inciteraient les proches à fournir un soutien social émotionnel et instrumental. Il est aussi possible que ces échanges permettent une réorganisation positive des croyances pathologiques liées au trauma, qui seraient associés au développement du trouble (voir section sur les théories explicatives du TSPT).

¹Traduction libre de *social-cognitive processing (SCP) model*

L'étude de Ehlers, Hackmann et Michael (2004) sur le phénomène des souvenirs intrusifs présentés plus haut semble également soutenir ce modèle. En effet, les auteurs de l'étude suggèrent que pour les victimes de trauma, il est primordial de reconstituer les souvenirs de l'événement traumatique durant leur rétablissement, puisque ces derniers seraient parfois manquants, difficiles d'accès ou dans le mauvais ordre. Pour plusieurs victimes, cela se fait de façon naturelle lorsqu'elles pensent et discutent du trauma avec leurs proches. Cependant, des réactions négatives face à la divulgation du trauma et de ses effets lors de laquelle la victime se sent non soutenue, incomprise ou aliénée par ses proches pourraient exacerber la détresse émotionnelle et entraver le processus de guérison (Belsher, Ruzek, Bongar, & Cordova, 2012).

1.5 Effets du soutien social sur le développement et la sévérité des symptômes du TSPT

À ce jour, plusieurs études soutiennent la théorie selon laquelle le soutien social influencerait positivement ou négativement le développement du TSPT. En effet, il a été établi qu'un haut niveau de soutien social positif était associé à la guérison et à la résilience face aux symptômes du TSPT (King, King, Foy, Keane, & Fairbank, 1999). D'un autre côté, les résultats des méta-analyses mentionnées plus haut (Ozer et al., 2003; Brewin et al., 2000) montrent que le manque de soutien social est un facteur important dans le développement du TSPT. Plusieurs études ont aussi présenté le rôle modérateur ou médiateur du soutien social perçu sur la relation entre un événement stressant et des conséquences psychologiques néfastes telles que de l'anxiété, de la dépression et des comportements de détresse. En effet, les résultats d'une étude de Stevens et ses collègues (2013) ont montré le rôle médiateur que le soutien social jouait entre l'abus infantile et les symptômes du TSPT. Ainsi, pour une personne ayant subi un abus infantile, l'absence de relations satisfaisantes et soutenantes était significativement associée aux symptômes du TSPT. De plus, une étude réalisée auprès

de vétérans a montré que le soutien social jouait un rôle protecteur dans la relation entre le déploiement au front et les symptômes du TSPT, si bien que la présence de soutien social positif prédisait une moins grande probabilité de développer un TSPT (Polusny, Erbes, Murdoch, Arbisi, Thuras, & Rath, 2011).

Puisque le développement du TSPT et les conséquences qui en découlent sont aussi considérés comme des stressors importants, la qualité du soutien social offert à une personne avec un TSPT serait significativement liée à la sévérité des symptômes du trouble. Par exemple, Wilcox (2010) a montré qu'un haut niveau de soutien social positif était associé à un niveau de symptomatologie moins sévère chez des vétérans souffrant de TSPT. D'un autre côté, Zoellner et ses collègues (1999) ont montré qu'un grand niveau de soutien social négatif prédisait la sévérité des symptômes du TSPT chez des victimes d'agression. Plus récemment, une étude de Catabay, Stockman, Campbell et Tsuyuki (2019) a montré qu'une plus grande présence de soutien social diminuait le risque de souffrir de symptômes sévères de TSPT chez des femmes ayant vécu des violences sexuelles. Stanley et collègues (2019) ont aussi montré que le soutien social de la famille et des amies, des collègues de travail et spécialement des patrons étaient associés à des symptômes moins sévères de TSPT chez des femmes pompiers. Finalement, les résultats d'une étude faite sur des vétérans ont montré le rôle médiateur d'un soutien social déficient dans la relation entre le TSPT et un faible fonctionnement social (Tsai, Harpaz-Rotem, Pietrzak, & Southwick, 2012). Les résultats présentés exposent donc l'importance d'obtenir un soutien social adéquat, tant pour prévenir le développement que pour diminuer la sévérité des symptômes du TSPT et ses conséquences. Néanmoins, plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer la qualité du soutien offert, tels que la source du soutien.

1.6 Couple et soutien social

Malgré que le soutien social provienne de plusieurs sources, le partenaire de vie, lorsque présent, est considéré comme la plus importante source de soutien (Denkers, 1999; Halford & Bouma, 1997). Il semblerait en effet que les troubles psychiatriques soient plus associés à la qualité de la relation conjugale qu'à la qualité de la relation avec les amis ou les membres de la famille (Whisman, Sheldon, & Goering, 2000). Pour une personne souffrant de TSPT mariée ou vivant en couple, la qualité de la relation conjugale pourrait donc avoir des conséquences importantes sur la sévérité et la chronicité des symptômes.

1.6.1 Modèle d'adaptation des couples au stress post-traumatique

Selon le modèle d'adaptation des couples au stress post-traumatique de Nelson Goff et Smith (2005), l'adaptation d'un couple face au trauma dépend d'une interaction systémique entre plusieurs facteurs. Par exemple, ce modèle assume que le niveau de fonctionnement et de séquelles de la victime de trauma créerait une réponse systémique qui pourrait entraîner des symptômes post-traumatiques chez le conjoint. Puisqu'il s'agit d'un modèle bidirectionnel, ces mêmes symptômes pourraient à leur tour intensifier les symptômes ressentis par la victime (Nelson Geoff et Smith, 2005). Plusieurs autres facteurs pourraient également être considérés dans ce modèle. Par exemple, le fait de prendre soin d'un conjoint ayant un TSPT pourrait également créer un fardeau émotionnel pour l'autre, ce qui l'amènerait à ressentir une détresse émotionnelle. Une association a d'ailleurs été montrée entre le fardeau émotionnel ressenti par les conjoints/conjointes d'une personne souffrant d'un TSPT ainsi que la sévérité des symptômes et la gravité du dysfonctionnement des victimes (Dekel & Monson, 2010).

1.6.2 Modèle de résilience du stress familial

De plus, selon le modèle de résilience du stress familial, lorsqu'une personne développe un TSPT, les partenaires auront d'abord tendance à changer leurs rôles et accommoder la personne anxieuse afin de l'aider à faire face aux manifestations du TSPT (McCubbin & McCubbin, 1988). Cependant, avec le temps, l'anxiété et la réduction de la qualité de vie liées à ce trouble peuvent avoir des conséquences importantes sur la qualité de la relation conjugale, et donc affecter la qualité du soutien apporté par le conjoint (Baucom, Stanton & Epstein, 2003). En effet, plus l'anxiété devient chronique et sévère, plus l'environnement du couple tend à devenir restreint (ex. activités de couple, rencontres sociales), ce qui peut entraîner des conflits (Chakrabarti, Kulhara, & Verma, 1993). Par exemple, dans une étude réalisée auprès de couples dont l'un des partenaires souffre d'un trouble anxieux ou de l'humeur depuis au moins deux ans, les participants anxieux et leur conjoint rapportaient diverses conséquences négatives associées à leur trouble, telles que des difficultés à travailler, à rester mobile, à prendre des décisions, à dormir et même à participer à des situations sociales. Ainsi, ces difficultés dans les tâches de la vie quotidienne peuvent être perçues comme un fardeau pour la famille (Chakrabarti et al., 1993). De plus, plusieurs des symptômes typiques du TSPT, comme l'éroussement émotionnel et la colère, auraient des impacts négatifs sur la qualité des relations familiales et conjugales. En effet, comme le démontrent des témoignages qualitatifs de familles de vétérans, ces symptômes tendent à créer l'éloignement et le retrait émotionnel des deux partenaires, ce qui semble mettre un frein à la guérison (Ray & Vanstone, 2009).

Avec les problèmes d'accommodation des proches et les conséquences du trouble, un cercle vicieux risque de se développer. Ainsi, les problèmes liés au TSPT entraîneraient des problèmes conjugaux et/ou des symptômes de stress chez le partenaire, qui à leur tour généreraient plus d'anxiété et exacerberaient les symptômes du TSPT chez la victime. Un haut niveau d'anxiété serait en effet associé à un plus grand niveau de détresse conjugale et un moins bon fonctionnement du partenaire malade (Halford & Bouma, 1997; Whisman & Uebelacker, 2003). En outre, Cook, Riggs, Thompson, Coyne & Sheikh (2004) ont montré que les ex-prisonniers de guerre avec un diagnostic de TSPT font l'expérience de plus d'insatisfaction et de détresse conjugale lorsqu'ils sont comparés aux ex-prisonniers de guerre sans le diagnostic. De plus, une étude effectuée par St-Jean-Trudel, Guay et Bonaventure (2003) a montré que les interactions de soutien positif et négatif dans un couple étaient significativement liées à la détresse psychologique d'individus affectés par un trouble anxieux, soutenant ainsi ce fonctionnement en cercle vicieux. Plus récemment, il a été montré que la fréquence et la qualité du soutien conjugal reçu était associées à des symptômes moins sévères de TSPT. Cependant, ce lien était seulement observé chez les couples qui ne présentaient pas d'attributions causales négatives envers leur partenaire de vie (Leifker & Marshall, 2019). Il est également intéressant de noter que Wilcox (2000) a démontré dans son étude que, comparativement au partenaire de vie et à la famille, le soutien apporté par les amis aurait moins d'impact sur la sévérité des symptômes du TSPT. Comprendre la nature des interactions sociales dans un couple apparaît donc comme un élément essentiel puisqu'elles peuvent influencer la qualité de la relation conjugale et par le fait même, la sévérité des symptômes du TSPT.

La nature des interactions dans un couple dont l'un des partenaires souffre d'un TSPT peut aussi être influencée par le moment d'apparition du trouble en fonction du début de la relation conjugale, un aspect très peu abordé dans les écrits scientifiques. D'un côté, comme le TSPT est un trouble qui se développe à la suite d'un événement

traumatique, il est fort possible que celui-ci se développe plus tard dans la vie, à un moment où la relation conjugale est formée depuis plusieurs années et que sa dynamique est déjà bien établie. Une revue des écrits scientifiques montre d'ailleurs que les vétérans avec un diagnostic de TSPT rapportent une plus grande fréquence et une plus grande intensité de problèmes relationnels ainsi qu'un mauvais ajustement familial, en comparaison aux vétérans exposés à des événements traumatiques, mais qui ne souffrent pas de TSPT (Galovski & Lyons, 2004). Ceci semble indiquer que le TSPT crée des changements importants dans la dynamique d'un couple.

Cependant, les écrits scientifiques ne font que peu mention de ce qui arrive lorsqu'un couple se forme alors qu'un des partenaires souffre déjà d'un TSPT. Il est probable que dans ce cas-ci, la dynamique du couple sera créée autour de la maladie. Par exemple, une dynamique basée sur la dépendance et la codépendance pourrait se créer, dans laquelle le partenaire anxieux réclame l'aide et la présence de son conjoint afin de l'aider à faire face aux manifestations anxieuses du TSPT (Bélanger, Leduc, Fredman, El-Baalbaki & Baucom, 2008). Ce dernier en ressentirait une certaine valorisation personnelle, ce qui aurait pour effet d'alimenter cette dynamique (Bélanger et al., 2008). De plus, il est possible que le rapprochement originel des conjoints soit sur la base de cette complémentarité, ce qui ferait en sorte que le rôle des partenaires engendré par les impacts du trouble répondrait aux besoins de chacun, et donc conduirait à un bon ajustement conjugal. Bien qu'à long terme ce patron interactionnel asymétrique puisse devenir lourd à porter, il est possible de croire que les victimes faisant partie d'un couple formé après le début du trouble reçoivent et/ou perçoivent un meilleur soutien que les couples formés avant le début du trauma (Bélanger et al, 2008). Cependant, des études sont nécessaires afin de tester cette hypothèse.

1.7 Effets du soutien social sur une thérapie TCC

En plus des conséquences sur la sévérité des symptômes, la qualité du soutien social d'un individu pourrait influencer l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Bien que le *International clinical practice guidelines* ait établi la TCC focalisée sur le trauma (*trauma-focused therapy*) comme première ligne de traitement (Forbes et collègues, 2012), plusieurs patients terminent la thérapie avec des symptômes résiduels. En effet, une étude de Larsen, Fleming et Resick (2019) a montré que plusieurs patients terminaient la thérapie avec des symptômes résiduels tels que de la détresse associée aux stimuli rappelant le trauma, de l'insomnie et un détachement émotionnel. Une revue des écrits scientifiques effectuée en 2008 a aussi démontré que jusqu'à 54% des patients délaissaient la thérapie (selon le type de thérapie; Schottenbauer, Glass, Ankoﬀ, Tendick, & Gray, 2008). Ces résultats indiquent donc que les cliniciens auraient avantage à se pencher sur les différents facteurs qui influencent l'efficacité de la thérapie. Plusieurs facteurs liés au soutien social pourraient influencer cette dernière. Premièrement, une étude de Keller, Zoellner et Feeny (2010) a montré que la présence de soutien social par les proches après l'expérience d'un événement traumatique prédisait la présence d'une bonne alliance thérapeutique dès le début du traitement. Une bonne alliance thérapeutique est connue pour être un aspect primordial de la thérapie puisqu'elle influence l'engagement et l'adhésion des patients à la thérapie, en plus de diminuer le nombre d'abandons (Keller, Zoellner, & Feeny., 2010). Une méta-analyse de Martin, Garske et Davis (2000) a d'ailleurs démontré que l'alliance thérapeutique était associée de façon positive et significative au résultat de la thérapie. De plus, cette relation reste constante, malgré les différentes variables qui pourraient influencer ce lien telles que le type de mesures ou le fait que l'article soit publié ou non (Martin, Garske, & Davis, 2000). Il est donc possible qu'un soutien social adéquat avant le traitement influence positivement la qualité de l'alliance thérapeutique, et donc l'efficacité du traitement.

Le soutien social pourrait aussi influencer positivement l'évolution des symptômes durant une thérapie en créant un sentiment de sécurité chez les patients (Shnaider, Sijercic, Wanklyn, Suvak & Monson, 2017). Par exemple, durant une thérapie de type TCC, les patients sont souvent appelés à faire des expositions en dehors des séances thérapeutiques, ce qui peut être souffrant pour ces derniers (Foa, Keen, Freedman, & International, 2000). Les proches pourraient ainsi aider les patients à remplir cette tâche, en accompagnant la victime et en validant l'aspect non dangereux de la situation (Price, Gros, Strachan, Ruggiero, & Acierno, 2013).

Pour ce qui est du soutien négatif, le modèle des processus cognitifs et sociaux de l'adaptation aux traumatismes (Lepore, 2011) stipule qu'un soutien social négatif pourrait aussi influencer l'efficacité d'un traitement pour le TSPT, en limitant les processus interpersonnels (ex. retrouver un sentiment de sécurité et de valorisation face à l'autre) et en engendrant des cognitions post-traumatiques négatives (Belsher, Ruzek, Bongar, & Cordova, 2012). En effet, les critiques négatives à l'égard des victimes pourraient favoriser leur sentiment de culpabilité, de honte et leurs comportements de blâme et le maintien de croyances négatives relatives à soi et à autrui. Ce manque de compréhension et de validation de la part des proches pourrait alors contrecarrer l'effort thérapeutique mis en place afin de modifier les croyances erronées ou les empêcher de se généraliser en dehors du milieu thérapeutique (Joseph, Williams et Yules, 1997).

1.8 Modèle de l'étude

1.8.1 Apport quantitatif à la compréhension du soutien social

Comme il a été présenté plus haut, le soutien social est un concept complexe comprenant diverses dimensions qui peuvent affecter la relation qui unit ce dernier

avec le TSPT. Cette thèse inclura ainsi un devis quantitatif qui pourrait permettre de répondre à de multiples lacunes dans les écrits scientifiques, et ce, en incluant divers types de mesure de soutien social et conjugal. En effet, le type, la nature du soutien, la source qui le prodigue, la perception des victimes ainsi que les observations des chercheurs sont autant d'éléments qui peuvent être étudiés et nous aider à comprendre les mécanismes qui lient le soutien social et le TSPT. Cependant, peu d'études ont été faites sur les différentes dimensions du soutien social et celles-ci sont généralement étudiées de façon indépendante dans les différentes recherches, ce qui limite grandement la portée des résultats. Par exemple, la plupart des études effectuées sur le soutien social utilisent des mesures de soutien perçu seulement. Selon Lakey et Cassidy (1990), les questionnaires autorapportés utilisés pour calculer le soutien perçu mesureraient principalement les schémas cognitifs des patients, ce qui ferait en sorte que les résultats tendent à être influencés par la personnalité et les expériences personnelles des patients. Une approche intégrant des mesures de soutien reçu à l'aide de grille de codification constitue un apport notable puisqu'elle permet d'étudier le soutien social au-delà de la perception de la personne recevant le soutien, ce qu'il n'est pas possible d'accomplir avec les questionnaires autorapportés. De plus, les grilles de codification peuvent nous en apprendre davantage sur les processus sociaux qui soutiennent le soutien social (Wills & Shinar, 2000). Ainsi, une étude utilisant le soutien perçu et reçu est recommandée pour comprendre la relation qui unit ces deux variables entre elles (Dunkel-Schetter & Bennett, 1990). Finalement, étudier la source ainsi que la nature (positive versus négative) des interactions sociales pourrait permettre de clarifier sous quelles conditions le soutien social influence la sévérité des symptômes du TSPT et l'efficacité de son traitement. Par exemple, comme il a été montré par les études de Guay et collègues (2011) ainsi que Zoellner et collègues (1999), il est possible qu'un soutien social négatif ait davantage d'influence sur la sévérité des symptômes du TSPT qu'un manque de soutien social positif. De plus, si ce soutien négatif est offert par un conjoint ou une conjointe, ces facteurs pourraient influencer davantage la sévérité des symptômes ainsi que l'efficacité d'une thérapie.

1.8.2 Apport qualitatif à la compréhension du soutien social

Bien que les analyses quantitatives nous en apprennent davantage sur les différentes dimensions du soutien social, l'ajout d'analyses qualitatives pourrait aider à discerner davantage d'information quant à ces différentes dimensions, voire en découvrir d'autres. En effet, une analyse conversationnelle des interactions entre des personnes ayant un TSPT et ses proches permettrait de comprendre de manière plus riche les formes que peut prendre le soutien reçu. De plus, une analyse conversationnelle permettrait d'intégrer dans la compréhension du soutien social des dimensions autres que le contenu du discours, mais qui sont tout aussi importantes, telles que le contact visuel, la tonalité de la voix et les silences (Liddicoat, 2007). Elle permettrait également de mieux saisir la dynamique des dyades, en tenant compte des tours et des modes de prise de parole ainsi que d'autres signes non verbaux (silences, acquiescements, etc). Ces aspects ouvriraient ainsi une fenêtre d'exploration des différents types d'interactions qui se retrouvent entre une victime de TSPT et ses proches (ex. interactions à nature plus négative, positive, évitante, etc). Elles pourraient également permettre de mieux comprendre l'écart qui existerait entre les mesures de soutien reçu et perçu.

Le contenu d'interactions plus spontanées entre une victime de TSPT et son proche pourrait aussi apporter des informations précieuses quant à la qualité et le type de soutien social apporté. L'analyse thématique permet en effet de faire ressortir une série de thèmes et de sujets qui sont au cœur des discussions des participants (Paillé, & Mucchielli, 2012; Braun & Clarke, 2006). Elle permet de se pencher sur le vécu subjectif et spontané des participants sans une codification préétablie et ainsi fournir de nouveaux thèmes non identifiés dans les écrits scientifiques.

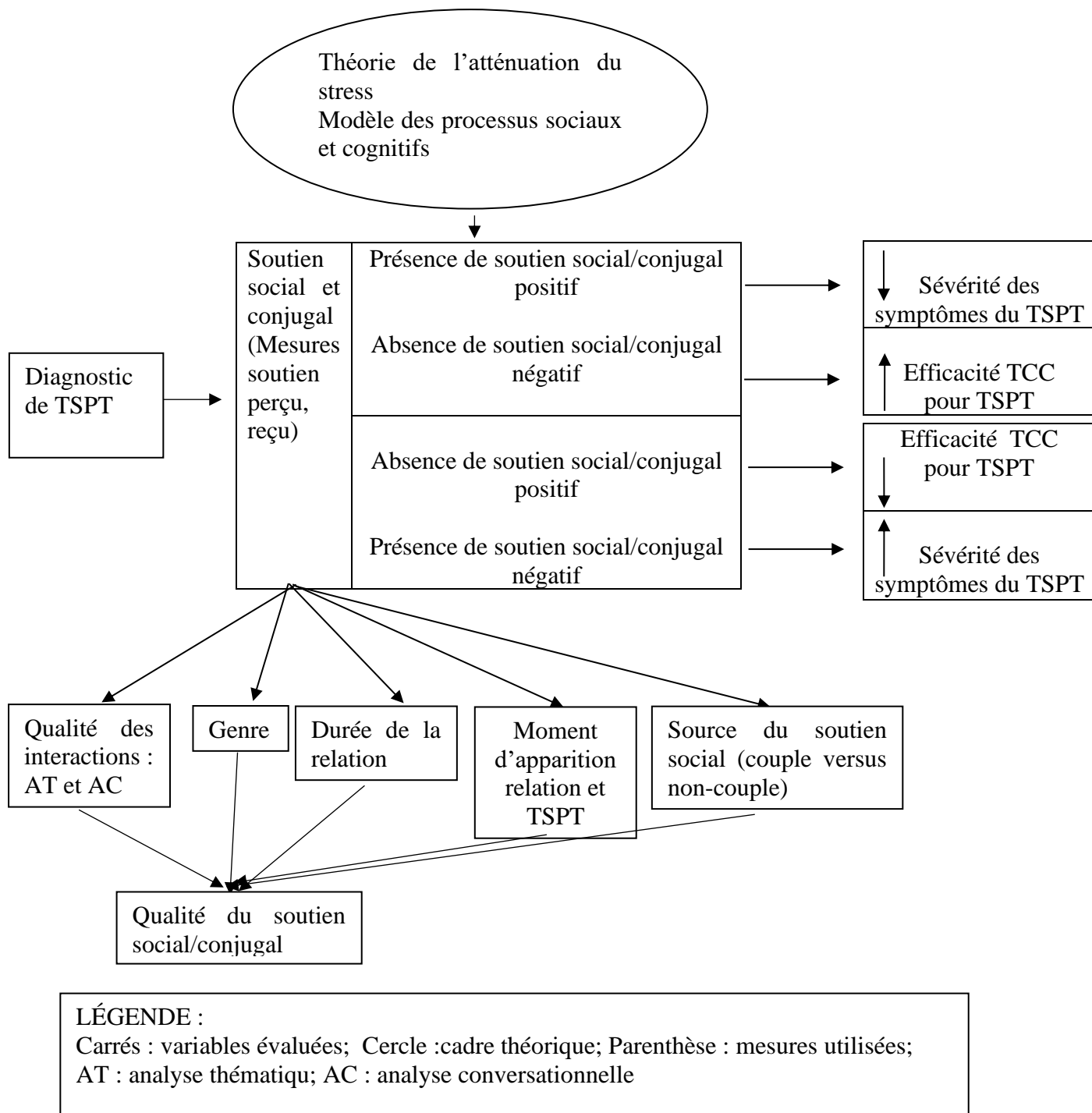
Enfin, une analyse croisant le contenu ainsi que la forme des interactions entre des victimes de TSPT et leurs proches permettrait aussi d'analyser les associations entre les codes thématiques et conversationnels selon une multitude de variables (e.x. le genre des victimes, le statut conjugal). Ces analyses aideraient alors à mieux comprendre les mécanismes sous-jacents au soutien social ainsi que les facteurs qui l'influencent. Par exemple, ces analyses permettraient de voir les thèmes qui sont plus spécifiques à une dyade formée par une victime femme et dont le proche est un conjoint. Ces analyses offriraient ainsi une étude plus spécifique et approfondie du soutien social, selon le type de dyade et/ou le genre de la personne, par exemple. Toutefois, à notre connaissance, aucune étude qualitative en psychologie n'a été faite sur des interactions entre des personnes souffrant de TSPT et leurs proches.

1.8.3 L'apport de combiner les approches quantitatives et qualitatives dans la compréhension du TSPT

La présence d'analyses de données à nature qualitative et quantitative sur le même échantillon peut également être fructueuse si l'on procède à des croisements (par triangulation) entre les résultats des deux approches. Ceci permettrait alors d'étayer davantage la pertinence de nos résultats, puisque ceux-ci seraient soutenus par différents niveaux d'analyses et d'observations que nous estimons complémentaires. En effet, les résultats de la recherche qualitative proviennent davantage d'analyses exploratoires effectuées à partir d'observations très contextuelles et dépourvues le plus possible de préconceptions tandis que les analyses quantitatives visent plutôt à confirmer ou infirmer des hypothèses précises de recherche issues de l'état actuel de la

littérature. Pour un visuel du modèle général sur lequel cette recherche se base, voir la figure 1.1.

Figure 1.1.

Modèle général de la recherche

1.9 Objectifs de l'étude

En vue de combler les lacunes identifiées dans les écrits scientifiques, cette thèse doctorale utilisera un devis mixte combinant des analyses qualitatives et quantitatives (Creswell & Clark, 2011) dans lequel les dimensions suivantes du soutien social seront intégrées: le type (ex. émotionnel, informationnel, tangible), la nature (soutien positif versus négatif), et la source (couple versus non-couple). Différents instruments de mesures quantitatives se rapportant au soutien perçu et reçu (questionnaires autorapportés, grilles de codification, codes thématiques et conversationnels) seront également utilisés. Ces dimensions et instruments de mesure seront par la suite mis en lien avec la qualité du soutien, la sévérité des symptômes, ainsi que l'efficacité d'une thérapie de type TCC.

Des données secondaires recueillies à l'Institut de recherche en santé mentale de Montréal (IUSMM) permettront de répondre aux objectifs suivants. Un premier article qualitatif analysera le contenu et la dynamique d'interactions filmées entre les participants et un proche de leur choix afin d'explorer la qualité du soutien social et conjugal. Cet article se veut exploratoire et offre une compréhension des différents facteurs qui, selon nos observations, influencent la qualité du soutien social et conjugal dans notre échantillon. Ces facteurs sont la source (ex. amis/familles/conjoint) ainsi que la qualité des interactions entre la personne accompagnante et la personne souffrant de TSPT sur la qualité du soutien apporté. Les articles suivants seront davantage axés sur le lien qui unit les différentes dimensions du soutien social et leur impact sur le TSPT. Un article quantitatif visera par la suite 1) à déterminer si la sévérité des symptômes du TSPT est influencée par la qualité du soutien social. Des mesures de soutien perçu et reçu seront utilisées. 2) Comme le soutien social et la sévérité des symptômes sont influencés par le type de relation (ami/es, famille conjoint/e), cet article explorera également l'influence des différentes sources de soutien (couple vs

non-couple) sur la sévérité des symptômes. 3) Cet article étudiera aussi l'association entre le soutien perçu et reçu. Finalement, une recension systématique des écrits permettra d'étudier le lien qui unit le soutien social et l'efficacité d'une TCC pour le TSPT.

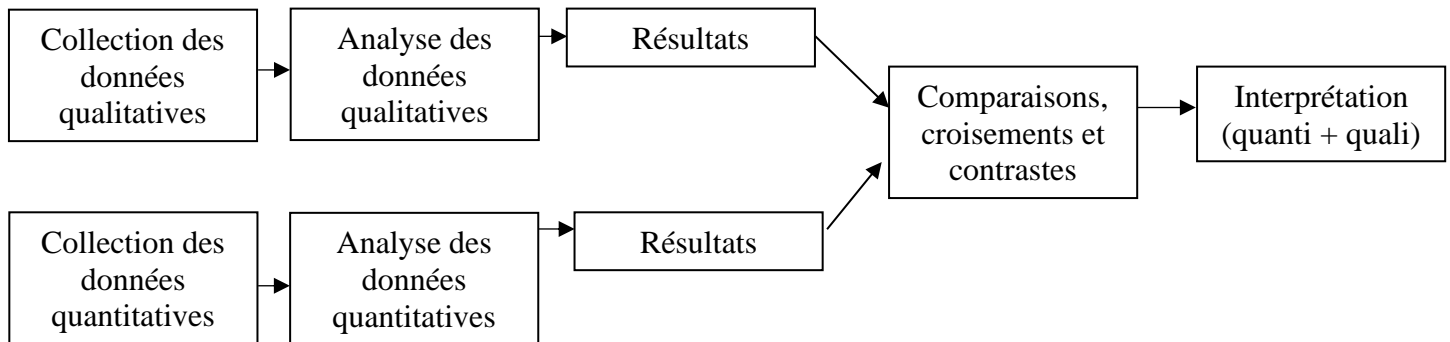
1.10 Méthodologie

1.10.1 Design de recherche

Cette étude se fera à l'aide d'un design mixte, adapté à l'exploration du phénomène sous étude (Creswell & Clark, 2011). Plus précisément, c'est le design de triangulation (*Triangulation design*; Creswell & Clark, 2011) ou convergent (*Convergent*; Creswell & Clark, 2018) qui a été choisi. Dans ce design, nous collecterons et analyserons deux bases de données distinctes, quantitatives et qualitatives. Les résultats des analyses seront par la suite croisés et/ou combinés lors de la phase d'interprétation. Dans ce design, les données quantitatives et qualitatives sont recueillies de façon parallèle, en une seule phase, sans qu'une des deux approches ait un ascendant sur l'autre. Sur le plan philosophique général (*worldview*), la posture adoptée est pragmatique (Morgan, 2007). Sur le plan épistémologique, elle est post-positiviste (Miles & Huberman, 1994).

Figure 1. 2

Représentation du design de type convergent



Creswell & Clark (2011, p. 63)

1.11 Participants

1.11.1 Caractéristiques sociodémographiques

Les participants de cette étude sont 52 personnes avec un diagnostic principal de TSPT et leur principale source de soutien (partenaire de vie, membre de la famille ou un ami). De ces 52 personnes, 40 sont des femmes et 12 sont des hommes. Cette proportion est plutôt représentative puisqu'on trouve généralement deux fois plus de femmes que d'hommes ayant un diagnostic de TSPT. Pour ce qui est de l'état civil des participants, 38 dyades sont des couples hétérosexuels tandis que les 11 autres participants sont accompagnés soit par un membre de la famille et/ou un(e) ami(e). Les critères d'inclusion des participants pour cette étude sont: 1) un diagnostic principal de TSPT (trouble associé accepté sauf exception; voir critères d'exclusions), 2) les participants doivent avoir entre 18 et 65 ans, 3) doivent parler et écrire soit le français ou l'anglais et 4) avoir un proche de leur choix qui accepte de participer avec eux à l'étude. Pour ce qui est des critères d'exclusion, les participants souffrant de troubles de santé mentale

et physique suivants ont été exclus: 1) psychotiques, 2) somatoformes, 3) des conduites alimentaires ou 4) médicaux ou induit par une substance. De plus, afin d'éviter une augmentation problématique de conflits, les participants avec une histoire passée ou présente de violence conjugale ont aussi été exclus.

1.11.2 Recrutement

Les participants ont principalement été recrutés à partir du Centre d'étude sur le trauma (CET) du Centre de recherche de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal (IUSMM). Les participants ont pu aussi prendre connaissance de cette étude par les façons suivantes: par le module d'évaluation liaison de l'Hôpital de jour de l'IUSMM ainsi que par le biais d'annonces payées dans les journaux (ex. Journal Métro, Voir, et Le Devoir) ou d'affiches apposées dans plusieurs polycliniques et universités de l'île de Montréal (ex. UQAM et UDM). Le recrutement s'est effectué de 2007 à 2010.

1.12 Instruments de mesure

1.12.1 Données sociodémographiques et médicales

Un questionnaire sur les données sociodémographiques (ex. âge, statut conjugal, durée de la relation, histoire du trauma, etc.) et médicales des participants créé par le CET a été passé sous forme d'entrevue par l'étudiant responsable de la recherche initiale.

1.12.2 Diagnostics principaux et secondaires

1.12.2.1 L'entrevue clinique structurée pour les troubles de l'Axe I du DSM-IV (SCID-I; Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1995)

Le SCID-I a été administré par des cliniciens experts (psychologues du CET ou étudiants à la fin de leur doctorat) dans le but d'évaluer la présence d'un diagnostic de TSPT ainsi que des autres troubles associés. Le SCID-I consiste en une entrevue durant laquelle le clinicien suit une liste de questions qui correspondent aux critères diagnostics pour chaque trouble de l'axe 1 du DSM-IV, ce qui lui permet de cerner la présence ou non d'un trouble. La validité de convergence de la version originale anglaise avec le jugement de cliniciens expérimentés (κ) est de 0,61 (Basco et al., 2000). La fidélité interjuges (κ) varie de 0,57 à 0,88 tandis que la stabilité temporelle (κ) varie de 0,35 à 0,78 (Zanarini et al., 2000). À notre connaissance, aucune étude sur les propriétés psychométriques de la version française ont été effectuées.

1.12.2.2 Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS; Blake et al., 1990)

L'échelle de Blake et collègues (CAPS, 1990) a été administrée par un clinicien du CET. Le CAPS est utilisé afin d'établir un diagnostic de TSPT, ou pour mesurer la sévérité des symptômes de TSPT sur un continuum. Dans la présente étude, le CAPS a été utilisé pour confirmer le diagnostic de TSPT et pour mesurer la sévérité des symptômes. Il s'agit d'une entrevue structurée qui comprend 30 items qui correspondent aux trois grandes catégories décrites par le DSM-IV-TR (APA, 2000). Les items sont évalués selon la fréquence et l'intensité telle que vécue dans le dernier

mois par l'individu et sont gradués sur une échelle de Likert de cinq points allant de 0 à 4. De plus, cette entrevue inclut des données sur la détresse subjective et le niveau de fonctionnement de l'individu. La version originale du CAPS a démontré de bonnes propriétés psychométriques. L'instrument a présenté des coefficients de cohérence interne variant de 0,73 à 0,85 et un indice d'accord interjuges variant de 0,92 à 0,99, pour les trois catégories de symptômes (Blake et al., 1990). De plus, le CAPS corrèle fortement avec l'échelle Mississippi (0,70; Keane, Caddell, & Taylor, 1988) et l'échelle PK du MMPI (0,84; Keane, Malloy, & Fairbank, 1984), deux mesures de TSPT (sévérité et diagnostic de TSPT). Ceci démontre ainsi une bonne validité convergente (Blake et al., 1990). Une analyse de validité attestant des qualités psychométriques de la version française de l'instrument n'est pas disponible.

1.12.2.3 The Modified PTSD Symptom Scale-Self-report (MPSS; Falsetti, Resnick, Resick, & Kirkpatrick, 1993)

L'échelle modifiée des symptômes de stress post-traumatique (MPSS, Falsetti et al., 1993) est une échelle qui contient 17 items. Elle vise à mesurer l'intensité des symptômes du TSPT à partir de leur fréquence et leur sévérité. Les items de cette échelle correspondent aux critères principaux du TSPT présents dans le DSM-IV-TR: la réexpérience de l'événement traumatique, l'évitement et l'hyperactivité. Chaque item est coté avec la note de zéro (aucune) à trois (beaucoup) pour la fréquence ainsi qu'avec la note de zéro à quatre pour la sévérité associée. Le score total peut varier de zéro à 119. La version originale de cette échelle présente des coefficients de cohérence interne (α) de plus de 0,92 (Falsetti et al., 1993), ainsi qu'une bonne validité de convergence ($r = 0.79$) avec le SCL-90-R PTSD scale (Coffey, Dansky, Falsetti, Saladin, & Brady, 1998). La traduction canadienne-française, jugée conforme en validité à l'originale, a

aussi présenté des bons coefficients de cohérence interne ($\alpha = 0,92$ à $0,97$) ainsi qu'une excellente fidélité test-retest de $r = 0,98$ (Stephenson, Marchand, Marchand, & Di Blasio, 2000).

1.12.3 Soutien social et conjugal

1.12.3.1 Questionnaire sur les comportements de soutien en situation d'anxiété (QCSA; St-Jean Trudel, Guay, Marchand, & O'Connor, 2005)

Ce questionnaire autorapporté mesure la perception des participants quant à la fréquence des différents comportements de leurs partenaires en situation de stress. Ces comportements sont divisés en trois facteurs qui sont 1) la critique et les stratégies coercitives (ex. est impatient avec moi, 2) l'aide dans la gestion de l'anxiété (ex. interrompt ce qu'il-elle faisait pour m'accommoder), et 3) le renforcement ainsi que la distraction (ex. essaie de me faire oublier mon problème). Les participants répondent sur une échelle d'un (jamais) à cinq (toujours). Les trois facteurs peuvent aussi être divisés dans les sous-échelles des comportements soutenant (aide dans la gestion de l'anxiété, renforcement et distraction) et contre-soutenant (la critique et les stratégies coercitives). La version originale française a démontré une bonne consistance interne avec des alphas de Cronbach variant de $0,76$ à $0,87$ (St-Jean Trudel et al., 2005). La sous-échelle négative présente une consistance interne de (α) $0,76$ tandis que la sous-échelle positive présente une consistance interne de (α) $0,87$ et $0,77$ (représentant les facteurs aide et gestion ainsi que renforcement et distraction, respectivement). Pour ce qui est de la validité de convergence, les deux dimensions de cette échelle corrèlent de façon modérée avec l'Échelle de provisions sociales, soit de $0,42$ pour la dimension positive et de $-0,47$ pour la dimension négative (St-Jean Trudel et al., 2005), ce qui est

attendu puisque le QCSA est une mesure beaucoup plus spécifique que l'Échelle de provisions sociales. En effet, le QCSA vise à explorer une fonction particulière du soutien social, c'est-à-dire en temps de stress (mesure spécifique, voir section sur soutien social pour définition des types de mesure de soutien social) tandis que l'ÉPS examine une fonction plus globale du soutien social (ex. à quel point une personne se sent intégrée dans son réseau social), ce qui explique que ces deux échelles ne corrèlent que de façon modérée. Cette échelle présente une bonne fidélité test-retest (r varie de 0,56 à 0,69 dans un échantillon clinique avec un TSPT; Guay et al., 2011).

1.12.3.2 Échelle de provisions sociales (ÉPS; Cutrona & Russell, 1987)

L'échelle de provision sociale est un questionnaire auto-rapporté qui sert à mesurer la perception de la qualité du soutien que les participants ont de leur entourage et à quel point la personne se sent intégrée dans son entourage. Ce questionnaire est composé de 24 items qui mesurent six dimensions du soutien social, précisément l'attachement, l'aide tangible, les conseils, l'intégration sociale, l'assurance de sa valeur et le sentiment d'être utile. La version originale anglaise et la version traduite française ont démontré une excellente consistance interne ($\alpha = 0,85$ et $0,96$, respectivement; Caron, 1996; Cutrona & Russell, 1987). La version anglaise présente un coefficient (r) de fidélité test-retest de $0,86$ (Cutrona & Russel, 1987). Pour ce qui est de la version française, elle a démontré une bonne fidélité test-retest ($r = 0,66$), ainsi qu'une bonne validité de construit, avec des corrélations entre les différentes dimensions variant $0,31$ à $0,66$, et des corrélations en lien avec le score global de soutien variant de $0,61$ à $0,83$. Finalement, pour ce qui est de la validité convergente, cette échelle est en mesure de faire la discrimination entre différentes populations (Caron, 1996).

1.12.3.3 The Locke and Wallace Marital Adjustment Test (LWMAT; Locke & Wallace, 1959)

Ce questionnaire autorapporté est composé de 15 items qui couvrent plusieurs domaines du fonctionnement conjugal qui sont divisés dans les sous-échelles suivantes: les désaccords, la communication, le temps pour les activités et les regrets par rapport au fait de se trouver dans cette relation. Les participants répondent de deux façons sur cette échelle. La première partie consiste en un choix de réponse (ex. "1. When disagreements arise, they usually result in: (a) husband giving in, (b) wife giving in (c) agreement by mutual give and take"). La seconde partie est une échelle de type Likert de 0 à 4 (ex. "Handling family finances", do you always agree, almost always agree, occasionally disagree, frequently disagree, always disagree). Cette échelle est l'une des plus utilisées dans le domaine de l'ajustement conjugal et la version originale anglaise a démontré une bonne cohérence interne, avec un coefficient α de 0,83 (Cross & Sharpley, 1981). Pour ce qui est de la version française (Wright & Sabourin, 1985), elle a aussi démontré une très bonne consistance interne tant pour les hommes que pour les femmes ($\alpha = 0,81$ à $0,89$ et $0,73$ à $0,87$, respectivement) ainsi qu'une très bonne fidélité test-retest pour les hommes et les femmes ($\alpha = 0,82$ et $0,84$ respectivement; Freeston & Plechaty, 1997).

1.12.3.4 The Social Support Interaction Global Coding System (SCIS; Pizzamiglio, Julien, Parent, & Chartrand, 2001)

Cette échelle de codification est un instrument d'observation comportementale des processus de soutien social. Elle est composée d'une dimension négative qui inclut deux sous-dimensions (contre-validation/critique et retrait) et une dimension positive qui inclut six sous-dimensions (autodévoilement, demande d'aide, expressivité, attentif/ve lors de l'écoute, validation et proposition de solutions). Un score total peut être obtenu pour ces deux dimensions. De plus, cette échelle comprend aussi une dimension positive de la dyade qui évalue le couple en tant qu'unité interactive, appelé la synchronie interactionnelle. La codification de cette échelle se fait par des observateurs formés qui jugent les différents comportements observés sur une échelle d'un (très bas) à cinq (modéré) à neuf (haut). Une étude de Julien et al. (1998) a montré que la version originale française avait une très bonne fidélité interjuge ($r = 0,84$) ainsi qu'une très bonne consistance interne avec des alphas de Cronbach variant de 0,66 à 0,94. Pour cette étude, une version plus adaptée aux symptômes du TSPT ainsi qu'à la nature de la tâche (voir section procédure) sera utilisée. Plus précisément, cette version-ci comprend six dimensions positives: 1) la description du problème; 2) l'expression d'émotion; 3) l'attention/écoute; 4) l'accord/validation/soutien émotionnel; 5) la proposition positive et 6) l'implication comportementale. L'instrument comprend aussi quatre dimensions négatives: 1) la proposition négative; 2) l'affect dysphorique; 3) la contre-validation et 4) le retrait/passivité. Enfin, il comprend également deux dimensions dyadiques: la Synchronie interactionnelle, qui est positive, et le changement de sujet lors de la discussion, qui est négatif. Une étude préliminaire faite auprès de 20 couples dont l'une des personnes a un TSPT a montré une bonne fidélité interjuge avec des coefficients Kappa variant de 0,57 à 0,69 pour les trois dimensions dont la distribution est asymétrique chez les deux partenaires et des CCI variant entre 0,59 et 0,90 pour les autres (Lehoux, Guay, Chartrand, & Julien, 2007). Finalement, les résultats de cette étude semblent indiquer que cet instrument présente une bonne validité de construit. En effet, il a été trouvé que les victimes émettent significativement plus d'énoncés incluant une description du problème, l'expression d'émotions et un affect dysphorique. Ces résultats sont congruents avec le rôle de victime. De plus, des

corrélations de Pearson ont été effectuées entre les victimes et leurs conjoints sur les différentes dimensions. Certaines dimensions corrèlent positivement (ex. expression d'émotion) tandis que d'autres ne sont pas reliées (ex. description du problème), ce qui semble indiquer que les dimensions représentent bien le rôle de chacun au sein de la dyade (Lehoux et al., 2007). Finalement, une bonne validité convergente avec des mesures autoadministrées a aussi été démontrée. Par exemple, les items «proposition négative», «contre-validation», et «retrait» corrèlent de façon significative ($r = 0,49-0,62-0,56$, respectivement) avec la dimension coercition/critique du QCSA présenté plus haut (Lehoux et al., 2007).

1.13 Procédure et collecte de données

Les participants (personnes avec un TSPT) étaient recrutés à partir du CET. Pour les participants intéressés à cette étude, une première sélection était effectuée au téléphone par la Coordinatrice de recherche du CET, qui leur posait une série de questions. Ces questions portaient sur sept catégories soient: problèmes cognitifs et traumatismes, problèmes médicaux, antécédents psychiatriques et consultations antérieures, consommation, stressseurs psychosociaux, objectifs et attentes thérapeutiques et histoire de vie. Les participants admissibles et toujours intéressés par l'étude recevaient alors par courriel les formulaires d'autorisation et de consentement. Lorsque ces modalités étaient complétées, les participants devaient se présenter une première fois à l'IUSMM où ils passaient le SCID-I et le CAPS afin de déterminer leur admissibilité à l'étude en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion. Ceci était fait par un(e) psychologue expérimenté(e). Par la suite, on remettait tous les questionnaires autorapportés (MPSS, PBQ, QCAS, ÉPS, LWMAT; pour les gens dont le proche était un partenaire de vie) aux participants avec un TSPT afin qu'il les complètent à la maison. On leur indiquait

de remplir ses questionnaires seul. Lorsque cette étape de l'étude était complétée, tous les participants recevaient 20\$ comme compensation pour le temps alloué à l'étude.

Par la suite, les participants avec un TSPT et le proche de leur choix revenaient à l'IUSMM pour la passation des discussions filmées. L'expérimentateur encourageait au préalable les participants à préserver leurs habitudes régulières d'alimentation et de consommation de substances pour les 24 heures précédant l'arrivée au centre. De plus, une bonne nuit de sommeil avant le jour de l'étude était encouragée. Lors de l'arrivée au centre, les questionnaires remplis par les participants à domicile étaient remis à l'expérimentateur, qui les vérifiait par la suite et répondait aux questions s'il y avait lieu. Par la suite, les participants passaient le questionnaire relatif aux données sociodémographiques et médicales. C'est aussi à cette étape que les proches des participants remplissaient le formulaire de consentement et celui du LWMAT (pour les partenaires de vie seulement). Aucun autre questionnaire n'était administré aux proches.

Les discussions filmées se sont faites en quatre étapes. Premièrement, les participants restaient seuls dans la salle pour un temps de deux minutes. Puisque l'étude originale comportait des mesures physiologiques², ces deux minutes servaient à prendre une mesure de base pour chaque participant. Par la suite, le proche rejoignait le participant dans la salle et ceux-ci devaient avoir une conversation d'environ 10 minutes sur un sujet neutre. Plus précisément, ce sujet ne devait pas être en lien avec le trauma, ni être un sujet conflictuel ou une source potentielle de stress pour le participant. Ces 10 minutes servaient aussi à ce que les participants se sentent à l'aise devant la caméra et avec le déroulement de l'étude. Par la suite, les participants devaient avoir une

² À l'aide d'un électrocardiogramme, des mesures de rythme cardiaque (moyenne des fréquences cardiaques) étaient enregistrées. Cependant, cette variable ne sera pas utilisée dans cette étude.

discussion dite «active» d'environ 15 minutes. Pour cette étape, la consigne suivante était donnée: «parlez du trauma et de ses impacts, de comment vous vousentraidez et de comment vous entrevoyez l'avenir». La fonction première de ces conversations visait à susciter une certaine anxiété chez les participants ainsi que du soutien de leur proche. Finalement, la dernière étape consistait encore une fois à laisser le participant seul pour une période de deux minutes dans la salle, afin de prendre une mesure de base de sa fréquence cardiaque. À la fin de ces étapes, les participants et leurs proches étaient tous les deux rémunérés à un tarif de 20\$ pour leur participation à cette étude. De plus, un compte-rendu était fait à propos des dimensions conceptuelles de l'étude et une brève séance de psycho-information était fournie, ainsi qu'un livre sur les troubles anxieux. Il est à noter que les étapes de collecte de données présentées plus haut ont été effectuées par l'étudiant responsable de l'étude originale.

Par la suite, la collecte des données qualitatives a été entreprise par l'autrice de cette thèse. Cette collecte a été effectuée à partir des conversations de 15 minutes dites «actives» entre les participants et leur proche. Une assistante de recherche a d'abord fait la transcription écrite des conversations à l'aide du logiciel Inqscribe. La méthode de Jefferson (2004) a servi de guide lors de cette étape. Cette méthode vise à rester le plus près possible du discours des participants en notant tant le verbal que le non verbal (hésitations, durée des silences, rires, empiètement de propos). De plus, une liste des codes de transcription a aussi été créée afin d'assurer l'homogénéité des transcriptions. Subséquemment, des analyses thématiques (de contenu/thème; Paillé & Mucchielli, 2012; Boyatzis, 1999) et conversationnelles (propriétés formelles du discours; Hutchby & Wooffitt, 2008) ont été appliquées. Plus précisément, un échantillon de 12 vidéos couvrant toutes les conditions de l'étude (vidéos de couples versus non-couple, avec une diversité de genres et de durées de relation) a d'abord été codifié de façon inductive (analyse thématique), ce qui a mené à l'élaboration d'un arbre thématique. Une réorganisation majeure de l'arbre visait par la suite à solidifier

ce dernier afin qu'il comprenne un ensemble de codes et de catégories non redondant et exhaustif. Une discussion avec une assistante de recherche a également permis de valider la stabilité des codes et des catégories de l'arbre. Des changements étaient apportés au besoin. Les codes et les catégories étaient ensuite appliqués au reste des vidéos de façon itérative. L'analyse conversationnelle a finalement été appliquée à l'ensemble des vidéos.

CHAPITRE II

TITRE DU CHAPITRE II

Manuscript Number: EJTD_2019_16R1

A qualitative analysis of the quality of social and marital support for PTSD victims

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

European Journal of Trauma & Dissociation

Editor and Reviewer comments:

In recent years, many authors have written on the importance of analyzing social support when it comes to understanding PTSD patients. However, the effects of important aspects of the social support construct itself, such as the source of support and its underlying psychosocial processes, remain relatively unexamined. Using a qualitative design, this study sought to explore social support processes between PTSD patients and their relatives. More specifically, thematic and conversational analysis were performed on filmed interactions between 48 PTSD patients and an accompanying person (AP) of their choice. Results indicated that female PTSD patients generally presented a higher frequency of negative interactions than male diagnosed with PTSD. Moreover, couples generally experienced more negative social support compared to non-couples. Finally, it was found that the length of the relationship as well as the onset of the PTSD (before or after the beginning of the relationship) influenced the quality of the interactions for couples in this sample. To our knowledge, this study is one of the few qualitative research that has been made on interactions between PTSD patients and their relatives. This study also offers an innovative point of view on the social processes underlying marital and social support, such as the impact of the length and moment of apparition of romantic relationships on the quality of support offered.

2.1 Introduction

In recent years, the relationships between social support and posttraumatic stress disorder (PTSD) onset, severity and recovery following psychotherapy have been studied extensively (Fredette, El-Baalbaki, Rikzallah, Palardy, & Guay, 2016; Guay et al., 2011; Ozer et al., 2003; Brewin et al., 2000). More specifically, the lack of support was shown to be a strong predictor of the development and maintenance of PTSD

symptoms (Ozer et al., 2003; Brewin et al., 2000). When looking at specific factors believed to influence the link between social support and PTSD, the scientific literature has looked at gender, marital functioning and the source of support, amongst others. Crevier, Marchand, Nachar, and Guay (2014) found that gender acted as a moderator of the links between interactional behaviors (perceived as either negative or positive social support) of individuals with PTSD and their concurrent depressive symptoms. Another study by Crevier, Marchand, Nachar and Guay (2015) also indicated that intimate partners (when compared to family and friends) were less involved and more often displayed signs of dysphoria and distress when interacting with people suffering from PTSD, which could influence on the quality of the support offered. Allen, Knopp, Rhoades, Stanley, and Markman (2018) found that specific symptoms of PTSD (e.g. emotional numbing) were linked to lower levels of marital functioning and higher marital conflicts, which has an influence on social support. Indeed, marital satisfaction was recently found to be associated with both positive and negative measures of social support (Fredette, El-Baalbaki, Rizkallah, & Guay, 2018), where higher marital satisfaction is associated with higher positive social support and lower negative social support. A systematic review of the literature also examined the link between marital and social support on the efficacy of CBT for PTSD and found that cognitive-behavioral couples therapy (CBCT) for PTSD could positively influence marital support (Fredette et al., 2016). These results thus suggest the influence of factors related to gender, the source of support, and marital interactions on the relation between social support and PTSD symptomatology.

2.1.1 Sources of support

Social support is derived from the social network of the person and can come from many sources, such as the family, the friends and the intimate partner. It can be

described as the quality of the interactions within an individual's social network (Guay et al., 2011). These different sources of support might as well have differing effects on the quality of support provided. For example, although the intimate partner is generally considered as the most important source of support (Denkers, 1999; Halford & Bouma, 1997), the impact of living with someone with PTSD in the long-term could affect the quality of the marital relationship and of the support offered. It is then possible that different relationships' lengths or dynamics might affect the quality of the support offered between intimate partners. The Couple Adaptation to Traumatic Stress (CATS) Model (Nelson Goff & Smith, 2005) inform us about the impact of traumas for couple. It stresses that the survivor's level of functioning or trauma symptoms will set in motion a systemic response that could result in secondary traumatic stress symptoms in the partner. Symptoms of secondary trauma in the partner may then intensify symptoms of primary trauma in the spouse. Moreover, the CATS Model proposes that adaptation to traumatic stress is dependent on the systemic interaction of three primary concepts: Individual level of functioning, predisposing factors and resources, and couple functioning. Based on this model, couples who were together for a long time before the traumatic event might provide a different type of support compared to couples who met shortly after the traumatic event and are still at an early stage of their relationships. Indeed, more severe pre-existing problems in long-term relationships (predisposing factors) and high stress associated with the impact of the trauma might combine and reduce the quality of support offered to PTSD patients. In other words, couples whose level of resources was low before the trauma (e.g. lack of positive coping strategies) might combine with the stress associated with the trauma to reduce adaptation. Moreover, it is possible that friends and relatives provide more positive social support in general as the frequency of their encounters with PTSD patients is lower or that they are less emotionally involved in patients' everyday life. The attachment system is also believed to influence traumatic experiences and adjustment (Marshall & Frazier, 2019). For example, individuals with insecure or avoidant attachment orientations might rely on negative coping strategies, like exaggerating the seriousness of the trauma (insecure)

or downplaying their distress (avoidant) because they are typically unable to obtain the support and security feeling that they need (Marshall & Frazier, 2019). The presence of a family member or a friend with whom the attachment orientation might be more healthy could potentially reduce the impact of a negative early attachment orientation. However, these hypotheses remain to be tested.

2.1.2 Type of support

Another important aspect when considering social support is the type of support provided. Indeed, social support providers can unintentionally be unhelpful and negative in their attempt to be supportive (e.g. being critical, blaming, avoiding; Scarpa, Haden, & Hurley, 2006). According to Ray (1992), the type of support has a different impact on anxiety, whereas positive social support is negatively correlated with anxiety while negative social support has a positive correlation. Positive social support refers to supporting behaviors such as listening to the other person, validating, and proposing positive solutions whereas negative social support is characterized by non-supporting behaviors such as criticism, dominance and rejection (Guay, Marchand, & O'Connor 2003; Pizzamiglio et al., 2001). Negative social support has also been described as negative social interactions, interpersonal frictions, interpersonal stress and social constraints (Guay et al., 2011). The type of support (negative versus positive) is thus determined by the nature of the behaviors and the content of the message of the social support provider. The impact of negative social support on PTSD symptoms severity more specifically have been described by a few authors (Fredette et al., 2018; Guay et al., 2011). Moreover, Nickerson et al. (2017) found that PTSD symptoms severity predicted subsequent increases in negative social support as well as decreases in perceived positive social support across time. These studies thus point to the divergent impact of the type of social support in relation to PTSD. However, only a few studies

have included a measure of negative social support, and factors related to the different sources of support (e.g. gender, type of relationships) in relation to the provision of negative social support are not well known.

2.1.3 Methods for assessing social support

When assessing social support, most studies analyze perceived social support, which refers to one's perception of the quality of his/her social support. Few authors have assessed received social support, which refers to provided social support to the patient. Received social support is usually assessed with observational measures. For example, Lehoux and colleagues (2007) adapted an observational coding system (Système de codification des interactions de soutien - Macroscopique; SCIS-M, by Pizzamiglio et al., 2001) for people suffering from PTSD, which was subsequently used in many studies in order to assess received social support (Crevier, Marchand, Nachar, & Guay, 2015; Crevier, Marchand, Nachar, & Guay, 2014; Guay, Nachar, Lavoie, Marchand, & O'Connor, 2017). Qualitative methodologies, like thematic and conversational analyses, could also inform us on the difference between perceived and received social support. Indeed, the analysis of discourse content could assess the perception of social support whereas conversation analyses of interactions could provide insight into the quality of social support offered to PTSD patients. Yet, the authors of this article are not aware of other studies using such methodologies to analyze perceived and received social support in the field of traumatology.

2.2 Objectives

Although a considerable amount of research was made on the link between PTSD and social support, the effects of important aspects of the social support construct itself, such as the source of support and its underlying psychosocial processes (such as dyads' dynamics or interactions), remain largely unexamined. The objective of the present study is thus exploratory in nature and attempts to qualitatively describe the type and quality of social and marital support provided and perceived during an interaction between a PTSD patient and a AP of their choice.

2.3 Methodology

2.3.1 Participants

Participants in this study were 48 dyads composed of a person with a main diagnosis of PTSD (PDP) and a person (accompanying person; AP) of their choice, which could either be an intimate partner (spouse/loved one), or a non-intimate partner like a family member or a friend. Inclusion criteria were the following: having a main diagnosis of PTSD, being aged between 18 and 65, being able to write and speak in either French or English, and having an AP who is willing to participate. The Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS; Blake et al., 1990)³ was used to diagnose the presence of PTSD. People were excluded for the following reasons: being psychotic, having a somatic

³ The original version presents good psychometric properties. It presents good internal consistency coefficients (varying from $\alpha = 0.73$ to 0.85) as well good inter-rater reliability ($r = 0.92$ to 0.99) for all three categories of symptoms (Blake et al., 1990). Moreover, the CAPS has good correlations with the Mississippi scale ($r = 0.70$; Keane, Caddell, & Taylor, 1988) and PK sub-section of the MMPI (0.84 ; Keane, Malloy, & Fairbank, 1984), which demonstrates good convergent validity (Blake et al., 1990).

symptom and related disorder, having an eating disorder, an organic disorder or a disorder induced by medication. Moreover, participants with a history of marital violence were excluded in order to prevent a dangerous escalation of conflicts during the experiment. For a description of participants in this study, see Table 2.1

Table 2.1

Participants characteristics

	Couples, $n = 36$	Non-Couples, $n = 36$
	<i>n</i>	
Gender of participants		
PDP = Female; AP = Male	27	0
PDP = Male; AP = Female	8	1
PDP = Female; AP = Female	1	9
PDP = Male; AP = Male	0	2
Length of the relationship		
Short(0-5 years)	15	N/A
Medium (5-15 years)	11	N/A
Long (16 and over)	10	N/A
Relationship started before occurrence of the trauma	31	N/A
Relationship started after the trauma	5	N/A

2.3.2 Data collection and analysis

This study was carried out at the Centre d'étude sur le Trauma of the Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (IUSMM) between 2007 and 2010. The data used are part of a larger study (secondary data) that aimed to evaluate the physiological correlates of anxiety during a filmed interaction between two people. Participants (PDP and AP) were first asked to enter the room and to have a neutral discussion during approximately 10 minutes. Then, they were asked to have an active conversation for approximately 15 minutes. For the neutral discussion, the instruction was to avoid themes that normally create conflicts or disagreements. As for the active

conversation, the following instructions were transmitted to the participants: “Talk about the trauma and its impacts, about how you help each other out and how you imagine the future”. Only the active conversations were analyzed for the purpose of this study. First, a complete transcription of the discussions was made with the software program Inqscribe. In order to make transcriptions as uniform as possible, preprocessing was necessary. A standardized sheet was thus created in order to standardize the transcription process as much as possible (Appendice A). In order to apply a conversation analysis, the method of transcription followed, albeit in a less strict manner, was the Jefferson method (Jefferson, 2004), with the aim of staying as close as possible to the speech of the participants (e.g. gabbling, hesitations, silence duration, overlapping talk)⁴. All the coding, thematic and conversational, was conducted with the software QDA Miner. First, a thematic analysis was conducted following a sequential coding gait in order to analyze the content of the discourses (Paillé & Mucchielli, 2012; Boyatzis, 1998). More precisely, open coding was first made on a small sample while staying as close as possible to the discourses of the participants. Then, a thematic tree was inductively built which comprised many hierarchical levels of codes and categories. The small sample consisted of 12 videos that were chosen in order to have the most varied discourse content videos and because they covered all of the different conditions of the study (e.g. couples, non-couples, families, friends, different lengths of the relationships). Then, major revisions were conducted in order to solidify the tree (merging, renaming, changing the hierarchical levels or suppressing codes in order to have the most exhaustive and non-redundant collection of codes). Codes and categories were then presented to another researcher in order to approve of their stability, changes were made if necessary. Codes were then

⁴ It is of note that language used by participants was either French or English. For the purpose of the readability of the article, verbatim quotes are going to be presented in translated English with only relevant transcription marks.

applied to the rest of the videos in the most inductive and iterative manner possible. Moreover, an effort was made in order to understand social support in terms of positive/negative perceptions. A conversational analysis of the transcript was also carried on all active conversations in order to analyse the interactions found within the discourses of participants (Hutchby & Wooffitt, 2008). The construction of conversational codes was more deductive in nature. Indeed, analysis was based on Hutchby and Wooffitt's guidelines while looking for the formal properties (verbal and non-verbal) of discourses. Similar to the thematic analysis, dynamics were grouped under neutral, positive or negative types of interactions and comprised only two levels of categories and codes. See Tables 1.2 and 1.3 for a summary of thematic and conversational codes. This study was conducted under a post-positivist posture in qualitative research (Miles and Huberman, 1994) and followed mostly data management and analysis methods (Ryan and Bernard, 2000).

Table 2.2

Thematic tree of social and marital support

Negative social support		
Category	Examples of codes	Extract
Incomprehension	Misunderstood by the significant other	PDP: <i>"I thought it was difficult that you did not understand me"</i>
How help is provided	Put pressure on	PDP: <i>" on the other hand...you know you really want me to go back to work and do something with my life I feel pressured because..."</i>
Judgement	Feeling judged	PDP: <i>"and feeling judged by my boyfriend...because you, you you don't think it's normal...to have after-effects"</i>
Non-validation	Deal with problems differently	AP: <i>"If it happened to me (the trauma)...I don't think that I would be affected by it"</i>
Bad advices	Have to go back to work	PDP reporting other people' comments: <i>"Go back to work it's gonna get better"</i>

Blaming	Spouse's blaming	PDP: <i>"He is mad (the boyfriend) because he can't sleep, he tells me but what do you think ? But what do you think you are not letting me sleep because you move for...you move you move you move you're not letting me sleep, you bother me, I need to sleep I have to go to work"</i>
Positive social support		
Comprehension	Flexible and understanding employer	AP: <i>"She is very humane hen ? I like her"</i>
Deal with the PDP' issues	Deal with mood swings	PDP: <i>"But you take them...you deal with it"</i>
How help was provided	Mutual help	AP: <i>"We have to continue...we have to help each other"</i>
Make things easier	Did not get through without AP	PDP: <i>"I am lucky to have you. SO: Why ? Victim: Because I would not have gotten through it, I would not be here..."</i>
Presence	Appreciate the presence of the AP	PDP: <i>"It's already a miracle that you are with me (laughing) given the circumstances"</i>
Listening	Paying close attention	PDP: <i>"When you listen to me, I feel less lonely"</i>
Validation	Validated by others	PDP: <i>"Police officers come to see me, who come to talk to me in the subway and tell me that I am a strong person and that they would not do my job"</i>
Good advices	Not to worry	PDP: <i>"I don't have to worry, everybody tells me to stop worrying for my future"</i>

Table 2.3

List of significant conversational codes

Tonalities	Neutral and positive	Surprised Pronounced with expression (!) Pronounced with an elevated tone of voice Calm tone of voice Uncomfortable With emphasis
	Negative	Exasperated/Impatient Sarcastic

		<ul style="list-style-type: none"> Irritable Yell Judging Aggressive Discouraged Passive-Aggressive Defensive Condescending Loudly
Non-verbal signs	Positive	<ul style="list-style-type: none"> Laughing Act of comforting Small laugh Joke
	Negative	<ul style="list-style-type: none"> To hold out kleenex box Sarcastic laugh Mean laugh Talking to the dog Expressing lack of compassion Signs of irritability Intense reaction
Non-supportive communication		<ul style="list-style-type: none"> Critique Non-validation (small) Being hostile Threats Non-Validation Small critique
Questions (negative)		<ul style="list-style-type: none"> No answer No direct answer Unexpected answer
Agreement		<ul style="list-style-type: none"> Agreements between partners (subjective from the researcher) Stating that they agree Approval
Disagreement		<ul style="list-style-type: none"> No agreement Mixed agreement Agreement becomes disagreement Agreement followed by "but" Contradicts the other State the disagreement
Dynamic of dyad	Positive	<ul style="list-style-type: none"> Saying thanks Invite the other to talk Repeat after what the other says Repair

	Finish other' sentence Continuer Offers advice Encouragement Reassurance Reformulation
Negative	<hr/> Theme conflict Attempt to end conversation Change topic Sequence break Domination Reiterate to prove his/her point Arguing Non-repair Directives Non-receptive to advices To make your point across Non-receptive Not in the topic Persist in order to have the last word
Active in the conversation	<hr/> Take the lead Refocus conversation on the right topic
Passive in the conversation	<hr/> Refuse to talk about the trauma Don't know what to say Refuse to take the lead Give responsibility of conversation to AP Refuses to talk
Gestures/expression that reflects support	<hr/> Tries to calm the other down Take defense of PDP Offers his/her help Offers his/her presence Invites the other to express his/her emotions Wanting to understand the other/Being understood Tries to convey hope Validate the other Encourages other not to be too harsh on him/her
Gestures/expression that reflects lack of support	<hr/> Positive words Ask to be heard Ask for help

2.4 Results

2.4.1 Thematic codes relating to social and marital support

2.4.1.1 Perception of support by the PDPs

An analysis of frequency of codes (how frequent a code is present within all of the cases⁵, expressed in percentage) revealed that approximately 37.50%⁶ of the sample naturally reported that *they lacked support*⁷ (all sources confounded) whereas only 23.00% of the sample reported that *they received some sort of support*. More specifically, when the PDP is a woman, the *lack of support* was reported in 39.00% of all cases, whereas the *presence of support* was discussed in 28.00% of all cases. When the PDP is a man, the *acknowledgement of support* was present in 8.00% of all cases and the *absence of support* was reported by 33.00% of all cases. Some differences also emerged. Male PDPs never reported in this study that they were *not supported by their AP*, that they *lacked mutual support* or that they would *need more support*, contrary to female PDPs. Moreover, male PDPs reported more *lack of support from their employer* than female PDPs. These results might thus indicate that men did not

⁵ One case refers to a single conversation (15 mins) between a PDP and his/her AP. Analysis could be performed on different granularity levels: among cases, on the paragraph level, etc. Then, they could be crossed with different types of comparisons: The speaker (PDP or AP), type of dyad (couple or non-couple), gender, etc.

⁶ Frequency analyses only refer to the percentage of a code being present on a specific granularity crossed or not with a type of comparison. In this context, formally the absence of a code means it was not expressed in the verbatims and thus its absence is not included in the analysis mainly because of its polysemy, among other reasons.

⁷ Italicized text represent the name of codes

perceive the presence of positive social support compared to women, who rather perceived a greater lack of social support. However, not all PDP expressed themselves about the presence or absence of social support, and thus we cannot conclude about their perceptions.

2.4.1.2 Co-occurrence analyses (Jaccard index⁸)

An analysis of co-occurrences of codes was made in order to see which codes co-occurred the most within a same conversation (case). When looking at the quality of the social support provided by the intimate partner, results indicated that when the PDP complains of *not being supported by intimate partner*, the most co-occurring codes (0.33) were *PDP relies excessively on the intimate partner*, *PDP refuses help, little or bad communication*, and *others don't see my distress*. PDP says “You were not helping me, you were not helping me at all. You were there...we did not talk (name of the AP). We did not talk anymore...” (video 38, *not being supported by intimate partner; little or bad communication*). The pattern seemed to differ when the PDP complains of *not being supported by other people* in general. PDP says “[...]the hospital were very bad to me, at that time...and a big chance she was there to support me {referring to lawyer} because nobody did” (video 46, *not being supported by other*). Codes that co-occurred the most were *not supported by family* (0.44), *feeling good alone* (0.33), *needing to talk* (0.30), *others don't talk about the trauma* (0.25)

⁸ A similarity measure between codes on a certain level of granularity (e.g. cases, paragraph). A comparison is computed between where (here case) both codes appear to where one of them appears (same weight given to both situation)

and *others don't see distress* (0.25). As for when the PDPs reported that they *not supported by family*, the most co-occurring codes were *Not supported by other* (0.44), and *others don't see distress* (0.30). PDP says "Its* very important for me you know to have you and I need support...I don't have that much you know my parents [theyre], AP says [hmm hmm] PDP says they avoid that all the time my brother I don't talk really him... heu with him about that." (video 46, *not being supported by family*). Barriers to support were also observed, that are either caused by the PDPs (e.g. *not wanting anybody around them*) or due to other people (e.g. *having to hide the trauma*). A regrouping was made with all codes relating to barriers to support and submitted to a within-case co-occurrence analysis. The most co-occurring code were *hide his/her emotions* (0.38) and *PDP female talking* (0.32). It thus appears that barriers to support were mainly expressed by female PDPs. For a summary of results, see Table 1.4. For extracts in their original and lienght forns, see appendice B.

Table 2.4

Summary of results for thematic code analyses

External factor N/A	Type of analyses Analysis of frequency (in %)		Results Lack of support: 37.5% Presence of support: 23% (all sources confounded)
Gender	Analysis of frequency (in %)	Female PDPs	Lack of support: 39% Presence of support: 28%
		Male PDPs	Lack of support: 33% Presence of support: 8%
Gender x source of support	Analysis of frequency (in %)	Male PDPs referring to AP	Lack of support: 0% Presence of support: 8.3%
		Female PDPs referring to AP	Lack of support: 8.3% Presence of support: 16.7%
		Male PDPs referring to employers	Lack of support: 25% Presence of support: 16.7%

Female PDPs referring to
employers

Lack of support: 8.3%
Presence of support: 5.6%

2.4.2 Analysis of conversational codes

The conversational codes were analyzed according to variables that may influence social and marital support, these are: gender of PDPs, type of relationship (couple versus non-couple), duration and moment of apparition of the relationship (according to the diagnostic of PTSD).

2.4.2.1 Gender

Like it was reported above, dyads with a male PDP reported in a lesser percentage of cases (8.00% males instead of 28.00% females) that *they received support*, compared to when the PDP is a female. However, an analysis of frequency of conversational codes demonstrated that dyads within which the male is a PDP generally presented less negative interactions, as demonstrated by no instance of requests that reflected a lack of support (e.g. *asking to be listened to*), compared to its presence in 18.90% of cases when the PDP is a female. Male PDPs also presented less negative non-verbal signs (e.g. *irritability*; 9.10% versus 16.20% for female participants) and less interactions that reflected a negative dynamic (e.g. *topic conflict, wanting to get your point across anyway, domination of one partner*; 63.60% versus 86.50% for female participants). PDP says

I don't want them to come to my side (talking about a specific type of people on the other side of the street). AP says You, you wont go to their side. That's what I am telling

you, that's what I am telling you. PDP says This is what I am saying, it's not like that, it's not what I want, I don't want to see them, can I? AP says What are you going to do in order to not see them? PDP says Stay at home. AP says No, you will go the other side of the street (video 3, *domination:AP is a male, PDP is a female*).

However, dyads in which the PDP is a male swore a lot more (58.30% versus 38.90% for female participants). Although dyads in which the PDPs were males presented less negative interactions, no important differences were found in terms of codes that reflect a positive non-verbal signs (e.g. *laughing*), gestures/expressions that reflected positive social support (e.g. *offer his/her help*) and negative tonalities (ex. *exasperated tone of voice*) across gender.

2.4.2.2 Types of relationship

An analysis of frequencies of the interactions between dyads seemed to demonstrate that dyads formed by couples (relative frequency)⁹ presented more negative interactions in general than dyads formed by family or friends. Indeed, there were more instances in which the couple dyads speak with a negative tone of voice (e.g. *sarcastic tone of voice*, 44.00% versus 0.00%), as well as more disagreements (81.60% versus 50.00%), more demands that reflect a lack of support (e.g. *asking the romantic partner to stop* or *asking the romantic partner to be listened to*; 15.80% versus 10.00%), more negative non-verbal signs (e.g. *irritability*, *having a strong reaction* to the other person's discourse; 18.40% versus 0.00%) and more non-supportive communication

⁹ Here relative frequency was applied to balance the over re-presentation of couple dyads

(e.g. *criticism, invalidation*; 52.60% versus 10.00%). AP says “Me hum...despite your your...character...which is a little bit hum...which is a little tougher to deal with, hum...I feel more important to you which is ok for me. PDP says @¹⁰Ah fuck wow a positive side [wouh hou!}@” (video 13, *sarcastic tone of voice*). PDP says “I said it is a fucking step AP says A step? PDP says It is a difficult level if you prefer, fuck I am going to explain it to you in a language that you can understand...”(video 2, *hostile tone of voice*). See Appendix B for quotes in English and in their original and lengthy forms. Interactions between non-couples were rather characterized by more instances of gestures/expressions that reflected their attempts to support the PDP (e.g. *offer his/her presence, invite the PDP to express his/her emotions*; 90.00% and 78.90%, respectively). Moreover, there were no instances of a negative tone of voice (e.g. *hostile tone of voice*) within these dyads.

2.4.2.3 Time of onset of relationship versus time of onset of PTSD

Results of analyses of frequencies seemed to demonstrate that interactions differed whether couples were formed before or after the PDP was diagnosed with PTSD. Couples formed after the traumatic events tended to have a dynamic that was influenced by the presence of the disorder. For approximately 65.00% of couples who were formed after the presence of the trauma, the AP seemed to be an active actor in the PDP's healing and well-being. For example, the PDPs reported *being more secure and at ease* when the intimate partner was present. Moreover, it seemed that the spouse helped the PDP with PTSD symptoms such as sleeping problems (*sleep is easier with*

¹⁰ Transcription mark indicating a sarcastic tone of voice

AP). PDP says: “Since I’m with you I... found my sleep back... it is still troubled but at least it's there” (video 21, *Sleep is easier with AP*). The AP also seemed to help the PDP by providing a more stable life (*More stability with AP*), or by making the PDPs interact with new and helping people (*create positive meetings for me, more stability with AP*). AP says “With me you have a certain stability, you know, I have a regular schedule I am always there at the same time [...] PDP says Yes yes yes. Stability will help also. Yes...” (video 27, *More stability with AP*). For one couple, the dynamic was one in which the PDP has depended a lot on the presence of the partner in order to feel better, which created conflicts within the couple (*to invade the other*). PDP “I knew you needed to breathe but I stuck to you, I stayed there, but I knew that you needed more space to breathe... [...] It led to the fact that you rejected me” (video 26, *Invalidate the other*). Finally, there is also one case in which the spouse seemed to be emotionally over-involved with the PDP. For example, the new spouse seemed over-protective of the PDP (blows the PDP's nose) and got mad during the filmed interactions when the PDP had to talk about something difficult. PDP says:

Well...what else do you want me to do, it happened it happened and it's not my...it's not my fault (cries). AP says: (cross talk at the beginning) [...] Did I say once that it was your fault? Does someone understand better than me? Hen? PDP says I feel nauseous AP says: Yes, I know. Breathe. Sit up right. Brea, Breathe. No, control yourself (name) you can do it I know you can. (video 3)

An analysis of frequency by video/case demonstrated that when the AP seemed emotionally over-involved, there was a much higher frequency of codes relating to being prescriptive (25 times versus 5 and less) and domination of the conversation by the AP (5 times versus 0), compared to other couples formed after the trauma.

For couples who were together before the traumatic event, the following codes were present. The spouses talked about *sacrifices that they make*, *dynamic changes* within the relationship, daily adaptations (e.g. *being with the other person on a daily basis*, *moving and changing habits to help the PDP*) and about the fact that they *do not know how to help the PDP*. AP says “Because you know when sometimes you tell me to come to the house bla bla bla I am not able to sleep... I ask myself if I do the right thing when I go. It is helpful to go to your house and say everything is ok” (video 8, *do not know how to help the PDP*). It was then hypothesized that these changes could create more negative interactions for these couples. A look at the results (frequency analyses within all cases according to the development of their relationships) seemed to indicate that couples who were together before the trauma generally presented more negative interactions than couples who were formed after. They did have more negative non-verbal signs (22.00% versus 0.00%) and demands—which demonstrate a lack of support (e.g. *PDP asking to being listened to*; 18.80% versus 0.00%), which was not found at all in couples who were formed after. Moreover, the tonalities of the interactions were generally more negative (e.g. *exasperated tone of voice*, *sarcastic tone of voice*; 46.90% versus 20.00%), there were more cases in which questions were not answered (59.40 versus 40.00) as well as more indications of conflicts between the spouses (e.g. *to reiterate your point of view many times*: 31.30% versus 0.00%; *argumentation*: 6.30% versus 0.00%).

No major differences were found between the couples formed before or after the traumatic event in terms of positives interactions, which is an important information. It thus seemed that couples formed before the traumatic event might be more inclined to provide neutral or negative social support only. It is important to note that these results were obtained after a case was filtered, which was a couple formed after the traumatic event in which the dynamic reflected an emotionally over-involved spouse.

This couple differed greatly from other couples formed after the diagnosis of PTSD in this study (see abstract above).

2.4.2.4 Duration of the romantic relationship

Analyses of frequencies revealed that both medium (5–15 years) and long-term (15 years and longer) relationship couples displayed more negative interactions than short-term couples (5 years and less). Indeed, couples who were together for more than five years displayed a greater amount of negative non-verbal signs (e.g. *mean laugh*; 76.90% for medium-term couples versus 33.30% for short-term couples), demands that reflected a lack of support (e.g. *asking the romantic partner to be more attentive; expressing that they need help*; ranging from 23.10–20.00% compared to 6.70%; five years and less), and more disagreements (ranging from 92.30–100.00% versus 60.00% for couples together five years and less). PDP says

See thats all the problem, you cant talk about it. AP says: No no. You think thats wrong when (inaudible) a 100-km an hour, its* a 100-km an hour highway, ok? Thats when you start to panic I dont* know why. You start to panic you always slow down. When you slow down on a 100-km you become the accident. You become the danger. You become the danger. Then you ll cause an accident cause you re slowing down on an highway. You got to learn to go with the flow (name), you used to do it. (video 2, *Blaming the other person*)

Analyses of frequency also demonstrated that medium-term couples (five-15 years) presented more non-supporting communication (69.20%) compared to other couples (53.30% for short-term couples and 30.00% for long-term couples).

In terms of positive social support, short-term couples displayed more positive non-verbal signs such as *laughter* and *act of comforting* (93.30% versus 70–76.00%) than medium and long-term couples as well as more gestures/expressions that reflected support (*offer his/her help, validation*; 86.70% versus 69–80.00%).

2.4.3 Other interesting results

2.4.3.1 Passive versus active

One purpose of the conversational analysis was to explore if different styles of communication emerged between PDP and AP. During the closing phase of coding, the first author observed that some categories (set of codes) emerged and represented passive and active dynamics within the conversations. For example, codes like *asking the other person to take the lead* of the conversation or saying that they *do not know what to talk about* were classified under the category “passive type of communication”. PDP says “So. I don’t know where to being, its* not for me those things (referring to the study). ((sigh)). What do you want me to say?” (video 2, *Do not know what to talk about*). Other participants rather took an active role in the conversations. The following codes were classified under the category “active type of conversation”: *engaging the conversation* and *re-orienting the conversation* toward the right topics (see Table 1.3 for more precision). An analysis by variables demonstrated that passive and actives dynamics was only found in dyads formed by intimate partners. Passive actions were taken by both the PDP and the AP while active actions (three instances) were taken by the PDP only. In most but not all cases, passive actions were associated with negative interactions. Examples of co-occurring conversational codes were *reflect lack of support* (0.30), *to reiterate your point of view* (0.27). They were also associated with

the following thematic codes *negative communication* (0.18) and *incomprehension* (0.15).

2.4.3.2 Impacts of communication and comprehension on social support

One subject that stood out in this sample was the importance for the PDPs of being understood. Indeed, PDPs felt more support from their relatives when they believed to be understood. A co-occurrence analysis (Jaccard index) revealed a difference in perception in dyads formed by romantic partners. The most co-occurring code to *not understood by the AP* (PDP speaking) was *AP understands the PDPs* (0.40). This difference in perception was generally found in heterosexual couples (8 cases) within which the PDP was mostly a woman (6/8 cases). No instances were found in non-couples. This might indicate that couples had more difficulties communicating their emotions related to PTSD symptoms. This result goes in hand with results presented above, which indicated that couples presented a higher percentage of negative interactions compared to non-couples. In terms of family members, misunderstanding was also reflected by the presences of the following codes: *minimization of trauma* and *bad advice* (e.g. *return to work*).

Further analyses of co-occurrences were performed in order to determine if codes reflecting *a lack of understanding* (all sources confounded) co-occurred within the same case with codes reflecting weak levels of communication (e.g. *few or bad communication*; 0.21, and *not sharing everything*; 0.21). These results seemed to indicate that weak levels of communication could lead to misunderstandings. One hypothesis then tested was that bad communication would also affect the quality of the social support provided. Analyses of co-occurrences indicate that codes representing

weak levels of communication (*few or bad communication, AP not receptive, others don't talk about the trauma*) also co-occurred with PDPs claiming that they are lacking support (0.38), and were associated with both female PDPs (0.34) and male AP (0.33), which generally represent intimate partners in this study. For a summary of results, see Table 2.5.

Table 2.5

Summary of results for conversational code analyses

External factor	Type of analyses		Results
Gender	Frequency analyses (how frequent certain codes are present within all cases in which the victim is either male or female)	Male PDP	Negative interactions: - Demands that reflect lack of support: 0% - Negative non-verbal signs: 9,1% - Negative dynamic: 63,6% - Swearing: 58,3 %
		Female PDP	Negative interactions: - Requests that reflect lack of support: 18,9% - Negative non-verbal signs: 16,2% - Negative dynamic: 86,5% - Swearing: 38,9%
Type of relationship	Frequency analyses (how frequent codes are present within all cases in which the dyad is either a couple or a non-couple)	Couples	Negative interactions: - Negative tonalities: 44,7 % - Disagreements: 81,6 % - Demands that reflect a lack of support: 15,8% - Negative non-verbal: 18,4 % - Non-supporting communication: 52, 6%
			Positive interactions: - Actions and/or gestures that reflect support: 78,9%
		Non-couples	Negative interactions: - Negative tonalities: 0 % - Disagreements: 50 % - Demands that reflect a lack of support: 10% - Negative non-verbal: 0 % - Non-supporting communication: 10%
			Positive interactions: - Actions and/or gestures that reflect support: 90%

Length of relationship		Small-term	<p>Negative interactions:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Negative non-verbal: 33,3 % - Demands that reflected a lack of support: 6,7% - Non-supporting communication: 53,3% - Disagreements:60% - Negative tonalities: 33,3 % <p>Positive interactions:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Positive non-verbal: 93, 3 % - Gestures/expression that reflects presence of support: 86,7%
		Medium	<p>Negative interactions:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Negative non-verbal: 76, 9 % - Demands that reflected a lack of support: 23,1% - Non-supporting communication: 69,2% - Disagreements: 92,3% - Negative tonalities: 53,8% <p>Positive interactions:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Positive non-verbal: 76, 9% - Gestures/expressions that reflects presence of support: 69,2%
		Long-term	<p>Negative interactions:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Negative non-verbal: 20% - Demands that reflected a lack of support: 20% -Non-supporting communication: 30% - Disagreements: 100% - Negative tonalities: 50% <p>Positive interactions:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Positive non-verbal: 70% - Gestures/expressions that reflects presence of support: 80%
Moment of apparition of the relationship	Frequency analyses (frequency of codes present which all cases where the couple is either formed before or after onset of trauma)	Before trauma	<p>- Codes associated to dynamic changes</p> <p>Negative interactions:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Negative non-verbal interactions: 21,9% - Demands which demonstrate a lack of support : 18,8% - Negative tonalities: 46,9% - Questions not answered: 59,4 % - Indications of conflicts: <i>to reiterate your point of view many times</i>: 31,3%, <i>argumentation</i>: 6,3%

- After trauma
- AP is considered as an healing actor: 65%; association with code *being prescriptive* (25 frequencies) and *domination* (5 frequencies)
 - AP is emotionally over-involved: 7%; association with code *being prescriptive* (5 frequencies) and *domination* (0 frequency)
- Negative interactions:
- Negative non-verbal interactions: 0%
 - Demands which demonstrate a lack of support: 0%
 - Negative tonalities: 20%,
 - Questions not answered: 40%
 - Indications of conflicts: *to reiterate your point of view many times*: 0 %, *argumentation*: 0%.

2.5 Discussion

The main objective of this study was to explore the type and quality of marital and social support via thematic and conversations analyses of interactions between PDPs and APs. More specifically, the content as well as the form of the conversations were analyzed in order to discover underlying social support processes. We compared different types of relationships (couples versus non-couples) and other external factors such as lengths of relationships, gender of the dyads, moment of apparition of the trauma relating to the onset of the relationship. Finally, we analyzed the dynamics of the relationships.

2.5.1 Thematic codes

The thematic analysis of extracts related to marital and social support led to the creation of different categories that could be grouped under positive and negative social support.

Amongst these categories, we noted that a few of them converge with another validated coding system, The Social Support Interaction Global Coding System (SCIS-M; Lehoux et al., 2007). These categories were: validation, good advices and listening. However, this study led to the detection of many other positive and negative categories. These categories could be useful because as of today, only a few questionnaires or grid analysis make the distinction between positive and negative social support (QSBA; St-Jean-Trudel, Guay, Marchand, & O'Connor, 2005; SCIS; Lehoux et al., 2007). Moreover, these categories were extracted from conversations between PDPs and their APs, which were not influenced by a pre-selected categorisation, like it is often the case with quantitative analysis. These new categories could possibly serve as the basis for the creation of a new social support questionnaire.

As for the presence or absence of support as perceived by PDPs, in this study, the sources of support seemed to have an influence. Indeed, couples generally presented more instances of negative interactions. Moreover, when the PDPs perceived a lack of support, codes representing specific dynamics between the spouses emerged as being influential (*PDP relies excessively on romantic partner, offers no mutual help or refuses help*). It was also found that the actions of the PDPs themselves could hinder the quality of their perception of social support. In term of their social network, results seemed to indicate that people around the PDPs might feel uncomfortable or not totally aware of the consequences of the trauma on the PDPs. On the other hand, symptoms of PTSD like feeling estranged or detached from people (*feeling good alone*), can affect the perception of the quality of support received or hinder the quality of interactions with relatives (Ray & Vanstone, 2009). Finally, when looking at lack of support provided by family, a trend seemed to appear. In fact, most codes revolved around the idea that the trauma is not such a big thing (*minimization of trauma*) and that returning to work would be a great solution for the PDPs. The families in this study did not seem to grasp the impact of the PTSD and its consequences on the PDPs. PDPs

thus felt misunderstood (*you really have to live it to understand it*). In one case, the family refused to talk about the trauma at all. These results thus inform us that perception of support from PDPs seems to be influenced by different categories, depending on the source of support. Indeed, marital support seems to be influenced by the dynamic of the couple whereas support from relatives seems more related to the incomprehension and lack of knowledge of the disorder by relatives. Future studies could thus benefit from assessing the perceptions of PDPs on the quality of their support from multiples sources, as negative and positive perceptions of social support could coexist. Moreover, it would be interesting to see in future studies if providing information systematically to family and friends would reduce the lack of perceived social support and promote better communication, which could positively affect PTSD development and severity. According to the social-cognitive processing (SCP) model of Lepore (2001), healing is facilitated by the act of discussing about the trauma and its impacts with supportive individuals. These exchanges are thought to create a secure environment and challenge negative perceptions developed by trauma patients. However, it is possible that not every individual in the social network of the PTSD patient is able to provide that type of help, explaining the differences found according to the sources of support in this study.

These results also support other studies that found a differing impacts of the source of support. For example, Cox, Bakker and Naifeh (2017) also found that friends and significant other support (but not family) mediated the effect of emotional dysregulation on depressive symptoms for PTSD patients. Stanley et al. (2018), in a multisite study conducted with firefighters, found that less severe PTSD symptoms were associated with support from supervisors, coworkers and family/friends. When all source were entered in a single mode, only support from supervisors was significant. These results seem to go hand in hand with our results finding that support provided

by employers, as reported by males in our study, might be an important aspect to consider.

2.5.2 Conversational code

2.5.2.1 Gender

Regarding gender differences, results indicated that although male PDPs in this sample tended to underreport the presence of support compared to female PDPs, the nature of interactions with the APs did not support this observation. Indeed, negative interactions were present in a higher percentage of cases within cases in which the PDP was a woman (compared to male PDPs). Moreover, it was found that barriers to support were mainly mentioned by female PDPs (e.g. *don't want to talk about the trauma*). These results support a study by Crevier and colleagues presented earlier (2014), who found that gender acted as a moderator of the links between interactional behaviors of individuals with PTSD and their concurrent depressive symptoms. More specifically, they observed that female PDPs were less implicated and less likely to propose positive solutions compared with male PDPs. As for men, they were more implicated and less likely to criticize their AP than were woman. Another study by Andrews, Brewin and Rose (2003) also found that both men and women reported similar levels of positive social support one month after being a victim of a violent crime. However, they found that women reported significantly more negative responses from families and friends. Although their results differ slightly from ours, they point to the importance of analyzing both positive and negative social support, as negative social support was again found to be more prevalent amongst female PTSD patients. On the other hand, in one study, it was found that women tended to seek more emotional support, and

found this strategy more helpful compared to males (Solomon, Gelkopf, & Bleich, 2005). The act of sharing negative emotions and putting oneself in a vulnerable situation might negatively influence the quality of the interactions and explain why dyads comprised of female PDPs presented more negative social support. However, it is important to note that interactions with other people than the AP could also explain the differences in social support naturally reported by male PDPs in this study. Indeed, it is possible that they generally receive less support from their families or friends (most males in this study came with their spouse), and did not talk about it during the filmed interactions. A closer look at the results also indicated that in this study, male PDPs generally reported lack of support from their employers. In light of these results, it seems that women receive more negative social support from close relationships whereas men tend to receive negative support from more external relationships, which is an important distinction. Research indicate that women are twice as likely as men to develop PTSD (Crevier et al., 2014), it is thus possible that more frequent negative interactions with close relatives partly explain this difference. There are also some indications that both supportive and countersupportive interactions have stronger impact on women PDPs than men PDPs (Békés, Beaulieu-Prévost, Guay, Belleville & Marchand, 2016). These results also demonstrate the importance for males of being supported from their employers, which is rarely assessed in conventional social support assessments. They also support many studies (Leffler & Dembert, 1998; Regehr, Hill, & Glancy, 2000; Weiss, Marmar, Metzler, & Ronfeldt, 1995), which demonstrated a link between traumatic distress and support from superiors. In future studies, it could also be interesting to analyse its relation to the efficacy of treatment for PTSD, as workplace reintegration is an important challenge following the experience of a traumatic event and a major treatment goal. It is important to note that in this study, most females were part of a couple dyad, which were also found to be more represented by negative social support. Reproducing these analyses with more non-couples dyads in which the PTSD sufferer is a female would help clarify what factors seem to

influence the higher frequency of negative social support found for females suffering from PTSD.

2.5.2.2 Types of relationship

Results also demonstrated that the type of relationship had an influence on the quality of social support provided to the PDPs. Couples generally presented higher levels of counter-supportive behaviors compared to non-couples. These results support the study by Crevier and colleagues (2015), who found that during the discussions, life partners were less involved and more often displayed signs of dysphoria and distress compared to friends and family. On the other hand, during their interactions, non-couples presented more positive interactions in general as well as less negative interactions. One hypothesis would be most non-couples do not live together, hence, this could prevent the relationship to degrade due to highly daily stress and then to have a smaller influence on the quality of the support provided. Whisman, Sheldon, and Goering (2000) demonstrated that the quality of the support provided by the spouse was more associated with psychopathology than support provided by friends and family. However, only few studies investigated the individual effect of different sources of support for PDPs. Laffaye, Cavella, Drescher, and Rosen (2008) found that veteran peers provided relatively high level of perceived social support whereas perceived levels of interpersonal resources from spouses were significantly greater than perceived resources from either nonveteran friends or relatives. However, in this study, spouses were also considered as sources of personal stress, which relates to the results found in this study. Indeed, although more couples interacted well in this study, few dyads interacted particularly negatively and lacked support, which was not found at all in non-couples. Moreover, Scarpa, Haden, and Hurley (2006) found that perceived social support from family and especially friends predicted reduced PTSD severity at low

level but not high level of victimisation. One hypothesis was that at high level of victimisation, friends would unintentionally provide negative social support. While the severity of PTSD is not provided in this study, there were no instances of negative social support in this sample when support was provided by a friend, which does not support their hypothesis.

2.5.2.3 Romantic relationships

In this study, the majority of dyads were formed by romantic partners (75.00%), therefore, their interactions were closely analyzed. Results indicated that different aspects of the relationship could influence the quality of marital support provided for victims of PTSD. Indeed, it was found that couples formed after the trauma had a dynamic that was greatly influenced by the trouble (AP being a source of well-being for the PDPs). Although for most cases this dynamic resulted in generally less negative interactions, an understanding of the costs and benefits for each partner should be kept in mind, as this could hinder progress in therapy (Bélanger et al., 2008). Indeed, as the PDP gets better, the dynamic of the couple could possibly be modified (e.g. partner feeling less needed) and partners would thus have to reunite on new basis that would be beneficial for both partners.

For couples who were already together before the trauma, results indicate that partners generally have to adapt to the consequences of the trouble. While some of the couples presented adequate or positive interactions, they generally had more negative interactions than couples formed after the traumatic event. This result supports a study by Calhoun, Beckham and Bosworth (2002), who found that after a traumatic event, spouses faced a wide range of stressors linked to their caregiving role, such as dealing

with crisis, PTSD symptoms and financial problems, just to name a few. The results in this study also go hand in hand with Gerlock, Grimes and Sayre (2014) study, who interviewed couples in which one partner suffers from PTSD. Like for this sample, they found couples that were greatly in distress and other that were considered non-distressed. Moreover, they noted that couples who were non-distressed reported communicating directly about the trauma with their intimate partner. In this study, it was also found that PDPs who felt misunderstood and who reported less social support also reported problems in communicating with their partner.

It was also found that couples who were together for a longer period (5 years and more) had generally more negative interactions than young couples. These observations support studies done on Expressed Emotion, which found that most caregivers living many years with a patient with a psychiatric illness are classified as high in Expressed Emotion (Hooley, Rosen, & Richters, 1995). Expressed emotion reflects the extent to which relatives of psychiatric patients express critical, hostile, or emotionally overinvolved attitudes toward their family member (Hooley & Teasdale, 1989). These results also support a study by King, Taft, King, Hammond, & Stone (2006), suggesting that interpersonal problems associated with PTSD may have a negative impact on the quality and quantity of social support across time, supporting an “erosion model of social support”. Results also indicated that passive and active dynamics were only found in couples mainly formed before the traumatic event. Again, the fact that these patterns of interactions were only found in couples might reflect the fact that couples are generally more emotionally involved than non-couples, which contribute to the development of specific type of interactions. The work of Gable, Reis, Impett and Asher (2004) demonstrated that relationship well-being was increased when partners responded actively and constructively to disclosure of positive events but not when they responded passively and constructively (Gable, Reis, Impett, & Asher, 2004). Fivecoat, Tomlinson, Aron, and Caprariello (2014) also found that for those in

long-term relationships, relationship satisfaction was increased when individuals received active romantic support for self-expansion than passive support. These results were not found for short-term relationships. In this current study, the authors also found that responding in a passive manner (either the PDP or the romantic partner) was generally associated with actions or gestures that reflected a lack of support. This could be a sign that the person wishes to protect himself/herself from the negative emotions created by the conversation (e.g. *not wanting to talk about it* or *not knowing what to say*). However, it also contributes to create further negative interactions and affect the quality of the support provided during an interaction. Avoidance of talking about the trauma, which is a typical symptoms of PTSD, thus seems to hinder the quality of social support offered to PDPs. These results could also be explained by the type of network orientation of the PDP, which is a set of attitudes and expectations concerning the usefulness of employing social resources in times of needs, which individuals usually developed from past experiences (Clapp & Beck, 2009). A negative network orientation then could possibly hinder PTSD patients from seeking social support, if relationship's past experiences were perceived as rejecting or ineffective. These results thus point to the importance for clinicians to stay sensitive to communication difficulties experienced by patients since the trauma and to teach healthy communication tools when necessary. This could be achieved with the romantic partners, relatives or access to helping groups. Moreover, no other studies have assessed specific relationship factors and their link to social support. The authors of this study found that they are an important aspect to consider as they seem to contribute to the development of negative social support. As the only study investigating these relationships factors, replication of these results could allow for the discovery of more specific dynamics than those found in this study. Moreover, an analysis of their impact on PTSD symptoms severity would also provide innovative information.

2.5.3 Clinical implications

These results have clinical implications. Indeed, clinicians should be aware that for a victim suffering from PTSD, healing could be jeopardized by negative marital interactions and support at home. Integrating the partner into therapy could be promising. A systematic review by Fredette et al. (2016) demonstrated CBT for PTSD was associated with increased social support. It also showed that integrating the partner into therapy led to an increase in marital adjustment and satisfaction, which could influence marital support. Psychoeducation on good communication skills and on how to deal with the PTSD symptoms could also be beneficial for the significant other, as they sometimes report that they don't know how to help. A study by Billette, Guay, and Marchand (2008) focused on improving appropriate supportive behaviors for couples within which one person suffers from PTSD. At the end of the treatment, none of the participants presented clinical PTSD and they all reported significant improvement in the quality of their social support. Another study by Monson, Schnurr, Stevens, and Guthrie (2004) also tested cognitive-behavioral couple's treatment for PTSD with seven veterans and their wives. They found that veterans' relationship satisfaction did not change across therapy. In this study, it is interesting to note that the median relationship length was higher for most couples (median length of 29 years) compared to the Billette and colleagues study (2008). More recently, Shnaider, Siiercic, Wanklyn, Suvak, and Monson (2017) also found that higher pre-treatment marital support was associated with larger decrease in PTSD symptoms severity. These results thus seem to support our study in terms of factors associated with the marital relationship and their influence on marital support and PTSD. There also seems to lack measures that would specifically assess marital support, which could be beneficial for clinicians who wish to specifically assess the presence or lack of marital support for their patients. General (assessing perceived support in general) and specific measures of social support (assessing perceived support as relating to PTSD), as well as measures

of social functioning in general (Tyrer et al., 2005) could also be used to assess the importance of addressing social support during psychotherapy. Moreover, because positive and negative social interactions could be affected by maladaptive cognitions following the trauma, the Posttraumatic Maladaptive Beliefs Scales (PMBS) by Vogt, Shipherd, and Resick (2012) could be another useful assessing tool. If marital support is found to be negative, a clinician could make the choice to encourage the patient to reach help from family and friends outside of therapy, for example during exposition sessions, in order to maximize the potential of the exercises. This study also demonstrated that male PDPs reported that they generally lacked support from their employers, which could have an effect on their recovery. This indicates that much progress is needed in order to render information relating to mental disorders more accessible to occupation area that typically engage men.

2.6 Conclusion

To our knowledge, this study is the first to qualitatively assess the content and nature of interactions between a PTSD PDP and his/her AP, which provided interesting insights into the dynamic of these interactions. The primary objective was to explore factors that could influence the quality of both perceived and received social support by PDPs. Results indicated that gender, the nature, length and moment of apparition of the relationships as well as the dynamic (ex. level and type of communication, social processes) between partners could positively or negatively affect the quality of social support. More specifically, some results indicate that these factors have more impact on the provision of negative social support than positive social support. These results might be relevant considering the fact that some studies reported that negative social support influenced both the severity (Guay et al., 2011; Zwiebach, Rhodes, & Roemer,

2010; Zoellner et al., 1999) and the efficacy of treatments for PTSD (Fredette et al., 2016).

Finally, this study also has limitations. The sample was composed of only a few dyads were composed of a few non-couples (family, friends) as well as male PDPs, which limits the scope of the generalizability of the results for other relatives, who were less represented in this study. Moreover, the fact that most women were also part of a relationship make the distinction between type of relationship and gender of the PDP difficult to differentiate, even though those comparisons were made in this study. Also, participation in this study was voluntary, which possibly biased the results toward more positive interactions. Finally, the fact that no formal framing of the conversations were used (as a grid for semi-structured interviews) in this study rendered the thematic analyses heterogeneous. It is of note that these interactions were not meant to be qualitatively analyzed. Indeed, the duration of discussions about social support was not equal amongst dyads and partners were free to talk about it the way they wanted. However, this also reflects spontaneous discourses of PDPs with AP and hence, for an exploratory study it allows thicker analyses for future studies.

CHAPITRE III

IMPACTS OF DIFFERING DIMENSIONS OF SOCIAL AND MARITAL SUPPORT ON PTSD SYMPTOMS SEVERITY

Introduction: This study examined the link between social/marital support and PTSD severity. Moreover, three dimensions of social support were analyzed in order to assess how these dimensions influenced the link between social support and PTSD severity (source of support; couples vs non-couples, its nature; positive vs negative, as well as perceived versus received social support).

Methodology: 48 participants with PTSD and a accompanying person of their choice took part in a trauma-oriented discussion (36 couples, 12 non-couples).

Results: Results indicate that perceived social support negatively correlates with PTSD total severity. Moreover, both perceived and received dimensions of social support negatively correlate with the avoidance cluster of PTSD. However, no significant correlations were found with negative measures. Results also indicated that couples reported more negative social support compared to non-couples, however the source of support did not influence the severity of symptoms.

3.1 Introduction

The role of social support on well-being, health maintenance and mental disorders has been studied extensively for many years. Studies have found that people with relatives who provide psychological and material social support are in better health (Cohen & Wills, 1985). Indeed, studies demonstrate that in addition to having two to three times lesser risk of mortality across a variety of diseases (e.g. cardiovascular diseases, cancer), social support also appears to be beneficial after a clinical diagnosis is made (Uchino, 2004). They also indicate a link between social support and schizophrenia, depression, obsessive-compulsive disorder, panic disorder and post-traumatic stress disorder (PTSD; Palardy, El-Baalbaki, Fredette, Rizkallah, & Guay, 2016; Ozer et al., 2003; Leavy, 1983). For PTSD victims, social support was shown to be an important factor influencing the severity of symptoms. Lack of social support was found to be one of the best predictors of PTSD severity in Ozer and colleagues' meta-analysis (2003). More recently, Wilcox (2010) also demonstrated that high levels of positive social support were associated with less severe PTSD symptoms. Han and colleagues (2014) also demonstrated that for military, post-deployment social support was also associated with lower level of PTSD severity. According to the social-cognitive processing (SCP) model by Lepore (2001), negative social responses to disclosure of concerns related to stressors (in this case trauma) may inhibit cognitive processing of the experience and thus may lead to avoidance of trauma reminders, inhibited processing, and prolonged distress for trauma victims (Cordova, Giese-Davis, Golant, Kronenwetter, Chang, & Spiegel, 2007). In this study, we will focus on the link between social support and PTSD and explore how the different dimensions of social support potentially influence this link.

3.1.1 Definition of social support

Social support can be defined as comfort, assistance, and/or information one receives through formal or informal contacts with individuals or groups (Flannery, 1990). It can also be described as the quality of the interactions within an individual's social network (Guay et al., 2011). Social support is a multidimensional construct. There are multiple types (e.g. emotional, tangible; Crevier, 2013) and different ways to measure it (Fredette et al., 2016). Moreover, social support can be provided by different sources, can be either negative or positive in nature and it can be received or perceived.

3.1.1.1 Source of support

During times of illness, intimate partners, families and friends usually play an important role in trying to alleviate the victims' symptoms (Cohen & Wills, 1985). Social support can be provided by many sources such as relatives, the family, friends and the intimate partner. However, PTSD victims do not share similar relationships with these different sources of support. Thus, social support offered by relatives might not have as big of an impact than support offered by an intimate partner on the relation between social support and PTSD severity. For example, a study by Denkers (1999) evaluated different sources of support on victims of crime's well-being and found that the intimate partner was the most important source of support when compared to the social network and distant support providers. Interestingly, when the intimate partner provided insufficient support, the victims described a deterioration of their well-being. Wilcox (2010) also found that social support provided by friends was less correlated with PTSD symptoms severity than when it was provided by the intimate partner or family. Another study also found that a higher frequency of spousal communication between soldiers and their intimate partners during deployment was associated with lower postdeployment PTSD symptom scores (Carter et al., 2011). These studies seem to indicate that the intimate partner, when present, is an important source of support.

However, a few studies reported higher levels of negative interactions between intimate partners, which could influence the quality of the social support provided. Crevier and colleagues (2014) used an observational measure of social support and found that some intimate partners had a tendency to display more negative interactions (e.g. being less involved during the conversation, being more dysphoric) when compared to family and friends. A qualitative analysis of the interactions between PTSD victims and a accompanying person of their choice also revealed that there was a higher frequency of negative interactions between victims of PTSD and their intimate partner compared to when they interacted with family and friends (Fredette et al., 2018). One hypothesis would be that negative social support could be more typical of intimate partners who generally have to live on a daily basis with the stressors and difficulties associated with PTSD (Baucom et al., 2003). Moreover, an association was found between the emotional burden felt by the intimate partners of PTSD victims and PTSD symptoms severity as well as levels of dysfunctioning (Dekel & Monson, 2010). Although these results seem to indicate that the source of support could influence PTSD symptoms severity, these results need to be replicated as only few studies compared different sources of support.

3.1.1.2 Nature of support

Social support is generally considered as positive (Guay et al., 2011; Cohen & Wills, 1985), however it can also be negative when the provider offers ineffective support by being too critical or by blaming the other person (Guay et al., 2011). Negative social support, also described as negative social interactions, is characterized by many behaviors such as criticizing, avoiding, yelling, blaming, or stigmatizing the victim (Guay et al., 2011). Negative social support can be generated by a) the fact that providers of support might be overtaxed in the face of mental illness, b) the lack of

interpersonal skills or c) because they are being faced with too much emotional demandingness (Flannery, 1990). A study by Guay and colleagues (2011) found that negative but not positive social support was positively associated with PTSD severity. Zoellner, Foa and Brigidi (1999) also found that negative social support predicted higher PTSD severity whereas positive social support did not. Other studies also found that counter supportive social interactions and reactions towards the victims were a better predictor of PTSD symptoms than supportive social interactions (Andrews, Brewin, & Rose, 2003; Ullman & Filipas, 2001; Dunmore, Clark, & Ehlers et al., 1999). The latter results point to the hypothesis that negative social support might have a greater impact on victims' well-being and that investigating the nature of support could lead to better clinical interventions.

3.1.1.3 Perceived versus received social support

Finally, perceived social support refers to the victims' perceptions of the quality of social support they receive whereas received support refers to the actual receipt of support. The latter requires that a third party objectively observe the quality of the interactions between a person and its relatives. A recent meta-analysis reviewed the strength of the received-perceived support relationship and found a positive correlation between these two concepts ($r = .35$, $p < .001$; Haber et al., 2007). However, most studies reported in this meta-analysis were done in the 80s and the 90s. Since then, the literature is almost exclusive on the use of self-report (perceived) measures of social support and these measures might be influenced by the victims' personalities, symptoms, cognitions, and affects (Crevier et al., 2014). Thus, a discrepancy between what PTSD victims perceive and actually receive in terms of support might be present in the literature, in which case, could influence the choice of treatment to dispense (e.g. individual CBT versus including a relative in the therapy setting). Only a few authors

included an observational measure of social support. Tarrier, Sommerfield and Pilgrim (1999) assessed the level of expressed emotion (EE) in relatives of patients with PTSD to see its effect on treatment outcome. Expressed emotions is comprised of five scales: criticism, hostility, marked emotional over-involvement, warmth and positive comments. It was assessed with the Camberwell Family Interview (CFI), which is a semi-structured interview made with the relatives of the patients (Leff & Vaughn, 1984). Although this is an observational measure and some of its sub-scales (criticism and hostility) can be treated as negative social support, it still cannot be considered as a received measure of social support, because the CFI does not analyze interactions between victims and their relatives and it does not encompass the whole concept of social support. A few authors used The Social Support Interaction Global Coding System (SICS), which is a validated behavioral observation system adapted for a dyad formed by an anxious individual and their significant other (Guay et al., 2017; Crevier et al., 2015; Crevier et al., 2014; Lehoux et al., 2007). First, Guay, Nachar, Lavoie et Marchand (2017) demonstrated that socially supportive behaviors were associated with a reduction in heart rate for victims of PTSD. As for Crevier and colleagues (2014), they found that some PTSD victims interactional behaviors were correlated with their symptomatology (e.g. less behavioral implication). In a second study, Crevier and colleagues (2015) found that caregivers' symptoms (e.g. anxiety) moderated the link between interactional behaviors and victims' PTSD symptoms severity. Finally, Lehoux and colleagues (2007) analyzed the different dimensions of the SICS and found some significant associations with PTSD severity (e.g. caregiver proposes positive solutions). However, the study sample was small (20 couples). These studies demonstrated that received measures of social support correlated with PTSD severity. Integrating more received measures of social support will help researchers understand how interactions that reflect supportive and unsupportive behaviors between PTSD victims and their relatives influence the severity of PTSD symptoms.

3.2 Objectives

The main objective of this study is to examine the relation between social support and PTSD severity. We also want to verify whether the source (couples/intimate partners¹¹ vs non-couples) and nature (e.g. positive vs negative) of social support influence this relationship. Finally, we will investigate how perceived and received forms of social support interact with one another in a sample of PTSD patients. It is hypothesized 1) that positive social support will be associated with lower PTSD symptoms severity whereas negative social support will be associated with more severe PTSD symptoms. It is also hypothesized 2) that couples will present more negative social support than dyads with a family member or a friend. Because the intimate partner is generally considered as the most important source of support (Denkers, 1999; Halford & Bouma, 1997), it is also hypothesized 3) that support from the intimate partner, whether it is positive or negative, will be more strongly correlated to PTSD severity than social support from family and friends. Finally, based on Haber and colleagues' meta-analysis (2007), it is hypothesized 4) that perceived and received measures of social support will positively correlate.

3.3 Methodology

3.3.1 Participants

¹¹ In this study, the terms intimate partners and couples will be used interchangeably.

52 participants (40 women, 12 men) with a main diagnosis of PTSD (PDP) and an accompanying person of their choice (e.g. intimate partner, family member or friend; AP) were recruited. Dyads were mainly formed by couples¹² (38 couples, all but one were heterosexual). The remaining 14 participants were either accompanied by a family member (six) or a friend (six; two unknown). Participants had the freedom to come with a family member or a friend even though they were part of a marital relationship. Inclusion criteria were the following: having a main diagnosis of PTSD, being between the age of 18 and 65, being able to write and speak in either French or English, and having an AP who is willing to participate. People were excluded for the following reasons: presence of a substance use disorder (abuse or dependence), and past or present psychotic episode, bipolar disorder, eating disorder, somatoform disorder, or organic mental disorder. Moreover, participants with a history of marital violence were excluded in order to prevent a dangerous escalation of conflicts during the filmed interaction session.

3.3.2 Measures

3.3.2.1 Diagnostics and symptoms severity

The data collection was performed before DSM-5 was released. A French version of the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS; Blake et al., 1990) was also administered in order to establish the PTSD diagnosis as well as its severity. The CAPS is a semi-structured interview that comprises 30 symptoms corresponding to the three

¹² Couples co-habitated together for 6 months and over

main categories of symptoms presents in the DSM-IV-TR (APA, 2000). Each item is evaluated according to the frequency as well as the intensity of the symptoms as experienced by the participant during the last month and is evaluated on a Likert-scale from zero to four. Severity assessment is made by examining a minimum frequency (at least two times a month or 20% of the time and more) plus a minimum intensity for a certain number of symptoms to get a clinical diagnosis. Moreover, this interview comprises data about subjective distress and dysfunction. Then, the evaluator subjectively evaluates the number of symptoms present as well as their severity. The original version presents good psychometric properties. It presents good internal consistency coefficients (varying from $\alpha = 0.73$ to 0.85) as well good inter-rater reliability ($r = 0.92$ to 0.99) for all three categories of symptoms (Blake et al., 1990). Moreover, the CAPS has good correlations with the Mississippi scale ($r = 0.70$; Keane et al., 1988) and PK sub-section of the MMPI (0.84 ; Keane et al., 1984), which demonstrates good convergent validity (Blake et al., 1990).

The French version of the The Modified PTSD Symptom Scale-Self-report (MPSS; Falsetti et al., 1993) consists of 13 items, which aim to measure PTSD symptoms intensity. The 17 items correspond to the main PTSD criteria that are present in the DSM-IV-TR: re-experiencing, avoidance and hyperactivity. Each item is rated on a scale of zero (none) to three (a lot) on its frequency and severity. Scores varies from 0 to 119. The original version presents good internal consistency (α bigger than 0.92 ; Falsetti et al., 1993), as well as good convergence validity ($r = 0.79$) with the SCL-90-R PTSD scale (Coffey et al., 1998). The french-canadian version also presents good internal consistency (with coefficients varying from $\alpha = 0.92$ à 0.97) as well as good test-retest reliability ($r = 0.98$; Stephenson et al., 2000).

3.3.2.2 Social and marital support

The Questionnaire on Social Support Behaviors in Anxious Situation (QSBA; St-Jean Trudel, Guay, Marchand, & O'Connor, 2005) measures participants' perception of the different social support behaviors of their significant other in a stressful situation. These behaviors are divided into three factors which are: criticism and coercive strategies (e.g. is impatient with me), help dealing with anxiety (e.g. stop his/her behaviors to accommodate me), and reinforcement and distraction (e.g. try to make to forget my problem). Participants answer on a Likert-scale ranging from zero (never) to five (always). These three factors can be separated into two sub-scales which are supporting and non-supporting behaviors. The original French version has demonstrated good internal consistency (alphas of Conbrach varying from 0.76 to 0.87; St-Jean Trudel et al., 2005). The negative and positive sub-scales have good internal consistencies ($\alpha = 0.76$ and $\alpha = 0.87$ and $\alpha = 0.77$, representing critics and coercive strategies, help dealing with anxiety, and reinforcement and distraction). This scale presents good test-retest reliability (r_s varying from 0.56 à 0.69; Guay et al., 2011) and good convergent validity with the Social Provision Scale ($r = 0.42$), which is a more general measure of social support

The Social Provision Scale (SPS; Cutrona & Russell, 1987) is a self-reported questionnaire that measures participants' perception of the quality of their social support and how integrated someone is in his/her social network. This questionnaires is composed of 24 items measuring six dimensions: attachment, social integration, reassurance of worth, reliable alliance, guidance, and opportunity for nurturance. The original version and the French version both present good internal consistency ($\alpha = 0.85$ et 0.96, respectively; Caron, 1996; Cutrona & Russell, 1987) and good test-retest

coefficients ($r = 0.86$ and $r = 0.66$; Cutrona & Russel, 1987; Caron, 1996, respectively). The French version also presents good construct validity with correlations between the different dimensions and the total scores of the scale (r varying from 0.61 to 0.83; Caron, 1996). This is based on the idea that each sub-scale is a good representation of the global social support level of satisfaction (Caron, 1996).

The Locke and Wallace Marital Adjustment Test (LWMAT; Locke & Wallace, 1959) is a self-reported questionnaire composed of 15 items that measures marital satisfaction. The original English version had demonstrated good internal consistency ($\alpha = 0.83$; Cross & Sharpley, 1981). As for the French version, it has also demonstrated good internal consistency for both men and women ($\alpha = 0.81$ to 0.89 and 0.73 to 0.87, respectively; Wright & Sabourin, 1985) as well as good test-retest reliability for both men and women ($\alpha = 0.82$ and 0.84 respectively; Freeston & Plechaty, 1997). Although this measure assesses the quality of the marital relationship, which is a concept wider than marital support, it still assesses an aspect of marital support, which is "openness to confide in the partner". Moreover, authors of this research are not aware of any existing measure assessing marital support.

Finally, the Social Support Interaction Global Coding System (SCIS; Pizzamiglio et al., 2001) is an observational measure of social support behaviors. For this study, a modified version for PTSD was used. More specifically, this version comprised six positive dimensions: problem description, expressing emotions, attention/listening, agreement/validation/emotional support, positive proposition and behavioral implication and four negative dimensions: negative proposition, dysphoric affect, counter-validation and passivity/withdrawal. It also has two dyadic positive dimensions: 1) interactional synchrony (positive) and 2) changing topic during the discussion (negative). Codification is made by formed observers that code behaviors on a Likert-scale from one (very low) to nine (high). The original coding system has

good inter-rater reliability ($r = 0.84$) and internal consistency (alphas of conbrach varying from 0.66 to 0.94; Julien et al., 1998). A preliminary study done with 20 couples on the modified version for PTSD presented good inter-rater reliability (Kappas varying from 0.57 to 0.69 and CCI varying from 0.59 to 0.90; Lehouxet al., 2007) as well as good construct and convergent validities (Lehouxet al., 2007). Finally, inter-rater reliability (i.e., intraclass correlations and alpha) was assessed for a third of the sample of this study and demonstrated good results ($r = 0.84$, $p < 0.01$ and $\alpha = 0.91$; Guay and colleagues, 2017), which points to the stability of the observations across raters.

3.3.3 Procedures

This study was carried out at the Trauma Studies Center (TSC) of the Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (IUSMM; Montreal University Institute of Mental Health) between 2007 and 2010. The results presented are part of a bigger study that aimed to evaluate the physiological correlates of anxiety during a filmed interaction between PDPs and an AP of their choice. Participants were mainly recruited through the TSC, but were also recruited through the day hospital of the IUSMM and with the help of ads in journals and universities. First, a screening over the phone was carried to assess participants' eligibility to the study, which was followed by a formal evaluation in person at the TSC in order to confirm a PTSD diagnosis. Interested participants then came back with the AP of their choice. PDPs and their APs completed the questionnaires independently. Aps completed the QSBA and the LWMAT (only for couples, non-couples did not fill in this questionnaire) before proceeding to the filmed interactions. Instructions for the filmed interaction were the following: participants were first asked to enter the room and to have a neutral discussion with their significant other during approximately 10 minutes. Then, they were asked to have

an “active” 15min discussion, where PTSD participants were invited to talk with their significant other about their trauma, its impact, how they cope with it, the social support they receive, and how they see the future.

3.3.4 Analyses

Analyses were done using IBM SPSS statistic 22. Two-tailed analyses were utilized, and alphas were set at 0.05. A missing value analysis indicated that missing values were arbitrarily distributed across the sample (Littles’ MCAR test: CHI-Square = 16.738, DF = 23, $p = 0.822$). Two percent of missing values were reported for the total number of items. Then, multiple imputations were used to correct for missing values (Schlomer, Bauman, Card, 2010 in Gareau, & Horic-Asselin, 2016). A total of 50 imputations were run and the pooled results were used for the analyses.

First, descriptive analyses were computed. Then, in order to examine the links between PTSD severity and social support (first hypothesis), pearsons bivariate correlations were computed between the different measures of social support, namely the SPS, the positive and negative sub-scales of the QSBA and the SCIS, the LWMAT and measures of PTSD symptoms severity (CAPS, MPSS). The same bivariate correlations were also used to examine the associations between perceived and received social support (fourth hypothesis). The second hypothesis, stating that couples would present more negative social support than non-couple was tested using independent t-tests. For the third hypothesis stating that support from intimate partner will correlate more strongly and significantly with PTSD severity than support from family and friends, independent simple linear regression analyses were performed for couples and non-couples as well as tests of difference of regression coefficients.

3.4 Results

3.4.1 Descriptive statistics sociodemographic characteristics

Participants in this study were 40 females and 12 males aged from 20 to 60 years old. Most participants (28) were not working at the time (e.g. sick leave), 20 of them were working, one was studying and three were unemployed. Levels of incomes ranged from less than 5000\$ to more than 60 000\$, with a mean of approximately 40 000\$. Levels of education varied between seven and 23 years of education, with a mean of 12.77 years of education. Table 3.1 present the sociodemographic characteristics. Table 3.2 presents the means and standard deviations scores on measures of severity and social/marital support.

Table 3.1

<i>Sociodemographic characteristics</i>			
Variables	n	<i>M (SD)</i>	%
Gender			
Females	40	-	77
Males	12	-	23
Age	52	38.91 (11.1)	-
Occupation status			
Working	20	-	53.84
Studying	1	-	1.92
Unemployed	3	-	5.77
Others	28	-	53.84
Education (number of years completed)	52	12.77 (2.67)	-
Income			

1-10 000\$	5	-	9.62
10 000-30 000\$	13	-	25
30 000 – 50 000\$	19	-	36.54
60 000\$ and over	15	-	65.81
Time since trauma (in months)	49	15 (20.29)	

Table 3.2

Descriptive statistics

Scale	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max	n
CAPS total	78.96	13.33	43	107	52
CAPS – avoid	31.75	8.88	14	48	52
CAPS – hyper	24.48	5.42	10	34	52
CAPS - re- exp	22.73	5.64	11	35	52
MPSS	75.18	16.03	45	113	52
SCIS -	8.67	2.50	5	25	52
SCIS +	25.49	6.36	11	41	52
QSBA -	34.44	11.67	19	62	52
QSBA +	40.11	9.82	21	58	52
LWMAT	97.95	30.27	38	158	38
SPS	75.04	9.26	57	93	52

Note. CAPS = Clinician-Administered PTSD scale, avoid = avoidance sub-scale, hyper=hyperactivity subscale, re-exp = re-experiencing subscale, MPSS = Modified PTSD Symptom Scale Self-report, SCIS = Social Support Interaction Global Coding System, QSBA = Questionnaire on Social Support Behaviors in Anxious Situations, LWMAT = Locke and Wallace Marital Scale, SPS = Social provision Scale

3.4.2 Correlations between PTSD severity and social/marital support

A significant negative correlation was found between CAPS and the SPS total scores, $r(52) = -0.363, p = 0.008$. The avoidance sub-scale of the CAPS also had a

negative significant correlation with the SPS total score, $r(52) = -0.524, p < 0.01$, the positive sub-scale of the SCIS, $r(52) = -0.282, p = 0.042$ as well as the LWMAT, $r(38) = -0.421, p = 0.008$. A significant positive correlation was also found between the MPSS and the positive sub-scale of the QSBA, $r(52) = 0.288, p = 0.038$. No other significant correlations were found.

3.4.3 Differences in social support between couples and non-couples

First, independent t-tests, chi-square and Wilcoxon analyses were performed in order to assess the equivalence of the groups (couples versus non-couples) in terms of sociodemographic variables and symptoms severity. No statistical differences were found in terms of gender, main occupation, age, education and relationship length and symptoms severity. A look at power determined that there was not enough power to detect a statistical difference, but effect sizes were very small. A significant difference was found for time since trauma, $t(46) = 2.24, p = 0.03$. Participants who had an intimate partner had PTSD for a longer period ($M = 17.81, SD = 22.56$; in months) compared to non-couples ($M = 7.42, SD = 9.25$; in months). A significant difference in income was also found between couples and non-couples, $Z = -2.24, p = 0.024$, participants who were in couples reported having a higher personal income.

To test the difference between couples and non-couples in terms of quality of social support, independent samples t-tests were conducted on the SPS as well as the positive and negative sub-scales of the SCIS and the QSBA. Log 10 and square root transformations were done (respectively) to both the negative sub-scales of the SCIS and the QSBA in order to reduce skewness and kurtosis. No other violations of assumptions are to be reported. The t-tests were found to be statistically significant for

both the negative sub-scales of the QSBA, $t(50) = 2.353$, $p = 0.019$, $d = 0.76$ and the SCIS, $t(50) = 1.995$, $p = 0.046$, $d = 0.62$. These results indicate that couples perceived (QSBA) more negative social support ($M = 36.35$, $SD = 12.17$) than non-couples ($M = 28.50$, $SD = 08.02$). For received social support, couples generally received (SCIS) more negative social support ($M = 9.19$, $SD = 3.88$) than non-couples ($M = 7.29$, $SD = 1.86$). No other significant difference between couples and non-couples were found.

3.4.4 Impacts of sources of support on the link between support and PTSD severity

In order to assess whether or not the source of support impacted on the severity of symptoms, independent regression analyses were performed between the positive sub-scale of the SCIS and the avoidance subscale of the CAPS for both couples and non-couples. These measures were chosen because they significantly correlated together (see first hypothesis) and reflect interactions between dyads during the filmed interactions. The results of the linear regression analysis revealed that social support did not predict PTSD symptom severity for couples ($\beta = -0.24$, $(t(38) = -1.47$, $p = 0.142$, 95% CI [-0.78, 0.112]) nor for non-couples ($\beta = -0.30$, $(t(14) = -1.08$, $p = 0.279$, 95% CI [0.279, -1.08]). The test of difference of regression coefficients (β between couples and non-couples) was non-significant ($z = 0.19$, $p = 0.85$). Then, a linear regression analysis was performed between the positive sub-scale of the QSBA and the MPSS for couples and non-couples. These measures were chosen because they correlated significantly (see first hypothesis) but also because the QSBA represents perceived support from the dyad partner, as opposed to social support in general, as in the SPS. The results of the linear regression revealed that social support did not predict PTSD severity ($\beta = 0.31$, $(t(38) = 1.90$, $p = .059$, 95% CI [-0.21, 1.172]) for couples as well as non couples ($\beta = 0.37$, $(t(14) = 1.39$, $p = .165$, 95% CI [-0.23, 1.33]). The test of difference of coefficient was non-significant ($z = -0.2$, $p = 0.84$). However, sample

sizes were small for couples and non-couples, which did not permit to achieve enough power to detect a small effect size of 0.2 (77% and 34% respectively for couples and non-couples).

3.4.5 Secondary analyses

Further exploratory analyses were performed in order to assess the impact of the source of support on PTSD symptoms severity. Regression analyses between CAPS total scores and the positive sub-scale of the SCIS between couples and non-couples revealed interesting results. Indeed, support offered by non-couples explained a larger percentage of PTSD symptoms severity compared couples. However, because of lack of power, test of difference of coefficient was non-significant (non couple $\beta = -.28$, $t(14) = -.104$, $p = .297$, 95% CI [-0.80, 0.25]; couples $\beta = -0.01$, $t(38) = -0.06$, $p = 0.953$, 95% CI [0.35, 0.33]). Test of difference of coefficient was non significant ($z = .80$, $p = 0.42$).

3.4.6 Correlations between perceived and received social support

Bivariate correlations were run between the QSBA (perceived), the LWMAT (perceived) and the SCIS (received) in order to measure the degree of association between perceived and received measures of social support. More specifically, we examined the associations between the according sub-scales (negative and positive) of the QSBA and the SCIS. These measures were chosen because they both referred to the same person. Indeed PDPs referred to the person with whom they performed the filmed interactions when completing the QSBA and the LWMAT, which should

facilitate the concordance between the measures. No significant correlations were found. Post-hoc computations of achieved power revealed to be between 35 and 6%. See table 3.3 for specifications, results are annotated with the † symbol.

Table 3.3

Pearson correlations between perceived and received scales

Scale	Perceived				Received	
	QCSA +	QCSA -	LWMAT	SPS	SCIS +	SCIS -
QCSA +	1	-0.52**	0.60**	-0.49**	0.22†	0.02†
QCSA -		1	-0.47**	-0.21	-0.05†	-0.05†
LWMAT			1	0.60**	0.18†	-0.10†
SPS				1	0.28*	-0.02
SCIS +					1	-.38**
SCIS -						1

Note. SCIS = Social Support Interaction Global Coding System, QCSA = Questionnaire on Social Support Behaviors in Anxious Situations, LWMAT = Locke and Wallace Marital Scale, SPS = Social provision Scale
n = 52, LWMAT test, n = 14

**Correlations are significant at 0.01 (bilateral)

* Correlations are significant at 0.05 (bilateral)

3.5 Discussion

3.5.1 Links between PTSD symptoms severity and social/marital support

Results generally indicated a negative relation between measures of support and PTSD symptom severity. More precisely, they showed that more social support (received and perceived) was associated with lower PTSD symptom severity. Medium to large negative correlations were also found between the avoidance sub-scales of the CAPS and marital functioning and social support, indicating that more support and better marital functioning were associated with less avoidance symptoms. These results support Ozer and colleagues' meta-analysis (2003) that more social support positively

influences PTSD severity. They also support results from Ullman's (1996), who found that negative social reactions were correlated with more avoidance coping for victims of sexual assaults. The association found between avoidance subscale and PTSD severity might also indicate that social support has a greater association with behavioral components (avoidance) of PTSD, which is more easily affected in a daily routine than more intrinsic symptoms like hyperactivity and re-experiencing. Indeed, interactions with significant persons might encourage and provoke more situations in which the victim has to confide him/herself. On the other hand, negative social reactions might lead PTSD victims to disengage by not talking about the trauma or avoiding social interactions that might lead to more negative emotional responses. However, since this study was done using DSM-IV-TR criteria for PTSD, it would be interesting to see how social and marital support relates to the newest category of symptoms (persistent negative affect). According to a qualitative study by Ray and Vanstone (2009), a difficulty managing emotions as evidenced by outburst of anger and restricted range of affect might be positively associated with emotional and physical avoidance between partners, which in turn could affect the quality of support offered. However, no studies have evaluated the efficacy of social support in reducing specifically these types of symptoms.

It is also interesting to note that a positive significant correlation was found between the MPSS and the positive sub-scale of the QCSA, which indicate that higher severity of PTSD symptoms was associated with more perceived positive social support. This result is contrary to the results of other correlation analyses found in this study. As opposed to the CAPS, the MPSS is a self-rating measure. This might indicate that patients who perceive themselves as having more severe symptoms might also seek more support from their partners and relatives, which influence their perception of the quantity and quality of their social support. Another explanation could be that victims tend to overestimate the quality of support received when they are evaluated, which is

driven by feelings of guiltiness and being beholden towards people who put up with the PTSD symptoms.

These results thus partly support the first hypothesis. Indeed, positive social support negatively correlated with PTSD severity, indicating that perceiving and receiving more (better quality and higher frequency) positive social support was associated with less severe symptoms. However, it is interesting to note that no negative measures of social support were significantly correlated to PTSD symptoms severity in this study. Even though statistical power was low (ranging from 5 to 47%) when testing these variables, the effect sizes of the associations between negative social support and severity were generally weak (r ranging from 0.009 to 0.18) except for the negative sub-scales of the SCIS; 0.257). This means that even with enough power to detect statistical significance, these correlations would not be clinically significant for our sample. These results are different than those of Guay and colleagues (2011) as well as Zoellner's (1999) studies that found a greater impact of negative social support on PTSD symptoms severity. However, the results might also be due to the fact that participants in this study did not generally score high on negative measures of social support. Having a sample with a greater variance would help clarify the link between negative social support and symptoms severity.

3.5.2 Source of support: its influence on PTSD severity and social support

One of the objectives of this study was to assess if there was a significant difference in support between couples and non-couples (second hypothesis). It was found that couples generally received and perceived more negative social support compared to non-couples, which support our second hypothesis. As for positive social support, no significant difference was found between couples and non-couples. These results are

compelling because the intimate partner tends to be perceived as the most significant source of support (Denkers, 1999; Halford & Bouma, 1997). For a partner who has difficulty coping with the consequences of PTSD symptoms, frequent negative interactions with the victims might aggravate and maintain the symptoms. Providing psychoeducation to partners and/or integrating them into therapy might be a feasible solution for clinicians who are aware that their patients (and partners) present negative social support (Fredette et al., 2006; Billette, Guay, & Marchang, 2008).

Another objective of this study was to assess whether social support, when offered from the intimate partner, would be more strongly correlated to PTSD severity than when social support is offered from family and friends (third hypothesis). In this sample, no significant difference was found between couples and non-couples, which contradicts Wilcox' study (2010). Since power was very low, the hypothesis stating that support offered and perceived by intimate partners would have a greater influence on the link between social support and PTSD severity cannot be supported nor rejected. However, regression coefficients were similar between couples and non-couples and z scores were low. Even though enough power was achieved in order to detect a significant difference, the latter would probably not be of clinical significance for participants in this study. One exception was found though between couples and non-couples in terms of received positive support and PTSD total symptoms severity, which demonstrated that support offered by non-couples explained a greater percentage of the variance in PTSD symptomatology. These results could then indicate that although PTSD victims do share different relationships with different people, generally receiving positive social support from one's network might have more impact on the victims' well-being than the source of support. Moreover, results would need to be replicated in order to better grasp the impact of positive support offered from family and friends on PTSD severity. If it is the case, it could mean that positive interactions observed between victims and their family or friends in this study might be a good representation of

interactions in their daily lives, which seem to positively influence severity of symptoms in the long run.

3.5.3 Correlations between perceived and received measures of social support

Finally, bivariate correlations indicated that correlations were non-significant and very small between perceived and received measures of social support. This might indicate that there is a difference between what participants perceived and actually received in terms of social support in this study (See table 2.3). A closer look at the data indicated that matching observational measures of social support were more negative than perceived measures. This discrepancy points to the importance of including observational measures, as participants might not wish to declare or even perceive their lack of social support. Moreover, observational measures were correlated with PTSD severity. Hence, by only including perceived measures, studies might overestimate the quality of social support. Moreover, many factors might explain this discrepancy. It is possible that participants wish to present themselves and their accompanying persons under a more desirable way. On the other hand, participants could have responded to self-reported measure with a general outlook on their lives whereas observational measures were specific to one conversation, which might not reflect how participants interact in their daily routines.

3.5.4 Study limitations

This study has some limitations. First, the links between social support and PTSD symptoms severity are correlational in nature. Careful deductions of results are advised

since we do not know the direction of the link between these two variables. The small sample sizes rendered the power to detect differences between different sub-groups arduous (e.g. couples vs non-couples). Indeed, in addition to compare couples and non-couples, it would have been interesting to differentiate between more sources of support like family and friends. Moreover, like it was mentioned above, participants were generally well supported in this sample, which renders the evaluation of the impact of negative social support limited. Moreover, since the majority of the participants were females and part of an heterosexual relationship, this might have influenced the results of this study as to the importance of the source of support.

3.5.5 Clinical implications

Even though some authors demonstrated that the quality of social support influenced the severity of PTSD symptoms, few authors have examined how the multiple dimensions of social support can influence this link. In general, the results of this study indicate that clinicians could be sensitive as to whether their patients lack positive social support, as it was shown to correlate with more severe symptoms as well as negatively influence the efficacy of psychotherapy (Fredette et al., 2016). However, since the correlational nature of this finding, it is also possible that more severe symptoms erodes social support. Moreover, results indicated that reaching for positive social support is beneficial, notwithstanding who provides it. Even though negative social support was not found to correlate with PTSD symptoms, many past studies pointed to the impact of negative interactions. Because of the lack of power generally found in this study, the authors would still recommend to assess the impact of negative interactions on their patients' well-being, as these results are not strong enough to make reliable conclusions. Finally, both perceived and received measures of social support correlated with PTSD symptom severity. A small association also existed between

these measures, which indicated that subjective assessments from patients were different from observational measures. Meticulous assessment using different methods is thus recommended as it might provide information that could be otherwise omitted or not perceived.

CHAPITRE IV

SOCIAL SUPPORT AND CBT: A SYSTEMATIC REVIEW

Fwd: Your Submission TRM-2015-0103R1

TRM-2015-0103R1

Social support and cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review

Traumatology

Dear Dr. El-Baalbaki,

I am pleased to tell you that your work has now been accepted for publication in **Traumatology**.

It was accepted on 03/12/2016

Our office will be in touch soon regarding [publication forms](#). These must be completed and returned prior to your manuscript entering production.

Thank you for submitting your work to **Traumatology**.

Sincerely,

Brian E. Bride, Ph.D.

Editor

Traumatology

Social support influences the development, severity, and evolution of posttraumatic stress disorder (PTSD). The objective of this systematic review was twofold: (1) to examine the role of social and marital support on the efficacy of cognitive– behavioral therapy (CBT) for PTSD and (2) to assess whether CBT for PTSD improves the quality of patients’ social and marital support. A systematic search of databases was executed and provided 17 eligible articles: 6 answering the 1st research question and 11 answering the 2nd research question. Most articles found that social and marital support play a role on the efficacy of CBT for PTSD. All but 1 article found that CBT for PTSD improved the quality of social and marital support. However, some studies included in this review were methodologically limited. More randomized clinical trials would then be needed to determine the specific and definite role of social and marital support pertaining to PTSD treatment

4.1 Introduction

Posttraumatic stress disorder (PTSD) is a mental illness that develops after a person is exposed to actual or threatened death, violence or sexual injury (APA, 2013). It is characterized by the development of specific symptoms such as recurrent, involuntary, and intrusive recollections of the event (re-experiencing), avoidance of thoughts, memories, feelings, or talking about the event, negative alterations in cognitions or mood associated with the event, and marked alterations in arousal and reactivity (hyperarousal). The development and maintenance of PTSD symptoms impede the professional and social life of those affected by it (Bomyea & Lang, 2012), as well as marital functioning for those who are in an intimate relationship (Nelson Geoff, Irwin, Cox, Devine, Summers, & Schmitz; 2014). Many factors are known to influence the development of PTSD. The following will review one of the most important, namely: social support (Brewin et al., 2000).

4.1.1 Social support

Two recent meta-analyses showed that lack of social support is one of the strongest predictors of the natural development and severity of PTSD among other predictors like peritraumatic dissociation and severity of the trauma (Ozer et al., 2003; Brewin et al., 2000). Authors have proposed many different definitions of social support. For example, it has been described as the quality of the interactions within an individual's social network (Guay et al., 2011) and as a process through which help is provided to or exchanged between people in order to facilitate one or more adaptive goals (Dolbier & Steinhardt, 2000). Social support derives from the social network of a person and can be provided by many sources such as family, friends, and the spouse. People can provide different types of support such as emotional, informational, practical and distractive. Social support can also be measured with four different dimensions: quality versus quantity, specific versus global, perceived versus received and positive versus negative. The role social support may play in the development or severity of PTSD will be different depending on which aspect of social support is considered as well. The following will cover some of these major aspects.

4.1.1.1 Quality versus quantity

The social support, a person has, can be described in terms of quality and quantity. The quality refers to the meaningfulness and significance of a person's relationships, whereas the quantity refers to the number of people in his/her social network. Although these two concepts have been associated with positive effects on health (Dolbier &

Steinhardt, 2000), the size of the social network has been found to be less strongly correlated to well-being than the quality of the social network (Zoeller et al., 1999; Cohen & Wills, 1985), and to have no correlation with PTSD severity (Whitehead, Perkins-Porras, Strike, & Steptoe, 2006).

4.1.1.2 Specific versus global

Social support function can be measured specifically (e.g. in a specific function) or globally (e.g. general functioning). Specific measures analyse the function of social support in a specific context, for example in time of elevated stress such as in the aftermath of a traumatic event. The Inventory of Social Support in Anxious Situations (ISSAS; St-jean Trudel et al., 2005, Guay et al., 2011) is a good example of a specific measure of social support. A global measure of social support rather analyses the general function of social support, for example how integrated a person feels in the social network. The Social Provision Scale (SPS; Cutrona & Russel. 1987) is an example of a global measure.

4.1.1.3 Perceived versus received

Another important distinction is perceived versus received social support. Perceived social support refers to an individual's perception of available social support whereas received social support refers to social support that is objectively received by the person (Dolbier & Steinhardt, 2000). Perceived social support is usually assessed with self-reported questionnaires whereas the latter usually requires more objective observational measures.

4.1.1.4 Positive versus negative

Finally, even though social support has generally been considered to have positive effects, recent studies suggest that it can also be deleterious despite people's best intentions to support (Guay et al., 2011; Zwiabach et al., 2010; Zoellner et al., 1999). Positive social support refers to supporting behaviors such as listening, validating the other person and proposing positive solutions (e.g. confiding into trustworthy people), whereas negative social support refers to non-supporting behaviors such as criticizing, being hostile toward the other person, and being dominant (Lehoux et al., 2007; Pizzamiglio et al., 2001).

4.1.2 Marital support

In the aftermath of a traumatic event, although social support can come from many sources, people tend to seek support mainly from their spouse. Moreover, it was found that the prevalence of psychiatric disorders was more associated to the quality of marital relationship than the quality of the relationships with relatives or friends (Whisman et al., 2000). Hence, marital support is generally considered as the most important source of social support (Denkers, 1999; Halford & Bouma, 1997). According to the resiliency model of family stress, when one person develops an illness, both partners will tend to change their roles in order to accommodate the sick person (McCubbin & McCubbin, 1988; 2003). With PTSD, the non-anxious partner could for example help the anxious person avoid reminders of the traumatic event. However, with time, the anxiety and reduction of the life quality associated with the symptoms

of PTSD can harm the quality of the marital relationship, and with it the quality of the support offered (Baucom et al., 2003).

Marital support may also have an important influence on the outcome of therapy. As it was mentioned above, people who suffer from PTSD often turn to their intimate partner as a source of support. The latter can also act as a recuperation agent (Guay, St-Jean-Trudel, Marchand, & Mainguy, 2004). However, it has been found that individuals diagnosed with PTSD suffer from numerous intimate relationship problems, including a greater likelihood to divorce, up to three times greater perpetration of intimate aggression, diminished intimacy and relationship satisfaction as well as marital distress (Cook, Riggs, Thompson, Coyne, & Sheikh, 2004; Monson, Rodriguez, & Warner, 2005). Despite the potential influence of marital support on maintenance and severity of PTSD symptoms, few studies have assessed its impact on treatment efficacy.

4.1.3 Cognitive-behavioral therapy (CBT) for PTSD

Empirical studies from the past three decades indicate that various CBT protocols effectively treat PTSD symptoms. The international clinical practice guidelines unanimously identified trauma-focused cognitive behavior therapy (TFCBT) as a first line treatment (Forbes and colleagues, 2012). However, no single intervention is universally effective, acceptable and/or feasible and many patients are left with residual symptoms (Bomyea & Lang, 2012; Foa et al., 2000). It is therefore important to examine which factors influence treatment outcome and focus on patients characteristics in order to provide optimized clinical care (Monson et al., 2005; Thrasher, Power, Morant, Marks, & Dalgleish, 2010). Although the link between social support and PTSD symptomatology is well established in the literature (Stevens et al., 2013; Polusny et al., 2011; Ozer et al., 2003; Brewin et al., 2000; King, King, Foy,

Keane, & Fairbank, 1999), the association between pre-treatment social support and the efficacy of CBT for PTSD is less clear, as few studies have examined this relation

4.1.4 Pre-treatment social support and CBT

Many studies have demonstrated the role of social support in the development and maintenance of PTSD symptoms. However, social support may also have an impact on the outcome of therapy for PTSD. For example, positive social support could influence the outcome of therapy by its impact on the therapeutic alliance. Meta-analytic studies have suggested a consistent relationship between good therapeutic alliance and better psychotherapy treatment outcomes (Martin, Garske, & Davis 2000; Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2006; Horvath, & Symonds, 1991). Indeed, therapeutic alliance has been associated with positive outcomes such as better treatment engagement, better adherence as well as less dropouts. PTSD treatment and especially exposure techniques can be very demanding for patients. A strong early therapeutic alliance might be particularly important to facilitate treatment adherence for PTSD (Keller et al., 2010). Interestingly, Keller and colleagues (2010) found that positive social support from the relatives in the aftermath of a trauma emerged as the sole predictor of a strong early alliance ($B = .23, p < .05$), above and beyond treatment modality. This suggests that good pre-treatment social support would positively influence strong therapeutic alliance.

Another possible impact of social support on treatment efficacy for PTSD relates to the fact that these treatments often ask patients to continue exposing themselves outside of the therapeutic settings, which can be very distressing (Foa et al., 2000). Good social support might help patients to meet these demands (Tarrier & Humphreys, 2003).

According to Foa and Rothbaum (1998), negative social support may also influence the therapeutic outcome. Indeed, negative social support from the relatives, such as negative criticism and emotional avoidance, could negatively influence the victim and contribute to the development of counterproductive behaviors in a therapeutic setting. Moreover, Joseph, Williams, and Yule (1997) propose that social support impacts PTSD symptoms via its influence on the victim's interpretation of the event. Indeed, other people's point of views could influence the victims, positively or negatively. Moreover, victims often experience profound belief changes (e.g. "I cannot trust people") as a result of the traumatic event. A lack of understanding and validation from relatives, which can be considered as negative social support, could interfere with the therapeutic effort to modify dysfunctional beliefs and prevent generalisation outside the therapeutic setting.

It would thus be important to determine if there is an association between social and marital support and the efficacy of CBT for PTSD. In this case, clinicians would need to adjust the therapy so that social support of the patient is considered in the process, for example by integrating the spouse or a relative in the treatment. In line with it, in the last couple years, few researchers have started to integrate the spouse in the therapeutic process (Billette et al., 2008; Monson, Schnurr, Stevens, & Guthrie, 2004). If the results of these studies are positive, this could be a great answer to the problem of pre-trauma social support affecting CBT efficacy.

4.1.5 Potential effect of CBT for PTSD on social support

Undergoing a treatment for PTSD could also possibly have a beneficial effect on the quality of social support. Indeed, according to the social selection theory of social support, healthy individuals are selected for successful social relationships. On the

contrary, psychologically distressed people may experience a decline of their social support resources (Kaniasty & Norris, 2008). In keeping to this theory, a decline in PTSD symptoms, as normally experienced during a successful treatment, would then lead to an increase in social support. However, this theory remains hypothetical as few studies investigated this relation.

4.1.6 Objectives

The principal aim of this systematic review is thus twofold: 1) to examine the role of social and marital support on the efficacy of CBT for PTSD, and 2) to assess if CBT for PTSD improves the quality of patients' social and marital support. A secondary aim is to see which of social or marital support has stronger effects on the outcome of CBT for PTSD.

4.2 Methodology

4.2.1 Selection of articles

The search covered Medline, PsychINFO, CINAHL, Embase, ISI, SCOPUS, Cochrane, and Proquest databases from January 1st 1975 to July 24th 2013, for articles on the link between social and marital support and CBT for PTSD. The generic query used is as follow : ("post traumatic stress disorder*" OR PTSD) AND (support OR marital OR spousal OR couple) AND ("cognitive therap*" OR "behavio* therap*" OR "cognitive

behavio* therap*"). When possible, search limitations were set in order to include only articles dating from 1975 and with people aged 18 years and over, when not, manual selection was carried out. Given that important studies on cognitive behavior modification started to emerge in the mid 1970s (Dobson, 2009), we decided to start the search from 1975. Two independent correctors also used hand searching. Before submission for publication, an independent search was also done in 2014 to look for articles released between 2013 and today with the same search terms. No articles were retained after this search.

4.2.2 Inclusion/Exclusion criteria

Eligible articles included any study in any language published in final form that involved the study of social and/or marital support with a CBT treatment for PTSD, in which participants had clinical PTSD (with or without comorbidities), were 18 years and older and sought treatment for their PTSD. All randomized and non randomized, controlled and uncontrolled, double-blind or not studies were included. Meta-analyses and systematic reviews were eligible. Also, all included studies had a cognitive-behavioral treatment of any form and at least one measure of social or marital support. Measures of support included any self-reported questionnaire, observational instruments, or interviews. In order to assess marital support, we included studies in which marital satisfaction or marital adjustment was assessed. Although these measures assess the quality of the marital relationship, which is a concept wider than marital support, they still assess some aspects of marital support such as the openness to confide in the partner. Finally, we excluded case reports and books.

4.2.3 Selection procedure

Two independent investigators reviewed the studies for eligibility. The title, abstract, or key words of the articles needed to contain an indication that support was being measured and that a treatment for PTSD was included in order for the reviewer to carry on to the next step. If either reviewer considered a study potentially eligible based on a review of the title and abstract, a full text review of the article was conducted. Any disagreement between reviewers after full text review was resolved by consensus after consultation with an independent third reviewer.

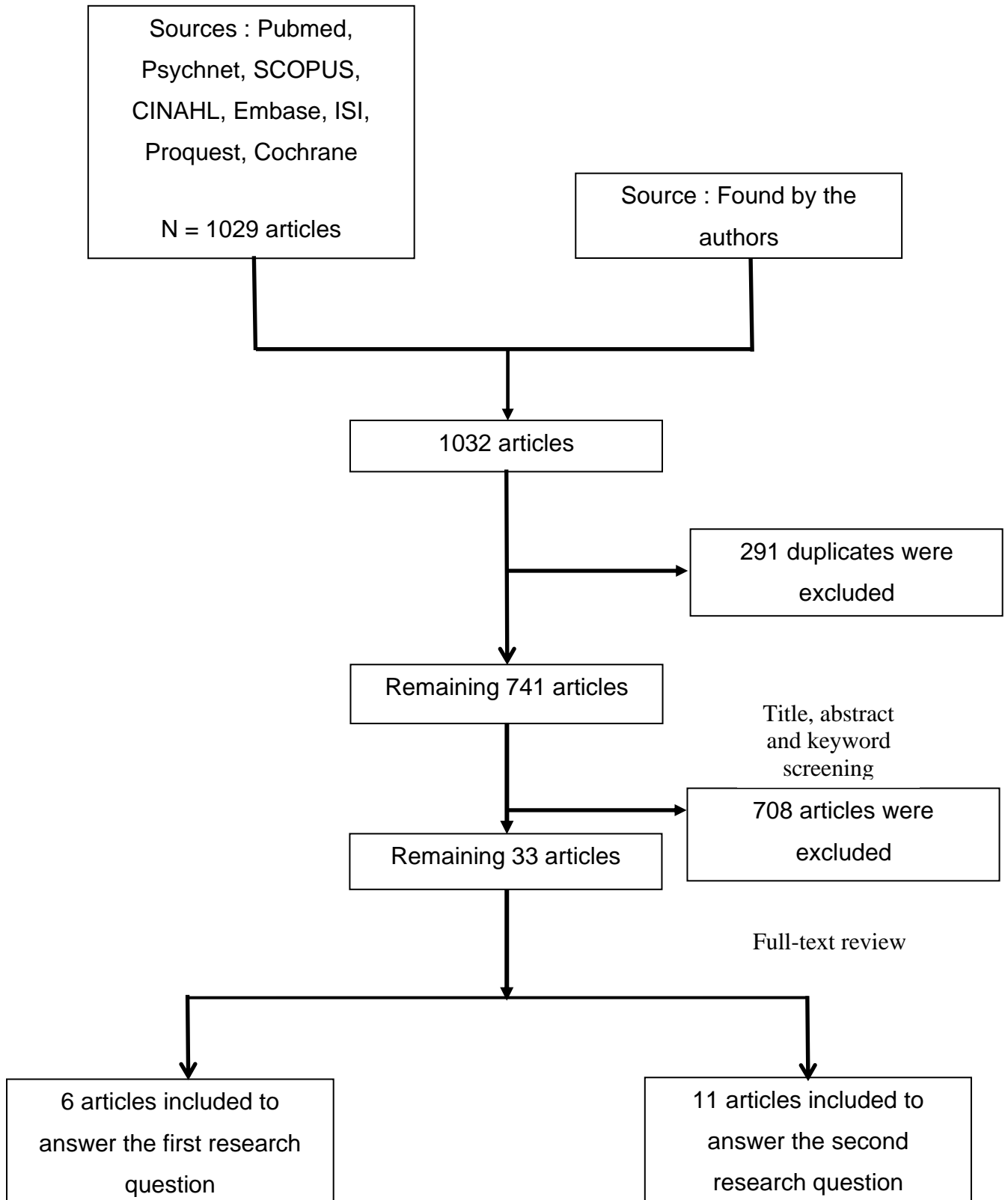
After full text review, inter-rater reliability between the two independent correctors was 90% (27/30). For the remaining articles (three), a consensus was reached between the two independent correctors (one was included, two were excluded) so there was no need for consultation with an independent third reviewer.

4.3 Results

The electronic databases search provided 1029 articles, from which 291 duplicates were removed (738). From the remaining 738 articles, a title, abstract and keywords screening led to the removal of 708 articles. The 30 remaining articles were submitted to full text review. Sixteen articles were removed (eight because there was no social or marital support measure; two because the link between social support and the efficacy of the therapy was not assessed; two because participants did not have clinical PTSD; one because the treatment did not focus on PTSD; one because all the articles in the

meta-analysis did not meet the inclusion criteria; one because it was a case report; and one because no therapy was provided). The 14 remaining studies were then included in the review. Finally, three more articles were included after hand searching, which led to a total of 17 studies. See figure 4.1 for a summary of article selection after each step and annexe E for selection of articles after full-text review.

Figure 4.1 Article selection following each step.



4.3.1 Effects of social or marital support and the efficacy of CBT for PTSD

4.3.1.1 Perceived support

In a randomized controlled trial (RCT), Barrios (2011) investigated the difference in clinical effectiveness of CBT for Hispanic compared to Caucasian adults with one of four psychiatric disorders (120 with panic disorder (PD), 48 with PTSD (43 Caucasians vs 5 Hispanics), 197 with generalized anxiety disorder (GAD) and 104 with social anxiety disorder (SAD). Social support was assessed with the Medical Outcomes Study (MOS) social support survey, a positive global measure of social support which assesses the perception of the availability of four different functional aspects of support: informational support, tangible support, affectionate support, and positive social interactions. The results indicated that among Hispanics, less pre-treatment social support significantly predicted greater anxiety sensitivity at 12 months follow up ($B = -.38, t = -2.81, p < .01$) and greater psychological distress at 6 months ($B = -.41, t = -2.18, p < .04$) and 12-month follow up ($B = -.35, t = -2.58, p < .02$). Also, greater pre-treatment marital and family life dissatisfaction predicted greater anxiety sensitivity at 6-month follow-up ($B = .41, t = 2.53, p < .02$) for all anxiety disorders combined. The authors also mentioned that Hispanic participants who benefited the least from CBT were those who entered treatment with the greater marital dissatisfaction, least social support, and greater stigma about visiting mental health professionals. Finally, Caucasian's results indicated that although pre-treatment social support and marital satisfaction were associated with anxiety sensitivity ($r = -0.34, 0.24$) and psychological distress (social support, $r = -0.27$) at follow-ups, neither of these factors predicted treatment outcomes ($p < 0.05$).

Another study by Gillespie, Duffy, Hackmann, and Clark (2002) examined the effectiveness of cognitive therapy with 91 patients with clinical PTSD resulting from exposure to a car bomb. In this non-controlled study, no standardized measure of social support was used. Participants were rather asked if they were having someone they could confide in, and the ones who responded positively were judged to have a supportive relationship (78%). The presence or absence of a supportive relationship failed to predict treatment response. In fact, patients with and without a supportive relationship had similar initial PTSD scores (PDS=34 and 33, respectively) and showed similar amounts of improvement (median improvement in PDS =69.2% and 66.7%, respectively). The authors did not provide any further statistics.

Thrasher, Power, Morant, Marks, and Dalgleish (2010) conducted a RCT with 77 PTSD patients. The therapy provided was exposure therapy and/or cognitive therapy, compared with relaxation. Perceived social support in dealing with the effects of the trauma was assessed with a modified version of the Significant Others Scale (SOS), a measure that assesses support offered by two people nominated by the participant. This instrument is a specific and qualitative measure of positive social support. The results demonstrated that higher SOS scores (representing higher social support) predicted more improvement in PTSD symptoms in the active treatment conditions only (cognitive and/or exposure therapy; $\Delta R^2 = 0.04$, $\beta = 0.47$, standard error of $\beta = 0.24$, $P < 0.05$). Moreover, higher social support was predictive of better treatment outcome even after controlling for baseline PTSD symptoms.

Finally, Monson and colleagues (2005) assessed the efficacy of two forms of CBT (trauma-focused vs skilled-focused) for PTSD in a non-randomized controlled fashion. Their participants were 48 veterans who had clinical PTSD and who were treated at Veteran's Administration Medical Center. In order to assess social support, the authors used measures of intimate and extended relationship functioning, the Marital Problem

Index (MPI) and the Social Isolation Index (SII), respectively. The MPI assesses happiness/satisfaction, problems getting along, arguments, and companionship whereas the SII assesses the presence of extended others for disclosure, emotional support, and instrumental support. Both instruments represent global and qualitative measures of positive social support. The results indicated that pre-treatment relationship functioning (intimate and extended) did not predict post-treatment PTSD (Intimate relationship, $\beta = 0.31$, $SE = 0.84$; extended relationship $\beta = -0.40$, $SE = 0.73$) and effects were small (Intimate relationship, $r^2 = 0.08$, extended relationship, $r^2 = 0.02$).

4.3.1.2 Received support

A RCT by Tarrier and colleagues (1999) investigated the effectiveness of two forms of CBT (cognitive restructuring or prolonged exposure) for PTSD and their predictors. Thirty-one participants with clinical PTSD and a key relative were recruited from the Victim Support Program in England. The authors investigated a concept analogous to social support, which is Expressed Emotion (EE). EE is used as a way to assess the quality of the relationship between patients and their key relatives and is generally assessed with the Camberwell Family Interview (CFI). The CFI is a semi-structured interview conducted with the key relative and is analyzed by a trained observer. It is thus considered as a received social support measure. The CFI is divided into five scales: 1) criticism or critical comments, 2) hostility, 3) marked emotional over-involvement, 4) warmth and 5) positive comments. In the social support literature, criticism and hostility are considered as negative social support. The first three scales are used to classify relatives of patients as low and high EE. The authors found that there was a significant difference on the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) between patients with low and high EE relatives, such that patients with high EE relatives experienced smaller changes on PTSD symptoms from pre to post-treatment

($t(29) = 2.14, p = 0.41$). Moreover, critical comments significantly predicted CAPS scores at post-treatment ($(F(1, 29) = 8.36, p = 0.0072$; multiple $R = 0.473$, adjusted $R = 0.197$). Critical comments also significantly predicted PTSD symptoms as measured with a self-reported questionnaire ($(F(1, 29) = 6.91, p = 0.014$).

Finally, Barrowclough, Gregg, and Tarrier (2008) worked on the same database presented in Tarrier and colleagues' study (1999). They analysed the relationship between EE and causal attributions in relatives of 38 PTSD patients. Results indicated that CAPS scores were predicted by the degree of relatives' hostility, number of missed sessions and baseline CAPS both at 6-month and 12-month follow-ups (6 months: $F(3,21) = 7.2, p = 0.002$; 12 months: $F(3,18) = 6.3, p = 0.004$. For a summary, see annexe A.

4.3.2 Effects of CBT for PTSD on social and marital support

4.3.2.1 CBT including the intimate partner

Considering that social and marital support may have an important role on the evolution of PTSD, the inclusion of the life partner in therapy has been considered by some clinicians and researchers. Billette and colleagues (2008) examined the effect of CBT for three women with PTSD caused by sexual assault within a single case experimental design with repeated measures. Four additional sessions with the husband were included (two sessions with the husband alone and two conjoint sessions) which focused respectively on psychoinformation, the impact of sexual assault on the person and couple, the expression of emotions about the consequences of the assault, and relapse prevention strategies. The results indicated that the satisfaction with support of

the victims (measured with daily measurements) increased by the end of treatment. It was also maintained or even higher at follow up (mean increase satisfaction with support from pre-treatment to follow-up for participant one = 85%, participant two = 125%, participant three = 450%). No other statistics were provided. All three participants also reported a decrease in unsupportive interactions and an increase in supportive interactions from pretest to follow-up, as measured by the Questionnaire on Social Support Behaviors in Anxious Situation (QSBA), a specific and perceived measure of marital support. Examination of raw data indicates that the mean increase in supportive interactions equals 13 points for participant one, 11.5 for participant two and 14 points for participant three. Moreover, the mean decrease in unsupportive interactions was 5.5 point for participant one, 17.5 for participant two and 12.5 for participant three. No further statistics were provided.

A pilot study by Guay, Billette, St-Jean Trudel, Marchand, and Mainguy (2004) measured the effect of a CBT for PTSD on marital support in two treatment conditions: with and without the spouse's participation. Eight participants with PTSD were randomly allocated to either an individual CBT or to a CBT with three therapy sessions that included their spouse. Participants in the spouse condition reported that their spouse encouraged them significantly more to talk about the traumatic event ($t(7)=3.2$; $p<0.01$). Also, results indicated a trend for these participants to be more satisfied with the ways they ask their spouse for help and support with difficulties related to the traumatic event ($t(7)=2.6$; $p < 0.07$), but it was not significant. This is probably due to lack of statistical power, however missing data (standard deviation) prevent us from making the calculation. Finally, visual inspection of figure three suggests that participants in the spouse condition reported more improvement on marital support and relationship. No further statistics were provided.

Monson and colleagues conducted a series of experiments testing the efficacy of Cognitive Behavioral Conjoint Therapy (CBCT) on PTSD symptoms and marital satisfaction. In 2004, Monson and colleagues reported the efficacy of a CBCT for seven couples in which the husband was a veteran with clinical PTSD. Results indicated no significant improvements in the partners' relationship satisfaction (scores on dyadic adjustment scale (DAS); $t(6) = 0.13, d = -0.92$), as well as no significant change across treatment for the veterans' relationship satisfaction ($t(6) = -2.25, d = 0.05$). However, this study lacked statistical power (three % and 14%, respectively). The authors pointed out that improvements in PTSD symptoms were found with couples predominantly satisfied with their relationship at intake, which suggests that therapy was more effective for couples who were maritally satisfied before treatment. In 2008, Monson, Fredman, and Adair also reported the results of a case study on a couple in which the husband was a veteran with PTSD. They found that although both partners scored in the moderately distressed range on the DAS at pre-treatment, both were well within the non-distressed range at the end of treatment. However, no statistics were provided. Later, a RCT by Monson and colleagues (2012) compared CBCT for PTSD to a wait list condition among 40 couples in which one partner was a veteran. The results indicated that 62% of the CBCT patients reported a clinically significant improvement in their relationship satisfaction on the DAS. Moreover, all of them were classified as satisfied in their relationship (DAS score of 98 or higher) at the end of treatment. The CBCT condition also resulted in a significantly greater improvement in patient-reported relationship satisfaction over time compared to the wait list (Hedge's $g = 0.13$; $t(68.5) = 2.00$; $p = .049$). Changes in DAS scores were non-significant in both conditions for the partners (Hedge's $g = 0.15$ for both conditions). Finally, in their study among six community couples in which one partner had PTSD, Monson and colleagues (2011) found that partners' satisfaction significantly improved ($t(5) = -3.16, p < 0.05$, Hedge's $g = 1.41$) after they received CBCT whereas non-significant, moderate to large improvements were found for patients' relationship satisfaction ($t(5) = -1.58, p > 0.05$, Hedge's $g = 0.71$). However, statistical power was low (23%).

Brown-Bowers, Fredman, Wanklyn, and Monson (2012) also reported the effect of CBCT for a man with clinical PTSD. In this study, the first six sessions were conducted with the victim alone (still following CBCT principles) and the remaining sessions were conducted with both partners. The authors reported that both partners maintained DAS scores in the non-distressed range from pre to post-treatment. However, no statistics were presented in the article. Moreover, a qualitative report of the partners indicated that they felt more confident in their marriage and that their relationship had improved.

4.3.2.2 CBT without the intimate partner

Forbes and colleagues (2012) conducted a RCT among 59 treatment seeking veterans with PTSD who received CPT or treatment as usual (TAU). Results indicated significant changes on the dyadic adjustment (measured with the Abbreviated Dyadic Adjustment Scale; ADAS) in both treatment condition ($F(1,48) = 6.55, p = 0.014, ES = -.063$). Indeed, there was a little increase for the CPT condition whereas a decrease was observed in the TAU condition at post-treatment, but levels of dyadic adjustment in both conditions returned to baseline at follow-up.

Palic and Elklit (2009) examined the effect of CBT on PTSD and functioning, for a group of highly traumatized refugees. Social support was assessed with the Crisis Support Scale (CSS), a scale that measures perceived support after a crisis has occurred. Participants rated their level of social support in two manners: first, pertaining to support at the time of traumatization and secondly, pertaining to the present. This scale is both a specific and global measure of social support. Indeed, participants answered

questions related to support obtained at the time of the trauma and at present time on the same topic (e.g. being able to talk about thoughts and feelings). Results indicated that compared to baseline, participants had significant increase in their perceived level of present social support at post-treatment ($z = -4.3, p < 0.000, r = 0.62$) and follow-up ($z = -4.1, p < 0.000, r = 0.59$). However, there was a statistically significant decrease in scores on perceived social support between the end of treatment and follow-up ($z = -2.3, p < 0.02, r = 0.33$). No changes were found in participants' retrospective (at the time of trauma) perceived levels of social support.

Cloitre and colleagues (2010) conducted a RCT among 104 women with PTSD resulting from sexual assaults. Participants were randomly allocated to one of three treatment conditions: Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation (STAIR) followed by prolonged exposure (STAIR/Exposure), supportive counseling followed by prolonged exposure (Support/Exposure), and STAIR followed by supportive counseling (STAIR/Support). Social support was assessed with the Interpersonal Support Evaluation List (ISEL), which is a qualitative global measure of social support. Results indicated that participants in the STAIR/ prolonged exposure group (Cohen's $d=0.76, p=0.01$) and the STAIR/Support group (Cohen's $d=0.67, p=0.01$; between group effect sizes) reported greater improvement in perceived social support at 6-month follow-up, compared to participants in the Support/Exposure group. These results suggest that treatment conditions including STAIR, which include components of CBT focusing on relations and emotional regulation, were more effective to improve social support.

Johnson, Zlotnick, and Perez (2011) conducted a RCT examining the effect of a new CBT treatment (HOPE) for PTSD compared to standard shelter service (SSS) in female victims of intimate partner violence. Social support was assessed with the Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB), a global and perceived measure of positive

social support. Intent-to-treat analyses revealed a significant effect of time on ISSB scores, such that participants reported greater degree of social support over the follow-up period. They also found a significant treatment effect ($t(67) = 2.11, p < .05$), so that women in the treatment condition reported more social support over the follow-up period than women in the control group. For a summary of these studies, see annexe B.

4.3.3 The role of social support relative to marital support in CBT efficacy

The secondary objective of the review was to assess the differentiated impact of social versus marital support. Indeed, it is believed that psychiatric disorders are more associated with the quality of marital relationship than quality of relationships with friends and family (Whisman et al., 2000). However, only two studies included both measures, which greatly limits the conclusions that can be drawn. Indeed, in the Barrios (2011) study, marital satisfaction ($\beta = .41$) seemed to be a better predictor of anxiety sensitivity than social support ($\beta = -.21$) at 6-month follow-up for the hispanic population. On the other hand, social support ($\beta = -.41$) seemed to be a greater predictor of psychological distress than marital satisfaction ($\beta = .27$) at 6-month follow-up. In the second study, Monson and colleagues (2005) found that neither social support nor marital support predicted PTSD symptoms. Based on these results, the hypothesis that marital support would be more strongly associated with CBT outcome than social support is cannot be supported nor rejected.

4.4 Discussion

4.4.1 Deduction : Effect of social or marital support and the efficacy of CBT for PTSD

The results reported in this section partly support our hypothesis that social support predicts the efficacy of CBT for PTSD. Indeed, four studies demonstrated a link while two others did not find one. The study conducted by Barrios (2011) indeed suggests that the context surrounding the treatment setting needs to be considered when providing treatment for psychiatric disorders, particularly with Hispanic patients. However, the results should be considered in light of some limitations. Given that psychiatric disorders were not analysed independently (all anxiety disorders combined), the specific contribution of social support on treatment for PTSD has not been assessed in this study. Moreover, PTSD participants accounted for only 17% of the sample. Results from Thrasher and colleagues (2010) also support the idea that pre-treatment social support, particularly support related to the effects of trauma, should be considered when providing CBT for PTSD.

On the other hand, two of the six studies found no link between social support and the efficacy of CBT. However, the measure used to assess social support in the Gillespie and colleagues' study (2002) is not a validated measure of support and is considered incomplete because only one question was asked, which is very unlikely to cover the whole concept of social support. Moreover, "the presence of someone you can confide in" does not necessarily represent a supportive relationship, given that social support can also be negative despite people's intentions and willingness to support the other person. As for Monson and colleagues' study (2005), even though validated questionnaires were used, the intimate questionnaire relating to marital satisfaction (MPI) was completed by all participants, irrespective of their marital status. A closer look to the data indicate that only 42% of the sample was married, and the authors gave no indication on the number of participants who were in an intimate relationship at the

time of the study. It is thus likely that some participants were not in an intimate relationship, and this could have affected the validity of the results on the MPI given that the whole sample completed this measure.

When looking at the measures used to assess social support, it was noticed that only one study (Thrasher et al., 2010) investigated social support with a specific measure, which was found to be highly predictive of treatment efficacy. This result might indicate that researchers should investigate how social support is provided within the traumatic context. Indeed, whereas global measures of social support are indicative of the general social environment of a person, the specific way in which PTSD is dealt with among the couple and family might probably be a key factor that can negatively affect the patient. Moreover, although only two studies used measures of negative social support (Barrowclough, Greg, & Tarrier, 2008; Tarrier et al., 1999), their results seem to indicate that negative social support has a high influence on the course of treatment. These results are in line with many studies that found that negative social support is a better predictor of PTSD symptomatology and psychological distress than is positive social support (Guay et al., 2011; Zwiebach et al., 2010; Zoellner et al., 1999). However, more studies are needed to assess the independent effects of positive and negative social support on the efficacy of CBT for PTSD.

4.4.2 Deduction : Effect of CBT for PTSD on social or marital support

The results presented in this section support the hypothesis that CBT for PTSD increases social and/or marital support. More specifically, it was found that therapies that include the significant other improve the quality of marital satisfaction or adjustment. Indeed, five studies looked at the effectiveness of CBCT to decrease PTSD symptoms and found that by the end of the study, most couples reported better or equal

marital adjustment. Only one study (Monson et al., 2011) did not find significant results. However, this study lacked power. It is also interesting to note that studies that only partially integrated the partner also found significant and/or positive results, which seems to indicate that a full participation of the partner is not necessary. This is an interesting avenue because partners might not always be available or willing to participate in therapy. The results also indicated that people who participated in individual therapies reported increased level of social support by the end of therapy. In these cases, social support was assessed with global measures, which seems to indicate that people perceive higher levels of support in their environment in general. This seems to support the social selection theory of social support described earlier. However, it could also be explained by the fact that participants perceived greater community support from the study staffs (eg. the therapist). In line with this, Palic and Elklit (2009) found that at follow-up, participants reported a decrease in social support, which could reflect the separation from the study staff from post-test to follow-up. It is also possible that the presence of PTSD symptoms negatively affected the perception of participants relating to their social support at the beginning of the study. Forbes and colleagues (2012) were the only ones who looked at marital adjustment after individual therapy (CPT) and their results indicated no significant increase at the end of therapy. Although it is possible to believe that the alleviation of symptoms might increase the quality of the relationship, it is also possible that it created an important change in the couple's dynamic. Indeed, according to Bélanger, Leduc, Fredman, El-Baalbaki, and Baucom (2008), the presence of an anxiety disorder in an intimate relationship can lead partners to adopt specific roles and behaviors that will develop into a specific dynamic (e.g. dependance/codependance dynamic) that will persist over time. Furthermore, the presence of an anxiety disorder could also create a cost and benefit rapport between the partners, which in some cases would contribute to the maintenance of the trouble. For example, having an anxiety disorder could have hurting consequences for the anxious partner such as dysfunction, dependence, feelings of guilt toward the impacts on the partner, as well as benefits such as being cared for and having less responsibilities. The

non-anxious partner could also experience some costs (e.g. frustration, more responsibilities, less intimacy) and benefits (e.g. feelings of being essential, conveniences). This suggests that inclusion of the partner in therapy might be needed to increase marital support and help partners deal with the changes associated with improvement in PTSD symptoms.

4.4.3 General deductions

The results presented above generally indicate that social support is an important aspect to consider when treating PTSD patients. Indeed, four studies demonstrated that pre-treatment support affected the quality of the treatment. Even though it was not specifically assessed, Monson and colleagues (2005) also found that CBT worked best with couples predominantly satisfied with their relationship at intake. Fortunately, many authors started to investigate the effect of including the partner into the therapy and found positive results relating to marital satisfaction. Moreover, other studies also found that individual CBT increased social support. However, many gaps still need to be filled. Indeed, even though social support can also be negative, only a few studies included measures of negative social support, despite the fact that studies assessing social support and PTSD demonstrate that its effect might be more important. Moreover, studies that specifically assessed how social support was provided in regard to the trauma are missing. It is thus suggested that researchers use both a specific and a global measure of social support. Again, this could help better understand the role social support can play into the course of a disorder. Finally, results from Guay and colleagues (2004) and Billette and colleagues (2008) indicated that partially integrating the partner into the therapy might be an interesting avenue. However, RCTs with larger sample sizes will be necessary to support these results.

Unfortunately, it was not possible to assess the differentiating role of marital versus social support on the efficacy of a CBT for PTSD because only two studies included both measures. Many questions are thus left to answer. For example, is one type of support affected by the other one? Do these two measures affect independently the efficacy of CBT? Future studies would need to include both assessments for participants who are in a significant relationship. Determining whether social and/or marital support are significant aspects to consider is important because it would help clinicians determine what is needed to work on in order to increase CBT efficacy.

Finally, the results presented above should be interpreted in light of the following limitations. Some of the studies included in the review did not include a valid measure of support, which limits the validity of the results. Also, some studies had a very small sample size or were pilot studies and thus only presented limited statistics (e.g. no effect size). Although the results generally suggest that social support has an impact on the efficacy of CBT for PTSD, the lack of studies with large sample sizes and robust statistics limits the conclusions that can be drawn from this review. More RCTs would definitely be needed in order to determine the specific and definite role of social and marital support pertaining to PTSD treatment.

CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

Cette recherche doctorale visait à développer une meilleure compréhension des différentes dimensions du soutien social et conjugal chez des personnes souffrant de TSPT. Deux types d'analyses ont été préconisées, l'analyse quantitative et l'analyse qualitative. L'analyse qualitative a quant à elle permis d'explorer la présence de soutien social et conjugal à partir des propos, des comportements et des interactions (non verbal) observés lors d'une conversation filmée chez des victimes souffrant de TSPT et le proche de leur choix. Ces analyses visaient à explorer un point de vue nouveau et significatif de la réalité des participants. Elles ont également permis d'en apprendre davantage sur les comportements de soutien positif et négatif reçus et perçus, et comment ceux-ci étaient influencés par la dynamique de la dyade. Les analyses quantitatives ont pour leur part testé les différentes dimensions du soutien social (ex. nature, type, source) en lien avec la sévérité des symptômes. Une revue systématique des écrits a quant à elle permis d'évaluer l'impact du soutien social et conjugal sur l'efficacité d'une psychothérapie cognitive-comportementale pour le TSPT, ainsi que l'impact de la psychothérapie sur le soutien social et conjugal des victimes. Dans cette section, un résumé des résultats obtenus sera effectué selon les différentes dimensions du soutien social (source, nature, mesures de soutien perçu/reçu), ainsi qu'une discussion des implications théoriques et cliniques. Finalement, une évaluation des forces et faiblesses de cette recherche doctorale sera présentée.

5.1 Source du soutien social

Dans cette recherche, la différence entre les couples et les non-couples a été analysée afin d'explorer l'apport de la source du soutien social sur le TSPT. Les résultats de cette étude n'ont décelé aucune différence significative entre les couples et les non-couples en ce qui a trait au soutien positif. Cependant, il a été montré que les couples présentaient généralement plus de soutien négatif. Ces observations ont été obtenues tant par l'analyse des données quantitatives que qualitatives, ce qui renforce (par triangulation des résultats) leur vraisemblance. De plus, ces analyses se différencient par le degré de précision de leurs analyses (macroscopiques versus microscopiques). Au niveau des analyses quantitatives, le soutien était analysé en fonction des questionnaires autorapportés, ainsi que par des patrons de comportements observés (macroscopiques). Les analyses qualitatives se basaient plutôt sur l'observation d'indices comportementaux verbaux et non verbaux plus précis (ex. tonalité de la voix, tendre un mouchoir). Les résultats de l'ensemble des analyses suggèrent ainsi l'hypothèse que des facteurs conjugaux expliqueraient la plus grande prévalence de soutien négatif chez les couples.

Une piste d'explication serait en effet que les couples présentant un faible niveau d'ajustement conjugal seraient plus à risque d'offrir un soutien négatif. Dans cette étude, des analyses de corrélation ont montré la présence d'un lien significatif important avec de grandes tailles d'effet entre ces deux variables (voir appendice C). Ces résultats semblent alors indiquer que l'ajustement conjugal joue un rôle important dans la qualité du soutien apporté par les partenaires de vie. Cependant, comme il s'agit d'analyses corrélationnelles, il n'est pas possible de connaître l'orientation de la relation entre ces

variables. Il est donc possible que la présence de soutien social négatif influence négativement l'ajustement conjugal.

Un autre facteur conjugal pourrait être déduit par le fait que dans notre étude, les couples formés depuis plus de cinq ans et avant l'apparition du trauma recevaient plus de soutien négatif. Il est alors possible que la durée de la relation conjugale ainsi que le moment d'apparition du trauma agissent directement ou indirectement sur la dynamique d'un couple. Cette dynamique influencerait à son tour la qualité du soutien offert et le niveau d'ajustement conjugal. Il a d'ailleurs été montré qu'à travers les années, les niveaux d'ajustement conjugal étaient négativement influencés par les niveaux d'hostilité chez les couples, ainsi que la présence de symptômes pathologiques (Hafner & Spence, 1988). Ainsi, un couple vivant ensemble depuis plusieurs années et dont un des partenaires souffre d'un TSPT pourrait être plus à risque d'avoir un faible niveau d'ajustement conjugal. Cependant, comme les résultats rapportés en lien avec la durée du couple et le moment d'apparition de ce dernier proviennent d'analyses exploratoires (qualitatives), il serait intéressant de tester cette hypothèse dans de futures recherches à l'aide d'analyses quantitatives.

Plusieurs hypothèses peuvent également être abordées par rapport au manque d'association significative entre le soutien positif et la sévérité des symptômes du TSPT chez les couples. Ceci pourrait être expliqué par le fait que les interactions positives posées par les partenaires de vie soient perçues avec une moins grande sensibilité par les victimes de TSPT, qui partagent un quotidien avec leurs partenaires. Il est aussi possible que les comportements de soutien positif répertoriés dans cette étude ne représentent pas les interactions quotidiennes des couples, et donc que leurs effets soient moindres sur la sévérité des symptômes. Il est également possible que les amis et la famille présents dans cette étude soient des membres particulièrement proches et soutenant des victimes, ce qui biaiserait positivement les résultats. En effet, bien que

certains participants étaient en couple, ils avaient la possibilité de participer à l'étude avec un autre proche de leur choix. Plusieurs participants ont ainsi fait ce choix dans notre échantillon, ce qui pourrait soutenir cette hypothèse.

Bien qu'il ne fût pas possible de déterminer l'effet que la source du soutien social avait sur la sévérité des symptômes du TSPT en raison d'une puissance trop faible, il n'en reste pas moins que cette étude a montré que le soutien social et l'ajustement conjugal influençaient l'efficacité d'un traitement TCC pour le TSPT. En effet, des niveaux plus élevés d'ajustement conjugal et familial ainsi que de soutien social au prétraitement influençaient positivement le rétablissement. Cependant, les études répertoriées n'ont pas permis d'analyser l'effet différentiel d'un soutien offert par diverses sources (ex. couple versus famille) sur l'efficacité d'une thérapie.

Ces résultats semblent alors montrer qu'étudier le soutien social provenant de plusieurs sources permettrait aux chercheurs d'avoir un aperçu plus réaliste du lien qui existe entre le soutien social et le TSPT. En effet, le soutien social semble être perçu et reçu différemment par les victimes, selon le type de lien qui existe entre la victime et la personne qui le procure (ex. le partenaire de vie versus un ami ou un membre de la famille). En effet, il est possible que les questionnaires de type global (ex. l'Échelle de Provision Sociale) puissent masquer un manque de soutien positif (ou la présence d'un soutien négatif) provenant de certains proches, puisque la personne ferait une forme de « moyenne subjective » du soutien qu'elle reçoit. Pourtant, la présence de comportements contre-soutenants (ex. chez le partenaire de vie) pourrait tout de même affecter la personne souffrant d'un TSPT. Il est également recommandé de répliquer les résultats de cette étude avec davantage de participants, afin de connaître l'influence de la source du soutien sur la sévérité des symptômes, ce qui n'a pu être réalisé dans le cadre de cette recherche doctorale.

De plus, le développement d'un questionnaire spécifique au soutien conjugal pourrait être pertinent, afin de mieux cerner son influence sur le TSPT. En effet, toutes les études recensées dans le cadre de cette recherche doctorale, incluant celle-ci, utilisaient des mesures d'ajustement conjugal comme mesure de soutien conjugal. Cependant, celles-ci incluent des concepts plus larges que le soutien social, par exemple, la qualité des relations intimes, ce qui diminue la précision des résultats obtenus. De plus, les résultats de l'étude qualitative semblent montrer que certains types de communication n'étaient présents que chez les couples (mode de communication où l'un des partenaires prend un rôle passif/actif, voir article qualitatif) et que ces derniers pouvaient influencer la qualité du soutien social. De plus, la durée de la relation conjugale ainsi que le moment d'apparition du trauma ont été relevés comme des facteurs importants du soutien conjugal. Ces facteurs soutiennent ainsi la spécificité du soutien lorsque celui-ci est offert dans un couple. Les propos et thèmes relevés par les analyses qualitatives pourraient alors servir de base (ex. mon partenaire s'adresse à moi avec un ton négatif, mon partenaire invalide mes propos) pour le développement d'un questionnaire sur le soutien conjugal.

Au niveau clinique, l'inclusion du partenaire de vie ou de proches comme acteurs importants dans le rétablissement d'une victime de TSPT pourrait également être une avenue intéressante. Plusieurs études ont en effet montré des effets positifs sur le soutien social lorsque le partenaire de vie est inclus, ou que ce dernier est présent durant quelques séances de thérapie avec une visée psychoéducatrice (Billette et al., 2008; Guay et al., 2004). Cependant, l'intégration d'autres proches pourrait également être pertinente. En effet, selon les résultats de notre étude qualitative, la famille et les amies avaient généralement tendance à procurer du soutien social positif. Des services pourraient également être offerts aux partenaires de vie et aux proches via des centres de soutien aux membres de l'entourage d'une personne présentant les manifestations cliniques d'un trouble de santé mentale. Une étude de Crevier et collègues (2015) a

d'ailleurs démontré que la présence de symptômes dépressifs chez les personnes soutenantes influençait négativement la qualité du soutien offert, ce qui donne appui à l'idée d'être sensible au vécu des proches de la victime et de leur importance dans le rétablissement de ces dernières. Finalement, il importe de noter que notre analyse quantitative des différentes sources de soutien social a révélé que le soutien social positif provenant de la famille ou des amis, tel que mesuré et observé lors d'une interaction, pourrait avoir un impact plus important sur la sévérité des symptômes du TSPT que le soutien fourni par un partenaire de vie. Ces résultats, bien que non significatifs, pourraient indiquer que la nature positive des interactions avec un membre de la famille ou un ami pourrait avoir un effet positif sur les symptômes des victimes. En effet, il semble que lorsque l'échantillon de cette étude était divisé selon la source (amis/famille versus conjoints), nous n'avions pas la puissance nécessaire afin de détecter l'effet du type de soutien ainsi que sa source sur les symptômes du TSPT. Nous ne pouvons donc exclure cette hypothèse pour l'instant. Ainsi, encourager la recherche de soutien social envers les différents proches pourrait demeurer une avenue intéressante pour les cliniciens.

5.2 Nature du soutien (positif versus négatif)

Depuis plusieurs années, certains auteurs ont repéré la présence de perceptions et d'interactions négatives entre une victime souffrant d'un trouble psychologique et ses proches (Guay et collègues, 2011; Vaughn, Snyder, Freeman, Jones, Falloon, & Liberman, 1982; Brown & Rutter, 1966). Ces observations ont permis d'ébaucher les concepts d'Expressed Emotion (EE ; se référer à la p.101 de cette thèse pour une définition de ce concept) ainsi que du soutien social négatif. La nature positive et négative du soutien social a donc été mise de l'avant dans cette thèse doctorale afin

de mieux comprendre ses mécanismes, ainsi que leurs liens avec les symptômes de TSPT.

L'analyse des données qualitatives a d'abord permis de faire ressortir une série innovante de catégories et de codes pouvant compléter notre compréhension du soutien social positif et négatif. Les codes étaient par la suite analysés selon la présence de différents facteurs externes, tels que le type de dyade (ex. couples versus non-couple) et le genre des participants. L'analyse des codes de soutien social positif a démontré leur présence de façon similaire à travers nos dyades, à l'exception des non-couples, qui présentaient parfois une plus grande quantité de gestes ou d'expressions dénotant des tentatives d'être soutenant. Pour ce qui est du soutien négatif, il est apparu de manière plus importante chez les dyades comportant une femme victime, ainsi que chez les couples formés avant le début du trauma et ensemble depuis plus de cinq ans. Pour ce qui est des analyses quantitatives, les résultats ont montré des corrélations significatives entre les mesures de soutien positif et la sévérité du TSPT. Ceci a été observé pour chaque type de mesure de soutien positif, c'est-à-dire les mesures de soutien perçu, reçu, spécifique et globale. Aucune corrélation significative n'a cependant été montrée entre les mesures de soutien négatif et la sévérité des symptômes. Finalement, pour ce qui est de l'influence du soutien positif et négatif sur l'efficacité d'un traitement pour le TSPT, les deux types de mesures ont montré des corrélations significatives dans cette recherche doctorale.

Les résultats de cette étude semblent ainsi montrer l'importance d'inclure des mesures attestant de la nature du soutien social lorsque nous tentons de comprendre le lien qui l'unit au TSPT. En effet, les analyses qualitatives ont montré que le soutien social négatif reçu était plus fréquent chez les dyades dont la victime était une femme, ce qui n'a pas été observé avec les mesures de soutien positif. Ces résultats sont importants puisque selon Crevier et ses collègues (Crevier et al., 2014), les femmes seraient deux fois plus à risque de développer un TSPT. De plus, les résultats d'une

étude par Andrew et ses collègues (2003) ont montré que les femmes percevaient généralement plus de soutien négatif que les hommes, et que les interactions négatives perçues agissaient comme médiateur de la relation entre le genre et les symptômes du TSPT.

Ces études semblent ainsi indiquer l'importance du soutien social négatif dans le développement et le maintien des symptômes du TSPT chez les femmes. Notons cependant que la plupart des femmes dans notre échantillon étaient en couple, ce qui rend l'influence du genre difficile à évaluer, et diminue la portée des résultats obtenus. De plus, dû au faible nombre de participants dans notre échantillon, une réplication de cette étude avec plus de participants permettrait de clarifier si les facteurs liés au soutien négatif et au genre décelés dans cette étude demeurent spécifiques ou non à notre échantillon.

En ce qui a trait à la sévérité des symptômes du TSPT, les résultats obtenus semblent indiquer que le soutien social positif aurait plus d'impact sur la sévérité des symptômes du TSPT que le soutien négatif. Le soutien social positif pourrait ainsi possiblement atténuer l'impact de la présence de soutien social négatif chez les participants de notre étude. Ces résultats amènent ainsi un éclairage nouveau, puisque plusieurs études ont montré l'impact plus important des mesures de soutien négatif (Guay et collègues, 2011 ; Andrews et al., 2003; Ullman & Filipas, 2001; Dunmore et al., 1999). Ces résultats suggèrent ainsi l'importance d'un réseau de soutien riche chez les victimes de TSPT. Par exemple, chez une personne qui est en présence de relations non-soutenantes à la maison, la recherche de soutien social dans l'ensemble du réseau (amis, famille élargie, collègues de travail) de la personne pourrait constituer une bonne stratégie d'adaptation afin de contrebalancer les effets du soutien négatif.

Pour ce qui est du lien entre la nature du soutien social et l'efficacité du traitement pour le TSPT, les résultats de la recension systématique des écrits scientifiques a décelé une seule étude incluant une mesure de soutien négatif (Camberwell Family Interview), qui s'est avérée significative. Il est à noter que la compréhension de ces résultats demeure mitigée puisque la mesure de soutien négatif était une mesure d'EE, un concept se rapprochant du soutien social négatif, sans le couvrir de façon spécifique. L'influence de la nature du soutien social négatif sur l'efficacité d'un traitement pour le TSPT demeure donc à ce jour non connue. Pourtant, une réplification de ces résultats aurait des conséquences importantes dans le traitement du TSPT. Par exemple, les analyses thématiques effectuées dans notre recherche ont permis de repérer que l'incompréhension vécue par les victimes était perçue comme un aspect important du soutien social négatif. Sachant que les traitements psychologiques pour le TSPT peuvent parfois susciter un inconfort important de par leurs intensités (ex. l'exposition), il est probable que l'importance pour une victime d'être suffisamment soutenue et comprise dans son processus thérapeutique demeure un facteur important de l'évolution du patient en dehors des séances thérapeutiques. Cependant, d'autres études incluant des mesures de soutien social positif et négatif seraient nécessaires afin de tester cette hypothèse, et de mieux comprendre l'effet différentiel de ces formes de soutien sur le TSPT.

5.3 Soutien reçu versus soutien perçu

Une dernière dimension du soutien évaluée dans cette étude était son type de mesure. Plus précisément, on cherchait à évaluer l'impact du type de mesure sur le lien unissant le soutien social et conjugal et le TSPT, ainsi que la relation qui unit le soutien perçu et reçu. L'analyse quantitative des corrélations entre les questionnaires de soutien perçu et reçu a montré des corrélations faibles, voire inexistantes. Ces résultats sont contraires

aux résultats de la méta-analyse de Haber et ses collègues (2007), qui ont trouvé une corrélation de 0,30 dans leur étude.

Ce résultat indique ainsi des différences importantes entre les perceptions des participants et les comportements observés au sein des dyades de cette étude. De plus, dans cette étude, les mesures de soutien reçu et perçu ont toutes deux présenté des corrélations significatives avec la sévérité des symptômes du TSPT. Ces résultats suggèrent ainsi que l'inclusion de mesure de soutien reçu permet de déceler des facteurs influents au TSPT, qui ne sont pas captés par les mesures de soutien perçu fréquemment utilisées dans les études scientifiques.

Plusieurs facteurs pourraient expliquer le faible taux de corrélations entre les mesures de soutien perçu et reçu observé dans cette étude. En effet, il est intéressant de noter que la plupart des études incluses dans la méta-analyse de Haber et collègues (2007) portaient sur un échantillon d'étudiants et de gens provenant de la communauté. Seulement deux études incluaient un échantillon clinique (aucune donnée pour l'un des articles quant aux diagnostics, diagnostics de trouble schizophréniques et de l'humeur pour 70% des participants de l'échantillon de l'autre article). Il est alors possible que cette différence au niveau de l'échantillonnage explique la disparité observée entre les résultats de la méta-analyse et la présente étude. En effet, des changements significatifs au niveau des croyances envers soi-même, du monde, ou des gens sont maintenant considérés comme un des critères du TSPT (APA, 2013). Par exemple, à la suite d'une exposition à un événement traumatique et ses conséquences, les gens souffrants d'un TSPT pourraient se percevoir comme étant plus incompetents, et avoir tendance à se blâmer pour leur vulnérabilité. Il se pourrait également que ces derniers développent une méfiance envers les gens qui les entourent, ainsi que face au monde. Ces symptômes pourraient alors créer une distorsion des perceptions face à l'autre. Par exemple, les victimes pourraient percevoir plus négativement leurs interactions à

l'autre s'ils entretiennent la croyance qu'il est difficile de faire confiance aux gens, ou que les gens sont malhonnêtes. Il est également possible que la croyance d'être incompetent depuis le trauma amène les victimes à se fier davantage à leur entourage. Ces derniers pourraient alors être perçus sous un jour plus positif (ex. «cette personne est plus adéquate que moi»). Ces distorsions pourraient ainsi expliquer le faible taux de corrélation entre les mesures de soutien perçu et reçu. Une étude de Robinaugh et collègues (2011) a d'ailleurs montré que l'effet des interactions négatives et du soutien social n'expliquait plus la sévérité des symptômes du TSPT lorsque ces facteurs étaient combinés aux croyances post-traumatiques. Ces résultats soutiennent ainsi l'idée que les croyances post-traumatiques des victimes de TSPT ont un impact important sur leur perception et qu'ils ont le potentiel de créer des distorsions cognitives.

Il est également possible de penser que la nature des questionnaires choisis dans cette étude puisse influencer le faible degré de corrélation entre les mesures de soutien perçu et reçu (voir article quantitatif). En effet, il se pourrait que les items présents dans les questionnaires autorapportés et les grilles de codification évaluaient des concepts divergents. Une exploration des résultats des analyses qualitatives pourrait être une avenue intéressante afin d'éclairer le lien qui unit le soutien perçu et reçu dans cette étude. Les codes thématiques pourraient ainsi faire office de mesure de soutien perçu, puisqu'ils décrivent le contenu des propos énoncés par les participants et donc représentent leurs perceptions. Ces codes pourraient être séparés en deux sections, les codes représentant une forme de soutien positif et négatif (F; ex. être présent pour l'autre, accompagner l'autre dans ses sorties), ainsi que des codes indiquant la présence (ou pas) de soutien, tel qu'exprimé par la victime (P; ex. «je me sens soutenu»). Voir l'annexe C, présentant les codes de type F et l'annexe D pour les codes de type P. Les codes conversationnels, quant à eux, pourraient servir de mesure de soutien reçu, puisqu'ils ont été observés par les auteurs de cette recherche. Une analyse exploratoire des cooccurrences (à l'intérieur du cas, donc de chaque dyade) entre les codes

thématiques et conversationnels a démontré que l'ensemble des codes conversationnels représentant un soutien positif cooccurrait plus fortement avec les codes thématiques de type F (Indice de Jaccard = 0,979) qu'avec les codes thématiques de type P (Index de Jaccard = 0,146). Des résultats similaires ont aussi été observés pour le soutien social négatif. En effet, une analyse des cooccurrences a révélé qu'un groupement des codes conversationnels en lien avec le soutien négatif cooccurrait plus fréquemment avec les codes thématiques de type F (ex. invalidation des autres; Indice de Jaccard = 0,646) qu'avec les codes thématiques de type P (Indice de Jaccard = 0,065). Ces analyses exploratoires montrent donc une très forte concordance entre les comportements de soutien observés par les auteurs et les types de soutien rapportés dans les échanges entre une victime de TSPT et son proche. D'un autre côté, la cooccurrence des codes demeure presque absente entre les comportements de soutien observés et ceux qui ont été nommés par les victimes. Il semble ainsi que dans cette étude, la présence de soutien observé et perçu corrèle faiblement également au niveau des mesures qualitatives de type P. Ces résultats pourraient ainsi dénoter une différence de perception entre le soutien observé et perçu par les victimes, ce qui soutiendrait les résultats observés au niveau des analyses quantitatives. Il est cependant possible que ces résultats soient aussi dus au fait que peu de victimes aient nommé le fait de se sentir soutenues par leur partenaire de dyade durant la conversation.

Finalement, comme il a été mentionné plus haut, les mesures de soutien perçu et reçu ont toutes deux montré des corrélations significatives avec la sévérité du soutien social et l'efficacité d'une TCC pour le TSPT. Il serait intéressant d'utiliser plusieurs types de mesure dans les futures recherches, ce qui permettrait de mieux comprendre les différents mécanismes spécifiques aux mesures par lesquels nous pouvons lier le soutien social et le TSPT. La présence d'un devis mixte dans notre recherche semble également être une avenue possible par laquelle la découverte de nouvelles connaissances et la création de nouveaux outils de mesure pourraient s'exercer. Il semble en effet y avoir une grande disparité entre les critères d'analyse au niveau du

soutien reçu et le contenu des questionnaires de soutien perçu, ce qui rend la comparaison de ces mesures possiblement plus difficiles.

5.4 Forces et limites de la recherche doctorale

Malgré la pertinence des résultats observés, il est important de noter que cette étude présentait plusieurs limites à considérer. En effet, le faible nombre de participants ne donnait pas la puissance nécessaire pour détecter des tailles d'effet modérés à grandes. Cette puissance nous aurait ainsi permis de répondre avec plus de précision aux diverses hypothèses de cette recherche doctorale. De plus, il est possible que notre échantillon présentait une faible variance au niveau des comportements de soutien négatif. Des mesures de désirabilité sociale pourraient permettre d'appuyer partiellement cette hypothèse. Il est aussi possible que la présence de désirabilité sociale ait influencé la présence du soutien social positif observé, et donc que celui-ci n'était pas représentatif des interactions quotidiennes des dyades. Il est également possible que les demandes liées à la recherche (« parler des impacts tu trauma et de votre soutien ») soient trop spécifiques et ne permettent pas de saisir les comportements de soutien naturels des participants. Finalement, notre échantillon comportait peu de participants représentant la famille ou les amis. En ce qui a trait à la famille et les amis, il était également possible pour les participants de venir accompagné par l'un deux, malgré la présence d'un ou d'une conjointe dans leur vie. Ceci aurait pu également influencer la présence de soutien social positif. Cependant, il est à noter que la grande prévalence de femmes dans notre échantillon est représentative des victimes de TSPT (APA, 2013). Il est également important de noter que cette étude a été faite avant la sortie du DSM-5. Puisque certains changements ont été apportés aux critères du TSPT, il serait pertinent de répliquer les résultats de cette recherche doctorale avec les nouveaux critères. En effet, comme l'étude de Robinaugh

et ses collègues (2011) a montré plus haut, il semble que les cognitions post-traumatiques (qui sont maintenant un nouveau critère dans le DSM-5) soient associées à la qualité et la perception du soutien social et conjugal, ainsi que la sévérité des symptômes du TSPT. De plus, puisque ces croyances sont généralement négatives, l'analyse de ces symptômes pourrait possiblement mettre davantage en lumière l'effet du soutien social négatif sur la sévérité des symptômes. Finalement, il est à noter que l'objectif initial de la collecte de données de cette étude visait à évaluer les corrélations entre des indices physiologiques et la présence de soutien social, et non l'analyse qualitative des données. Les vidéos utilisés pour la codification qualitative étaient donc très hétérogènes, ce qui a limité la portée et la richesse des résultats obtenus. Comme mentionné dans la section sur le soutien perçu et reçu, il est difficile de comprendre la portée des codes thématiques de type P, puisque l'affirmation de la présence ou non de soutien n'était pas dicté par les consignes de la recherche.

Au niveau des forces, il s'agit de la première étude avec un design mixte effectuée sur les victimes de TSPT et leurs proches. Ce design a alors permis l'exploration en contexte du soutien social et conjugal, sans que cette exploration ne soit influencée par des thèmes et conceptions préétablis. L'application des analyses qualitatives pourrait également être une avenue intéressante auprès de diverses populations souffrantes de TSPT (ex. vétérans versus population générale, de différentes cultures), car elle permettrait d'explorer les différences de perceptions en ce qui a trait au soutien social en fonction de différentes cultures. Ceci pourrait potentiellement permettre la découverte de thèmes propres à différentes cultures. L'utilisation de divers questionnaires (perçus, reçus, spécifiques, globaux, positifs, négatifs) a également permis d'analyser en profondeur les différentes dimensions pertinentes au soutien social et conjugal.

5.5 Conclusion

L'objectif de cette recherche visait à mieux comprendre le lien qui unit le soutien social au TSPT. Plusieurs observations ont été faites, que nous pouvons synthétiser comme suit: les résultats de cette étude soutiennent les résultats des méta-analyses de Ozer et collègues (2003) présentant le soutien social comme étant un facteur important influençant les symptômes du TSPT. De plus, il a permis de renforcer l'argument soutenant l'importance d'inclure diverses mesures de soutien social, puisque ces dernières agissaient différemment sur les mesures de TSPT. De plus, il semble que les femmes victimes de TSPT ainsi que les couples ensemble depuis plus de cinq ans et dont la dynamique était bien installée avant le trauma soient plus à risque de percevoir et recevoir du soutien social négatif. Au niveau clinique, cette étude fait aussi ressortir la pertinence d'évaluer le réseau social et les contacts sociaux qu'entretiennent les patients qui se présentent avec un diagnostic de TSPT, afin d'orienter et de personnaliser le traitement vers l'inclusion de stratégies de communication et de recherche de liens sociaux positifs, si cela s'avère pertinent. Finalement, les auteurs de cette étude n'ont pas conscience d'autres études qualitatives se penchant sur les interactions entre une victime de TSPT et d'un proche. Cette étude a en effet fait ressortir d'une part plusieurs thèmes qui pourraient être intégrés aux différents questionnaires de soutien, voire à la création de nouveaux (ex. soutien conjugal), et d'autre part, des styles d'interactions de soutien propre à certaines situations (e.x. dynamique de dominance dans chez les couples). Cependant, une réplification de ces résultats permettrait de cerner avec une meilleure précision la généralisation de ces thèmes et dynamiques sur une population diverse (ex. les vétérans).

ANNEXE A

DESCRIPTION OF STUDIES EXAMINING THE INFLUENCE OF SOCIAL AND MARITAL SUPPORT ON THE EFFICACY OF CBT FOR PTSD

	Authors	Year	Type of study	Subjects with PTSD*	Veterans	Gender	Treatment conditions	Support measure	Type of support	Description of measure	Statistics	Results (Support as predictor of CBT efficacy)	Conflict of interest stated ?
1	Barrios	2011	RCT	43 Whites	No	Mixed	CBT	MOS Social	Social	MOS: Perceived/ Global/	Hispanics: Predicting anxiety sensitivity:	Yes	No

				5 Hispanics				Support Survey	Marital**	Positive/ Qualitative	Marital satisfaction: B = .41, t = 2.53, p <.02 Social support: B = -.38, t = -2.81, p <.01 Predicting psychological distress: Social support: B = -.41, t = -2.18, p <.04 (6 months) B = -.35, t = -2.58, p <.02 (12 months)		
2	Barrow- clough, Gregg, & Tarrier	2008	RCT	38	No	Mixed (19 men/ 19 women)	CT or Exposure	CFI	Social	Received/ Negative/ Global/ Qualitative	Social support predicting CAPS scores 6 months: $F(3,21) = 7.2, p = 0.002$; 12	Yes	No

											months: $F(3,18) = 6.3$, $p = 0.004$		
3	Gillespie, Duffy, Hackmann, & Clark	2002	NCT	78	No	Mixed	CT	“Presence of someone you can confide in”	Social	Perceived/ Global/ Qualitative	Median improvement in PDS = 69.2% (with social support) and 66.7% (without social support)	No	No
4	Monson, Rodriguez, & Warner	2005	NRCT	45	Yes	Men	Trauma or Skilled Focused Therapy	MPI SII	Social Marital	Perceived/ Global/ Positive/ Qualitative	Intimate relationship predicting PTSD scores = $\beta = 0.31$, $SE =$ 0.48; Extended relationship $\beta = -0.40$, $SE = 0.73$).	No	Yes
5	Tarrier, Summerfield, & Pilgrim	1999	RCT	31	No	Mixed (16 men/ 15 women)	CT or Exposure	CFI	Social	Received/ Negative/ Global/ Qualitative	Better improvement for patients with low EE relatives ($t(29) = 2.14$, $p = 0.41$)	Yes	No

6	Thrasher, Power, Morant, Marks, & Dalglish	2010	RCT	77	No	Mixed (38 men/ 39 women)	CT or CT + Exposure or Relaxation	SOS	Social	Perceived/ Specific/ Positive/ Qualitative	Social support predicting treatment efficacy $\Delta R^2 = 0.04$, $\beta = 0.47$, standard error of $\beta =$ 0.24, $P < 0.05$	Yes	Yes
---	--	------	-----	----	----	-----------------------------------	---	-----	--------	---	---	-----	-----

Note. RCT = Randomized Controlled Trial; NCT = Non-Controlled Trial; NRCT = Non-Randomized Controlled Trial.

CFI = Camberwell Family Interview; CT = Cognitive Therapy; MPI = Marital Problem Index; SII = Social Isolation Index;

SOS = Significant Others Scale.

* number of subjects who completed treatment

** the authors of this review could not find the measure used to assess relationship satisfaction.

ANNEXE B

DESCRIPTION OF STUDIES ASSESING WHETHER CBT FOR PTSD IMPROVES THE QUALITY OF PATIENTS'
SOCIAL AND MARITAL SUPPORT

	Authors	Year	Type of study	Subjects with PTSD	Veterans	Gender	Treatment conditions	Support measure	Type of support	Description of measure	Statistics	Results (Effect of CBT on support)	Conflict of interest stated ?
--	----------------	-------------	----------------------	---------------------------	-----------------	---------------	-----------------------------	------------------------	------------------------	-------------------------------	-------------------	---	--------------------------------------

1	Billette, Guay, & Marchand	2008	Case study	3	No	Women	CBT	ISSAS	Marital	Perceived/ Specific/ Positive and Negative/ Qualitative	Daily measurements: Mean increase satisfaction with support: 1 = 85%, 2 = 125%, 3 = 450% ISSAS: Mean increase in supportive interactions: 1= 13, 2 = 11.5, 3 = 14. Mean decrease in unsupportive interactions: 1 = 5.5, 2 = 17.5, 3 = 12.5	Yes	No
2	Brown- Bowers, Fredman, Wanklyn, & Monson	2012	Case study	1	No	Woman	CBCT	DAS	Marital adjustment	Perceived/ Global/ Qualitative	No statistics provided	Yes (Both victims and partners)	No
3	Cloitre et al.	2010	RCT	104	No	Women	- STAIR/ exposure	ISEL	Social	Perceived/ Global/	Superior improvement in the STAIR/	Yes	Yes

							- support/ exposure - STAIR/ support			Positive/ Qualitative	exposure (Cohen's $d=0.76$, $p=0.01$) and STAIR/Support group (Cohen's $d=0.67$, $p=0.01$) Between group effect sizes		
4	Forbes et al.	2012	RCT	59	Yes	Mixed (57 men/ 2wome n)	CPT or TAU	ADAS	Marital or dyadic adjustm ent	Perceived/ Global/ Qualitative	Significant changes from pre to post test: ($F(1,48) = 6.55$, $p =$ 0.014 , $ES = -.063$)	Yes	Yes
5	Guay, Billette, St- Jean Trudel,	2004	RCT	8	No	Mixed (6wom en/2 men)	CBT	No standardi- zed measure	Marital		Spouse condition surpassing control condition: Encouragement to talk about the event:	Yes	No

	Marchand, & Mainguy										($t(7)=3.2; p<0.01$) Ask for support: ($t(7)=2.6; p < 0.07$)		
6	Johnson, Zlotnick, & Perez	2011	RCT	61 with clinical PTSD and 9 with non clinical PTSD	No	Women	HOPE or Standard Shelter Services	ISSB	Social	Perceived/ Global/ Positive/ Qualitative	<i>Significant treatment effect on social support</i> $t(67) = 2.11, p < .05$	Yes	No
7	Monson, Fredman, & Adair	2008	Case study	1	Yes	Man	CBCT	DAS	Marital adjustment	Perceived/ Global/ Qualitative	No statistics provided	Yes (Both victim and partner)	No?
8	Monson, Schnurr,	2004	NCT	7	Yes	Men	CBCT	DAS	Marital adjustment	Perceived/ Global/ Qualitative	DAS veterans: $t(6) = 0.13, d = -0.92$	No	Yes

	Stevens, & Guthrie										Power = 3% DAS partners: $t(6) = -2.25, d = 0.05$ Power = 14%		
9	Monson et al.	2011	NCT	6	Mixed (2 veterans)	Mixed (3men/3women)	CBCT	DAS	Marital adjustment	Perceived/Global/Qualitative	Partners: $t(5) = -3.16, p < .05,$ Hedge's $g = 1.41$ Patients: $t(5) = -1.58, p$ plus grand que .05, Hedge's $g = 0.71$ Power = 10%	No (Victims) Yes (Partners)	No
10	Monson et al.	2012	RCT	40	Mixed (9 veterans)	Mixed (30 women /10 men)	CBCT or Wait List	DAS	Marital adjustment	Perceived/Global/Qualitative	Relationship improvement for victims in favor of CBCT: (Hedge's $g = 0.13; t(68.5) = 2.00; p = .049$)	Yes (Victims) No (Partners)	Yes

											Relationship improvement for partners: (Hedge's $g = 0.15$) Power = ?		
11	Palic & Elklit	2009	NCT	26	No	Mixed (14 men / 12 women)	CBT	CSS	Social	Perceived/ Specific and global/ Positive/ Qualitative	Significant increase in present social support at post-treatment: ($z = -4.3, p < 0.000, r =$ 0.62) follow-up: ($z = -4.1, p < 0.000, r =$ 0.59)	Yes	No

Note. RCT = Randomized Controlled Trial; NCT = Non-Controlled Trial; NRCT = Non-Randomized Controlled Trial.

ADAS = Abbreviated Dyadic Adjustment Scale; CBCT = Cognitive Behavioral Conjoint Therapy; CPT = Cognitive Processing Therapy; CSS = Crisis Support Scale; DAS = Dyadic Adjustment Scale; HOPE = Helping to Overcome PTSD through Empowerment; ISEL = Interpersonal Support Evaluation List; ISSAS = Inventory of Social Support in Anxious Situations; ISSB = Inventory of Socially Supportive Behaviors; QSPC = Questionnaire on Satisfaction and Perceived Change; SC = Supportive Counseling; STAIR = Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation; TAU = Treatment as Usua

ANNEXE C

ARBRE THÉMATIQUE DES CODES DE SOUTIEN SOCIAL ET CONJUGAL
(TYPE F)

Negative social support		
Category	Examples of codes	Extract
Incomprehension	Misunderstood by the AP	PDP: <i>"I thought it was difficult that you did not understand me"</i>
How help is provided	Put pressure on	PDP: <i>" on the other hand...you know you really want me to go back to work and do something with my life I feel pressured because..."</i>
Judgement	Feeling judged	PDP: <i>"and feeling judged by my boyfriend...because you, you you don't think it's normal...to have after-effects"</i>
Non-validation	Deal with problems differently	AP: <i>"If it happened to me (the trauma)...I don't think that I would be affected by it"</i>
Bad advices	Have to go back to work	AP reporting other people' comments: <i>"Go back to work it's gonna get better"</i>
Blaming	Spouse's blaming	PDP: <i>"He is mad (the boyfriend) because he can't sleep, he tells me but what do you think ? But what do you think you are not letting me sleep because you move for...you move you move you move you're not letting me sleep, you bother me, I need to sleep I have to go to work"</i>
Positive social support		

Comprehension	Flexible and understanding employer	AP: <i>"She is very humane hen ? I like her"</i>
Deal with the PDP's issues	Deal with mood swings	PDP: <i>"But you take them...you deal with it"</i>
How help was provided	Mutual help	AP: <i>"We have to continue...we have to help each other"</i>
Make things easier	Did not get through without SO	PDP: <i>"I am lucky to have you. SO: Why ? Victim: Because I would not have gotten through it, I would not be here..."</i>
Presence	Appreciate the presence of the SO	PDP: <i>"It's already a miracle that you are with me (laughing) given the circumstances"</i>
Listening	Paying close attention	PDP: <i>"When you listen to me, I feel less lonely"</i>
Validation	Validated by others	PDP: <i>"Police officers come to see me, who come to talk to me in the subway and tell me that I am a strong person and that they would not do my job"</i>
Good advices	Not to worry	PDP: <i>"I don't have to worry, everybody tells me to stop worrying for my future"</i>

ANNEXE D

CODES DE TYPE P

Manque de soutien – nommé par les participants ou les proches	
Codes	Extraits
Vouloir plus de soutien	Participant: « Dis-le. Dis-le! Tu aimerais plus de soutien ». Aidant : «C'est sûr»
Pas de soutien famille	Proche: «Ta mère t'en parle tu beaucoup ? Participant: «Non. Pas grand soutien la*»
Pas de soutien des autres	Participant:«En tout cas heu jsuis pas supportée ben ben».
Employeurs pas soutenant	Participant: «Pis ils avaient pas l'air de comprendre ys disaient qujme plaignais pour rien ».
Pas de soutien mutuel	Participant: «Non c'est ça. Faque... faque c'est ça faque... faque on s'apporte pas vraiment de soutien mutuel la* mais heu...»
Pas de soutien du proche	Participant: «Tu m'aidais pas, tu m'aidais pas pentoute».
Présence de soutien – nommé par les participants	
Sent appui quelques fois	Proche: «Est-ce que tas senti l'app heu vous avez senti l'appui de quelqu'un...de votre famille...de [des amis...] » Participant : « Des fois jel sens »
Soutien famille	Participant: «c'est tes* tes* le soutien dla famille quasiment depuis heu »
Avoir soutien proche	Participant: «Ton soutien je l'ai».

Avoir soutien autres	Participants: « Comme toutes mesa mis qui m'ont, qui m'ont supporté là-dedans ! »
-----------------------------	---

ANNEXE E

ARTICLE SELECTION AFTER FULL TEXT REVIEW

Study	Title	Article included ?	Reason for exclusion
Barrios (2010)	Improving primary care outcomes for Hispanics with anxiety disorders: A randomized clinical trial evaluating the effectiveness of cognitive-behavioral therapy	Yes	
Barrowclough et al. (2008)	Expressed emotion and causal attributions in relatives of post-traumatic stress disorder patients	Yes	
Billette et al. (2008)	Posttraumatic stress disorder and social support in female victims of sexual assault	Yes	
Boulind & Edwards (2008) Brown-	The assessment and treatment of post-abortion syndrome: A systematic case study from southern Africa	No	No social support measure
Bowers et al. (2012)	Cognitive-behavioral conjoint therapy for posttraumatic stress disorder: Application to a couple's shared traumatic experience	Yes	
Church et al. (2013)	Psychological trauma symptom improvement in veterans using emotional freedom techniques: A randomized controlled trial	No	No social support measure
Cloitre et al. (2010)	Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial	Yes	
Desai et al. (2008)	Impact of the Seeking Safety program on clinical outcomes	No	No clinical PTSD

Evans et al. (2010)	among homeless female veterans with psychiatric disorders Longitudinal analyses of family functioning in veterans and their partners across treatment	No	No social support measure
Fecteau (2000)	Treatment of posttraumatic stress reactions to traffic accidents	No	Association between social support and efficacy of therapy is not measured
Forbes et al. (2012)	A multisite randomized controlled effectiveness trial of cognitive processing therapy for military-related posttraumatic stress disorder	Yes	
Gillespie et al. (2002)	Community based cognitive therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder following the Omagh bomb	Yes	
Glynn et al. (1999)	A test of behavioral family therapy to augment exposure for combat-related posttraumatic stress disorder	No	Association between social support and efficacy of therapy is not measured
Guay et al. (2004)	Couple therapy and post-traumatic stress disorder	Yes	
Johnson et al. (2011)	Cognitive behavioral treatment of PTSD in residents of battered women's shelters: Results of a randomized clinical trial	Yes	
Levitt et al. (2007)	The flexible application of a manualized treatment for PTSD symptoms and functional impairment related to the 9/11 World Trade Center attack	No	No social support measure
Litz et al. (2007)	A randomized, controlled proof-of-concept trial of an Internet-based, therapist-assisted selfmanagement treatment for posttraumatic stress disorder	No	No social support measure
McWhirter (2011)	Differential therapeutic outcomes of community-based group interventions for women and children exposed to intimate partner violence	No	No clinical PTSD
Monson et al. (2008)	Cognitive-behavioral conjoint therapy for posttraumatic stress disorder: Application to Operation	Yes	

	Enduring and Iraqi Freedom veterans		
Monson et al.	Cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD: Pilot results from a community sample	Yes	
Monson et al. (2012)	Effect of cognitive-behavioral couple therapy for PTSD: A randomized controlled trial	Yes	
Monson et al. (2005)	Cognitive-behavioral therapy for PTSD in the real world: Do interpersonal relationships make a real difference?	Yes	
Monson et al. (2004)	Cognitive-behavioral couple's treatment for posttraumatic stress disorder: Initial findings	Yes	
Najavits et al. (2005)	Seeking safety plus exposure therapy: An outcome study on dual diagnosis men	No	No social support measure
Neuner et al. (2004)	A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement	No	No social support measure
Palic & Elklit (2009)	An explorative outcome study of CBT-based multidisciplinary treatment in a diverse group of refugees from a Danish treatment center for rehabilitation of traumatized refugees.	Yes	
Resick (1986)	Post-traumatic stress disorder in a Vietnam nurse: Behavioral analysis of a case study	No	Case report
Rotunda et al. (2008)	Behavioral couples therapy for comorbid substance use disorders and combat-related posttraumatic stress disorder among male veterans: An initial evaluation	No	No treatment for PTSD
Schutzwahl & Maercker (2000)	Anger in former East German political prisoners: Relationship to posttraumatic stress reactions and social support	No	No treatment
Tarrier et al. (2000)	A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in	Yes	

Tarrier, Sommerfield, Pilgrim, & Faragher (2000)	the treatment of chronic posttraumatic stress disorder Factors associated with outcome of cognitive-behavioural treatment of chronic post-traumatic stress disorder	No	No social support measure
Thrasher et al. (2010)	Social support moderates outcome in a randomized controlled trial of exposure therapy and (or) cognitive restructuring for chronic posttraumatic stress disorder	Yes	
Tol et al. (2011)	Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Linking practice and research	No	Articles included in the meta- analysis did not meet inclusion criteria

Note. PTSD posttraumatic stress disorder; CBT cognitive– behavioral therapy

APPENDICE A

LISTE STANDARDISÉE DES CODES DE TRANSCRIPTION

VERBAL

[]	marque le début et la fin de mots dits en même temps (crosstalk)
//	marque le début et la fin de mots dits avec emphase
& &	marque le début et la fin de mots chuchottés ou dits sur un ton plus bas
()	marque le début et la fin de mots prononcés sur un ton impatient ou exaspéré
CAPITALS	mots prononcés sur un ton élevé ou en criant
(inaudible) ou (mot)	marque le début et la fin de mots incompréhensibles ou incertains
#	indique que la personne qui écoute coupe et prend la parole sur l'autre
@	indique que quelqu'un parle de façon sarcastique p.s. si applicable pour une seule personne, va sur sa ligne. si applicable pour les deux personnes, va sur une ligne à part

NON-VERBAL

((pause))	lorsqu'il y a un silence de plus de 5 secondes
...	hésitation au milieu d'une phrase (cherche un mot, une idée, réfléchie)
((sourir))	quelqu'un soupire
((rire))	indique que quelqu'un rit, rigoles
((pleurs))	indique que quelqu'un pleure, pleurniche

JARGON

QUÉBÉCOIS

donC	donc, (voyons dont)
cte	Cette ... (c'taffaire la)
Tsais	Tu sais

Faque	Ça fait que
La*	Bon la, faque la, mais la, etc.
Yé*	Il est
Y* ou Ys	Il ou Ils
A*	Elle (a fait quelque chose)
Ten*, Tas*, Tes*	Tu en as, Tu as, Tu es
Ben	e.x. : Bin la, bin non
Quessé	Quest-ce que c'est
Rgarde	Regarde
Criss	Christ
Osti	Ostie
Tabarnaque	Tabernacle
Pu*	Plus
Jtais ou Jntais	J'étais ou je n'étais
Jtai ou Jntai	Je t'ai ou Je ne t'ai
Qui* ou Quis	Qu'il ou qu'ils
Amettons	Admettons
Cqui	Ce qu'il
Pis	Puis
Ah mon doux*	Ah mon dieu
Tu*	Tout (tu suite)
Mman	Maman
Man	comme dans hey man
Ma* (ma* te le répéter)	Je vais
Va*	Je vais
Ses*	Sur les
Sa*	Sur la
Ça*	N'a pas
Toute*	Pour tout
Su* Sa*	Sur
Qui*	qu'il; faut qu'il soit
Quin*	Tiens
En*	À
Coupe*	Couple (beaucoup) (une coupe de choses)
Des*	De les
ANGLAIS	Bien
Dont*	

Its*
She ll

Don't
It is
She will

APPENDICE B

EXTRACTS IN THEIR ORIGINAL AND LENGTHY FORMS

Code	Quote exemple	Quotes in their original and lengthy form
<i>Not being supported by intimate partner and Little or bad communication</i>	PDP says “ <i>You were not helping me, you were not helping me at all. You were there...we did not talk (name of the AP). We did not talk anymore...</i> ”)	PDP : « Tu m'aidais pas. Tu m'aidais pas pentoute. Tétais là ben... on parlait même pas Didier. On ne parlait plus...»
<i>Not being supported by other people</i>	N/A	PDP says: “[...]the hospital were very bad to me, at that time...and a big chance she was there to support me {referring to lawyer}because nobody did”
<i>Not supported by family</i>	N/A	PDP says: “its* very important for me you know to have you and I need support...I dont have that much, you know my parents [theyre] AP says: [hmm hmm] PDP says: they avoid that all the time my brother I dont talk really about him...heu with with him about that...”
<i>Hostile tone of voice</i>	PDP “ <i>I said it is a fucking step</i> ” AP “ <i>A step?</i> ” PDP “ <i>It is a difficult level if you prefer, fuck I am going to explain it to you in a</i>	PDP : « <i>J'ai dit ctun osti de barème de coliss.</i> » AP : « <i>Un barème?</i> » PDP « { <i>Ctun niveau si taimes mieux osti ma* te l'expliquer dans</i>

	<i>language that you can understand...".</i>	<i>ton langage ctun niveau qui est dur à traverser en coliss.} »</i>
<i>Sarcastic tone of voice</i>	AP: "Me hum...despite your your...character...which is a little bit hum...which is a little tougher to deal with, hum...I feel more important to you which is ok for me" PDP: "@Ah fuck wow a positive side [wouh hou!]"	AP : « Moi heu... malgré ton ton... caractère... qui s'est un peu plus heu... qui est un peu plus dur à gérer difficile à gérer, heu... tu me laisses plus de temps de place un peu plus faque c'est correcte ». PDP: « @Ah criss wow un côté positif [wouh hou!]" »
<i>Sleep is easier with SO</i>	PDP: "Since I'm with you I...found my sleep back...it is still troubled but at least it's there"	PDP: « Depuis que jsuis avec toi j'ai...retrouvé mon sommeil...yé encore troublé mais au moins yé là»
<i>More stability with SO</i>	AP: "With me you have a certain stability, you know, I have a regular schedule I am always there at the same time".	AP: « Avec moi tas* quand même une certaine stabilité la* tsais moi jme jsuis quand même pas mal à même heure la*».
<i>To invade the other</i>	PDP: "I knew you needed to breathe but I stuck to you, I stayed there, but I knew that you needed more space to breathe...[...] It led to the fact that you rejected me".	PDP: « En sachant que t'avais besoin d'espérer jsuis collée jsuis restée là. Heu... mais je lsavais tsais que [t'avais] AP: [Hmm hmm.] PDP: besoin d'espace je lsavais que t'avais besoin d'espérer. Heu... ça m... jpense que ça m'a amené beaucoup à... à te... à faire en sorte que tu mrepousses tsais».
<i>Blows the victim's nose</i>	PDP: "Well...what else do you want me to do, it happened it happened and it's not my...it's not my fault (cries). AP: (cross talk at the beginning)[...]Did I say once that it was your fault? Does someone understand better than me ? Hen? PDP: I feel nauseous.	PDP: « Ben... qu'est-ce tu veux jte dise? C'est arrivé c'est arrivé pis c'est pas ma... [(Cpas ma faute.) ((pleurs))] AP: [Ben ouais mais] y a personne y a personne qui dit quc'est dta faute non plus. Y a personne qui dit quc'est dta faute. Y a tu quelqu'un qui a dit que ctait dta faute? Est-ce que j'ai moi déjà dit que ctait dta faute? Est-ce que y en a un qui comprend mieux que moi? Hen?

Do not know how to help

AP: *Yes, I know. Breathe. Sit up right. Brea, Breathe. No, control yourself (name) you can do it I know you can".*

AP says " *Because you know when sometimes you tell me to come to the house bla bla bla I am not able to sleep...I ask myself if I do the right thing when I go. It is helpful to go to your house and say everything is ok".*

Do not know what to talk about

PDP says " *So. I don't know where to being, its* not for me those things (referring to the study). ((sigh)). What do you want me to say?"*

PDP: *J'ai mal au coeur!*

AP: *Ouais, je sais. Respire. Accote-toi droite la*. Respi respire. Non contrôle-toi (name) tes* capable je lsais que tes* capable».*

AP says : « *[Parce que] tsais moi des fois quand tu mdis viens-t-en à maison blablaba jsuis pas capable de dormir... jme demande si jfais bien d'y aller. C'est tu de t'aider d'aller à maison pis dire ça va bien tout est beau ».*

PDP says « *Bon. Jsais même pas par où commencer, cpas faite pour moi cte affaire-là. ((soupir)) Quessé tu veux jdise? »*

APPENDICE C

CORRÉLATIONS ENTRE LES MESURES DE SOUTIEN SOCIAL ET L'AJUSTEMENT CONJUGAL

	Soutien positif spécifique	Soutien négatif spécifique	Soutien positif global
Ajustement conjugal	$r = 0.60^{**}$	$r -0.47^{**}$,	$r = .60^{**}$

*** Ajustement conjugal (LWMAT), Soutien social positif spécifique (QCSA),
Soutien social négatif spécifique (QCSA)

APPENDICE D

APPROBATION ÉTHIQUE DE L'ÉTUDE

CENTRE DE RECHERCHE
FERNAND · SEGUIN

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Le 27 avril 2006,

Docteur Stéphane Guay, Ph. D.
Centre de recherche Fernand-Seguin

Objet: «Impact of a couple's processes of social support on an individual's anxiety disorder» S. Guay, M. Lavoie, A. Marchand, K. O'Connor.

Docteur Guay,

Le CÉR accepte le projet ci-dessus mentionné conditionnellement à ce que le candidat précise dans le formulaire de consentement les mesures électrophysiologiques qui seront faites. Indiquer également que la confidentialité sera respectée dans la mesure autorisée par la Loi. De plus, le candidat doit améliorer la présentation de son texte avec des titres plus apparents. La formule de consentement pour le conjoint doit être finalisée et présentée au Président.

Veuillez agréer, Docteur Guay l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Robert Elie, MD
Président du Comité d'éthique de la recherche
RE/cm

c.c. D' Pierre-Paul Rompré, Ph. D. psychologie - Directeur scientifique 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 E

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – PARTICIPANT

Projet :

ANALYSE DES RAPPORTS DE SOUTIEN ENTRE DES INDIVIDUS
ANXIEUX ET LEUR PROCHE

CHERCHEURS : STEPHANE GUAY, MARC LAVOIE, ANDRE MARCHAND, KIERON
O'CONNOR.

1. Je, soussigné-e _____, consens à participer librement à l'étude sur le soutien conjugal et les troubles anxieux. Cette étude s'inscrit dans un projet de recherche mené au Centre de recherche Fernand Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Les résultats de cette étude serviront à mieux comprendre

les effets du soutien des proches sur l'anxiété et possiblement à améliorer le traitement des troubles anxieux.

Nature du projet

2. Au cours de cette étude, je devrai me rendre au Centre de recherche Fernand Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine à deux reprises. Lors de la première visite, je devrai répondre à des questionnaires pendant 45 minutes environ. Une professionnelle de recherche me fera passer une entrevue. Cette entrevue d'une durée d'environ 75 minutes sera enregistrée sur bande audio et a pour but d'évaluer l'ampleur de mes difficultés. Les principales variables qui seront mesurées sont : (a) les symptômes d'anxiété, (b) la qualité de vie, (c) les perceptions de mes rapports avec les autres et (d) les comportements de soutien.
3. Lors de la deuxième visite, d'une durée d'environ 60 minutes, je devrai discuter librement avec mon proche, à deux reprises, d'un thème concernant notre relation. Ces discussions sont d'une durée moyenne de 15 minutes par thème et seront enregistrées sur bande vidéo. Je comprends que lors de ces discussions avec mon partenaire la fréquence de mes battements cardiaques sera prise à l'aide d'un électrocardiogramme. De plus, la fréquence de ma respiration sera évaluée.

Risques et avantages

4. Les avantages possibles liés à ma participation sont de : 1) mieux comprendre les difficultés que je vis et 2) prendre connaissance de comportements de soutien constructifs pour ma relation. Je serais rémunéré 20\$CAN par séance et ce, pour un maximum de 2 séances. Une brève séance de psycho-information et un livre d'auto-traitement me seront également offerts. Il pourrait toutefois y avoir un risque psychologique (tristesse, colère, anxiété) et social lié à ma participation à cette étude, bien que cela soit peu probable. Si tel est le cas, des références à des professionnels me seront offertes pour pallier ces inconvénients.

Confidentialité

5. Toutes les informations que je fournirai dans cette recherche seront confidentielles, sauf si la loi y oblige (restriction juridique). L'accès à l'information recueillie dans les questionnaires sera limité au personnel scientifique impliqué dans cette recherche. Sur les questionnaires,

mon nom et celui de mon-ma proche seront remplacés par un code numérique. Les bandes audio vidéo et les données seront effacées au maximum après 10 ans suivant la fin de la recherche.

6. 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.

7. Les données recueillies seront utilisées strictement à des fins de recherche et de communications scientifiques. Toute autre forme d'utilisation devra faire l'objet d'une demande de consentement auprès des participants concernés

Retrait volontaire

8. Je comprends que je peux me retirer en tout temps de cette étude, et ce, sans aucun préjudice concernant les traitements auxquels j'ai droit.

Signature du participant: _____ Date : _____

5.5.1 Demande d'autorisation d'enregistrement

J'ai pris connaissance que des enregistrements audio et vidéo seront effectués pour permettre une analyse subséquente par les chercheurs et le personnel de l'étude. On m'a expliqué les raisons de ces enregistrements. 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 enregistrements soient détruits.

Nom du participant _____ Date _____

Signature _____

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} Elise 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.

Le personnel de l'équipe a donné au participant le temps nécessaire et l'occasion de poser des questions et d'expliquer au personnel de l'étude ce qu'il/elle comprend sur l'étude. L'étude a été expliquée au participant de façon satisfaisante et on a répondu à toutes ses questions sur le déroulement de l'étude, les risques et inconvénients possibles.

Signature de l'investigateur : _____

Chercheur responsable du projet : Stéphane Guay, Ph.D., tél. : 514-251-4015, poste 3084.

APPENDICE F

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – PROCHE

Projet :

ANALYSE DES RAPPORTS DE SOUTIEN ENTRE DES INDIVIDUS
ANXIEUX ET LEUR PROCHE

CHERCHEURS : STEPHANE GUAY, MARC LAVOIE, ANDRE MARCHAND, KIERON
O'CONNOR.

1. Je, soussigné-e _____, consens à participer librement à l'étude sur le soutien conjugal et les troubles anxieux. Cette étude s'inscrit dans un projet de recherche mené au Centre de recherche Fernand Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Les résultats de cette étude serviront à mieux comprendre

les effets du soutien des proches sur l'anxiété et possiblement à améliorer le traitement des troubles anxieux.

Nature du projet

2. Ma participation à cette étude implique que je participe à une rencontre. Lors de cette rencontre, d'une durée d'environ 60 minutes, je serai amené à répondre à un questionnaire. Puis, je discuterai librement avec mon-ma proche à deux reprises, d'un sujet concernant notre relation. Ces discussions seront filmées sur bande vidéo. Les principales variables qui seront mesurées dans cette étude sont : (a) les symptômes d'anxiété, (b) la qualité de vie, (c) les perceptions de mes rapports avec les autres et (d) les comportements de soutien.

3. Je comprends que je devrai discuter avec proche de thèmes concernant notre relation et que ces discussions seront enregistrées sur bande vidéo. Ces discussions seront d'une durée moyenne de 15 minutes chacune. Pendant ces discussions, des mesures physiologiques de mon-ma proche seront prises à l'aide d'un électrocardiogramme. Ces mesures physiologiques seront ne sont aucunement dangereuses pour la santé et consistent à évaluer la fréquence des battements cardiaques et la fréquence des respirations.

Risques et avantages

4. Les avantages possibles liés à ma participation sont de : 1) mieux comprendre les difficultés que mon-ma proche vit et 2) prendre connaissance de comportements de soutien constructifs pour ma relation. Je serais rémunéré 20\$CAN pour ma participation à l'étude. Il pourrait toutefois y avoir un risque psychologique (tristesse, colère, anxiété) et social lié à ma participation à cette étude, bien que cela soit peu probable. Si tel est le cas, des références à des professionnels me seront offertes pour pallier ces inconvénients.

Confidentialité

5. Toutes les informations que je fournirai dans cette recherche seront confidentielles, sauf si la loi y oblige (restriction juridique). L'accès à l'information recueillie dans les questionnaires sera limité au personnel scientifique impliqué dans cette recherche. Sur les questionnaires, mon nom et celui de mon-ma proche seront remplacés par un code numérique. Les bandes audio vidéo et les données seront effacées au maximum après 10 ans suivant la fin de la recherche.
6. 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.
7. Les données recueillies seront utilisées strictement à des fins de recherche et de communications scientifiques. Toute autre forme d'utilisation devra faire l'objet d'une demande de consentement auprès des participants concernés

Retrait volontaire

8. Je comprends que je peux me retirer en tout temps de cette étude, et ce, sans aucun préjudice concernant mon-ma proche a droit.

Signature du participant: _____ Date : _____

5.5.2

5.5.3 Demande d'autorisation d'enregistrement

J'ai pris connaissance que des enregistrements audio et vidéo seront effectués pour permettre une analyse subséquente par les chercheurs et le personnel de l'étude. On m'a expliqué les

raisons de ces enregistrements. 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 enregistrements soient détruits.

Nom du participant _____ Date _____

Signature _____

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} Elise 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.

Le personnel de l'équipe a donné au participant le temps nécessaire et l'occasion de poser des questions et d'expliquer au personnel de l'étude ce qu'il/elle comprend sur l'étude. L'étude a été expliquée au participant de façon satisfaisante et on a répondu à toutes ses questions sur le déroulement de l'étude, les risques et inconvénients possibles.

Signature de l'investigateur : _____

Chercheur responsable du projet : Stéphane Guay, Ph.D., tél. : 514-251-4015, poste 3084.

APPENDICE G

QUESTIONNAIRE ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE – PRÉ-ÉVALUATION

1. Quel est le dernier événement traumatique que vous avez vécu et qui a déclenché les symptômes ou difficultés que vous vivez actuellement ? Avez-vous vécu d'autres événements marquants (ex., stressseurs, autres *traumas*, etc.) avant ou après ? Lesquels ? Quand ?

A) Problèmes cognitifs et traumatisme(s) :

2. Avez-vous beaucoup plus de difficultés qu'avant à mémoriser des choses ? Vous arrive-t-il

d'avoir des engourdissements, picotements ou pertes de fonction des membres de votre corps comme les bras, les mains, les jambes ou les pieds ?

3. Avez-vous beaucoup plus de difficultés qu'avant à lire, écrire, parler ou calculer ?

B) Problèmes médicaux :

4. Prenez-vous actuellement des médicaments ? Si oui, quels sont-ils, pourquoi vous ont-ils

été prescrits, depuis combien de temps les prenez-vous et quelle est la posologie ?

La

posologie a-t-elle été modifiée dans les deux derniers mois (**8 semaines**)?

Nom médicament	du	Nature	Posologie	Date début tx
---------------------------	-----------	---------------	------------------	----------------------

5. Avez-vous actuellement des problèmes médicaux, par ex. **épilepsie**, asthme, haute pression ou diabète ? Si oui, êtes-vous suivi par un médecin et où en êtes-vous dans le traitement ? **Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous présentement ?**

C) Antécédents psychiatriques et consultations antérieures :

6. Avez-vous déjà eu d'autres problèmes psychologiques et/ou psychiatriques auparavant ? Si

oui, lesquels et quand ?

7. Avez-vous déjà vécu des hallucinations (par ex., entendu des voix, vu des choses qui n'existaient pas pour les autres, etc.) et/ou une impression de perte de contact avec la réalité ? Si oui, quand, de quel(s) type(s) et décrivez ?

8. Avez-vous déjà consulté un (des) psychologue(s) et/ou psychiatre(s) auparavant ? Si oui, quand, à quel(s) endroit(s), pour quelle(s) problématique(s) et quels ont été les résultats de ces rencontres ? Quelle approche thérapeutique était utilisée (par ex., faisait faire exercices structurés ou juste discussions ?, TCC ou autres ?)

9. Avez-vous déjà été hospitalisé ? Si oui, pour quelle(s) raison(s), pour quelle(s) problématique(s) ? À quel(s) moment(s) et à quel(s) hôpital (aux) ?

D) Consommation :

10. Avez-vous déjà été traité pour abus ou dépendance par rapport à l'alcool/la drogue ? Si

oui, pour quel type de problème, à quel endroit et quand ?

11. Avez-vous déjà pensé que vous pouviez avoir un problème lié à la consommation de

d'alcool/de drogues ? Quelqu'un vous a-t-il déjà mentionné que vous pouviez en avoir un ?

Quelle a été votre consommation quotidienne d'alcool/de drogues au cours du dernier mois ?

Cette consommation vous a-t-elle déjà rendu incapable de remplir vos obligations ?

Avez-

vous déjà consommé dans des situations possiblement dangereuses ? Avez-vous déjà eu des

ennuis avec la justice dus à votre consommation ? Avez-vous déjà eu des problèmes avec

votre entourage dus à votre consommation ?

E) Stresseurs psychosociaux :

12. Avez-vous fait ou désirez-vous faire une demande de compensation financière avec un organisme tel que la *CSST*, l'*IVAQ*, etc. ? Si oui, est-ce que votre demande a été acceptée ou non ? Depuis combien de temps et durée compensation ? Quel est le nom de votre agent ? Êtes-vous en conflit ou non avec votre employeur et/ou cet organisme à ce sujet ?

13. Êtes-vous actuellement impliqué dans une procédure judiciaire quelconque (par ex., divorce, faillite, probation, suspension de permis de conduire, etc.)? Si oui, laquelle et quand ?

F) Objectifs et attentes thérapeutiques :

14. Quels sont vos objectifs et motivations thérapeutiques dans le cadre de ce projet ?

15. Quelles sont vos attentes envers la psychothérapie et le(la) psychologue ?

G) Histoire de vie :

APPENDICE H

QUESTIONNAIRE D'INFORMATIONS GÉNÉRALES ET MÉDICALES

- ✓ No. Participant :
- ✓ Âge : _____ Date de naissance : _____
- ✓ Sexe : _____
- ✓ Langue maternelle : _____

- ✓ Occupation principale : Travail _____
 Études _____

 Maison _____

 Chômage _____

 Bien-être social _____

 Autre _____

- ✓ Dernière année de scolarité complétée : _____
(ex. sec. 5, Cégep...)

✓ État Civil :

Marié(e) _____

Séparé(e) _____

En union de fait _____

Divorcé(e) _____

Célibataire _____

Remarié(e) _____

✓ Quelle est la durée de votre relation actuelle avec votre proche?

✓ Cohabitez-vous avec votre proche? Oui Non

Si oui, depuis combien de temps?

✓ À combien estimez-vous votre revenu annuel avant les impôts?

Moins de 4 999 \$ 30 000 – 39 999 \$

5 000 - 9 999 \$ 40 000 – 49 999 \$

10 000 – 19 999 \$ 50 000 – 59 999 \$

20 000 – 29 999 \$ 60 000 \$ et plus

❖ Date et heure de l'enregistrement : _____

Nom : _____

Âge : _____

Sexe : _____

❖ Médication :

Nom : _____

Dose : _____

Depuis quand? : _____

❖ Quel médicament avez-vous pris aujourd'hui, avant de venir ici?

Nom : _____

Dose : _____

❖ Quelles sont les maladies physiques que vous avez eut récemment? [Questionner] :

❖ Est-ce qu'il y a quelqu'un dans votre famille qui présente les mêmes symptômes psychiques que vous? [Questionner] :

❖ Fumez-vous? : _____ Combien de cigarettes par jour? : _____
À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool? : _____

Qu'avez-vous pris aujourd'hui, avant de venir ici? :

❖ Comment vous sentez-vous présentement?

Fatigué : _____

Anxieux : _____

Triste : _____

Joyeux : _____

Stressé : _____

Autres : _____

❖ Avez-vous récemment vécu un évènement important (triste ou joyeux)?

[Questionner] :

—

APPENDICE I

GRILLE DE CODIFICATION DU SCIS

Nom de Codificateur(trice): _____

No Discussion: _____ **TSPT** ____ **TP** ____ **TOC** ____

No de Segment: _____ **Extrait: de** _____ **à** _____ **Durée:**

DEMANDEUR

1) Description du problème 1 2 3 4 5 6 7 8 9

2) Expression d'émotion(s) 1 2 3 4 5 6 7 8 9

3) Attention/Écoute 1 2 3 4 5 6 7 8 9

4) Accord/Validation/Soutien 1 2 3 4 5 6 7 8 9

5) Proposition Positive 1 2 3 4 5 6 7 8 9

6) Proposition Négative 1 2 3 4 5 6 7 8 9

7) Affect dysphorique 1 2 3 4 5 6 7 8 9

8) Contre-validation 1 2 3 4 5 6 7 8 9

9) Retrait/Passivité 1 2 3 4 5 6 7 8 9

10) Implication Comportementale 1 2 3 4 5 6 7 8 9

11) Synchronie Relationnelle 1 2 3 4 5 6 7 8 9

12) Changement de Sujet 1 2 3 4 5 6 7 8 9

AIDANT(E) (C ou P _____)

1) Description du problème 1 2 3 4 5 6 7 8 9

2) Expression d'émotion(s) 1 2 3 4 5 6 7 8 9

3) Attention/Écoute 1 2 3 4 5 6 7 8 9

4) Accord/Validation/Soutien 1 2 3 4 5 6 7 8 9

5) Proposition Positive 1 2 3 4 5 6 7 8 9

6) Proposition Négative 1 2 3 4 5 6 7 8 9

7) Affect dysphorique 1 2 3 4 5 6 7 8 9

8) Contre-validation 1 2 3 4 5 6 7 8 9

9) Retrait/Passivité 1 2 3 4 5 6 7 8 9

10) Implication Comportementale 1 2 3 4 5 6 7 8 9

APPENDICE J

CAPS

CAPS Papier

© 2004, Les Consultants Alain Brunet et Associés inc.

Version 1.1

Numéro de dossier

Initiales du client

CAPS

CLINICIAN-ADMINISTERED PTSD SCALE

Version Française

Qu'est ce que la CAPS ?

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

Dans quel contexte utiliser la CAPS ?

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



		Numéro de dossier <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Initiales du client <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
--	--	--	---	--	--

INSTRUCTIONS

1. Informer la personne interviewée:

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

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

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

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

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

3. Évaluer le caractère traumatique des événements:

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

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

		Numéro de dossier □ □ □ □ □	Initiales du client □ □ □ □	
--	--	--------------------------------	--------------------------------	--

Liste des événements potentiellement traumatiques.

Remettre la liste à la personne interviewée et lui dire:

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

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

		Numéro de dossier <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Initiales du client <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
--	--	---	--	--

Feuille d'exploration des événements potentiellement traumatiques

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

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

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

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

Le sujet satisfait-il au critère A ?

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

Oui **Non**

	Numéro de dossier <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Initiales du client <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
--	---	--	--	--

Feuillet d'exploration des événements potentiellement traumatiques

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

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

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

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

Le sujet satisfait-il au critère A ?

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

Oui **Non**

		Numéro de dossier <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Initiales du client <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
--	--	--	---	--	--

Feuillet d'exploration des événements potentiellement traumatiques

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

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

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

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

Le sujet satisfait-il au critère A ?

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

Oui Non

		Numéro de dossier □ □ □ □ □	Initiales du client □ □ □ □		
--	--	--------------------------------	--------------------------------	--	--

CRITÈRE B : Reviviscence.

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

Fréquence

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

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

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

Description, exemples

Intensité

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

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

Numéro de dossier

Initiales du client

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

Fréquence

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

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

Description, exemples

Intensité

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

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

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

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

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

Numéro de dossier

Initiales du client

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

Fréquence

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

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

Description, exemples

Intensité

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

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

Numéro de dossier

Initiales du client

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

Fréquence

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

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

Description, exemples

Intensité

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

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

Numéro de dossier

Initiales du client

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

Fréquence

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

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

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

Description, exemples

Intensité

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

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

Numéro de dossier

Initiales du client

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

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

Fréquence

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

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

Description, exemples

Intensité

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

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

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

Numéro de dossier

Initiales du client

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

Fréquence

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

Combien de fois au cours du dernier mois ?

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

Description, exemples

Intensité

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

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

Numéro de dossier

Initiales du client

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

Fréquence

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

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

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

Description, exemples

Intensité

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

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

Numéro du patient

Initiales du patient

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

Fréquence

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

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

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

Description, exemples

Intensité

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

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

Numéro de dossier

Initiales du client

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

Fréquence

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

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

Description, exemples

Intensité

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

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

Numéro de dossier

Initiales du client

11.C6 : Capacité nettement diminuée à ressentir des émotions

Fréquence

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

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

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

Description, exemples

Intensité

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

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

Numéro de dossier

Initiales du client

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

Fréquence

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

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

Description, exemples

Intensité

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

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

Numéro de dossier

Initiales du client

CRITÈRE D

Symptômes persistants d'hyperéveil.

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

Fréquence

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

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

Difficulté à s'endormir ? Oui Non
 Réveil au milieu du sommeil ? Oui Non
 Réveil trop matinal ? Oui Non
 Nombre total d'heures de sommeil par nuit:
 Nombre d'heures de sommeil souhaité par nuit:

Intensité

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

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

Numéro de dossier

Initiales du client

14. D2 : Irritabilité ou accès de colère.

Fréquence

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

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

Description, exemples

Intensité

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

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

Numéro de dossier

Initiales du client

15. D3 : Difficulté à se concentrer.

Fréquence

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

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

Description, exemples

Intensité

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

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

Numéro de dossier

Initiales du client

16. D4 : Hypervigilance.

Fréquence

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

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

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

Description, exemples

Intensité

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

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

Numéro de dossier

Initiales du client

17. D5 : Réactions exagérées de sursaut.

Fréquence

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

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

Description, exemples

Intensité

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

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

Numéro de dossier

Initiales du client

CRITÈRE E

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

18. Début des symptômes

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

Mois :
Années :

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

Oui Non

19. Durée des symptômes

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

Mois :
Années :

La durée des symptômes est-elle ≥ 3 mois ?

Oui Non

		Numéro de dossier □ □ □ □ □	Initiales du client □ □ □ □		
--	--	--------------------------------	--------------------------------	--	--

CRITÈRE F

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

20. F1 : Souffrance subjective

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

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

21. F2 : Altération du fonctionnement social

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

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

		Numéro de dossier □ □ □ □ □	Initiales du client □ □ □ □		
--	--	--------------------------------	--------------------------------	--	--

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

Travaillez-vous actuellement ?

Oui

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

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

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

Non

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

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

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

		Numéro de dossier <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Initiales du client <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
--	--	--	---	--	--

23. Validité globale

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

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

24. Sévérité globale

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

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

		Numéro de dossier □ □ □ □ □	Initiales du client □ □ □ □	
--	--	--------------------------------	--------------------------------	--

FEUILLE DE COTATION DU CAPS p.1

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

A. Événements traumatiques		
Les décrire		
B. Symptômes de reviviscence	Fréquence	Intensité
1. Souvenirs répétitifs et envahissants	□	□
2. Rêves pénibles	□	□
3. Agir ou se sentir comme si l'événement se reproduisait	□	□
4. Souffrance psychologique lors d'exposition à des déclencheurs	□	□
5. Réactivité physiologique lors d'exposition à des déclencheurs	□	□
total	□	+ □ = _____
Le critère B est rempli si au moins un score est ≥ 1 pour la fréquence et ≥ 2 pour l'intensité		
Critère B satisfait ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
C. Symptômes d'évitement et d'émoussement	Fréquence	Intensité
1. Évitement des pensées, des sensations, des conversations	□	□
2. Évitement des activités, des situations ou des gens	□	□
3. Incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme	□	□
4. Diminution de l'intérêt ou de la participation à des activités	□	□
5. Sentiment d'être détaché ou étranger	□	□
6. Capacité réduite de ressentir des émotions	□	□
7. Sentiment que l'avenir est bouché	□	□
total	□	+ □ = _____
Le critère C est rempli si trois (3) F ≥ 1 et trois (3) I ≥ 2		
Critère C satisfait ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
D. Symptômes d'hyperveil	Fréquence	Intensité
1. Difficulté à s'endormir ou à rester endormi(e)	□	□
2. Irritabilité ou excès de colère	□	□
3. Difficulté à se concentrer	□	□
4. Hypervigilance	□	□
5. Réactions exagérées de sursaut	□	□
total	□	+ □ = _____
Le critère D est rempli si deux (2) F ≥ 1 et deux (2) I ≥ 1		
Critère D satisfait ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
E. Durée de la perturbation		
Le critère E est rempli si la durée est ≥ 3 mois		
Critère E satisfait ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
TOTAL (B+C+D) = _____		

APPENDICE K

MPSS

Fréquence:

0 Pas du tout

1 1 fois par semaine ou moins/ un petit peu/ une fois de temps en temps

2 2 à 4 fois par semaine/ assez/ la moitié du temps

3 5 fois ou plus par semaine/ beaucoup/ presque toujours

Sévérité:

A Pas du tout perturbant

B Un peu perturbant

C Modérément perturbant

D Très perturbant

E Extrêmement perturbant

Fréquence	Énoncé	Sévérité
Pas du tout Presque toujours		Pas du tout Extrêmement perturbant
0 1 2 3	1. Avez-vous eu des pensées ou des souvenirs pénibles récurrents ou intrusifs concernant l'événement? (répétitifs et envahissants)	A B C D E
0 1 2 3	2. Avez-vous eu et continuez-vous à avoir de mauvais rêves ou des cauchemars concernant l'événement?	A B C D E
0 1 2 3	Avez-vous vécu l'expérience de soudainement revivre l'événement, d'avoir un retour en arrière, d'agir ou de sentir que celui-ci se produisait?	A B C D E
0 1 2 3	4. Avez-vous été perturbé et continuez-vous à être perturbé de façon intense ÉMOTIONNELLEMENT lorsqu'on vous rappelait l'événement?	A B C D E
0 1 2 3	5. Avez-vous des réactions PHYSIQUES intenses lorsqu'on vous rappelle l'événement? (ex.: sueurs, palpitations, etc.)	A B C D E
0 1 2 3	6. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les pensées et les sentiments associés à l'événement?	
0 1 2 3	7. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les activités, les situations ou les endroits qui vous remémorent l'événement?	A B C D E

0	1	2	3	8. Y a-t-il des aspects importants de l'événement dont vous ne pouvez toujours pas vous rappeler?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	9. Avez-vous perdu de façon marquée vos intérêts pour vos loisirs depuis l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	10. Vous êtes vous senti détaché ou coupé des gens autour de vous depuis l'événement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	11. Avez-vous senti que votre capacité à ressentir vos émotions a diminué? (ex.: incapable d'avoir des sentiments amoureux, sentiment d'être sans émotions, incapacité à pleurer lorsque triste, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	12. Avez-vous perçu que vos plans ou vos espoirs futurs ont changé en raison de l'événement? (ex.: plus de carrière, mariage, enfants, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	13. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés à vous endormir ou à rester endormi?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	14. Avez-vous été et continuez-vous d'être constamment irritable ou porté à éclater soudainement en colère?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	15. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés persistantes à vous concentrer?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	16. Êtes-vous excessivement en état d'alerte depuis l'événement? (ex.: vérifier ce qui est autour de vous, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	17. Avez-vous été plus nerveux, plus facilement effrayé depuis l'événement?	A	B	C	D	E

APPENDICE L

SPS

L'Échelle de Provisions Sociales

Nous vous demandons de répondre le plus honnêtement possible au questionnaire suivant ; il s'agit d'évaluer votre niveau d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés. Vous inscrivez sur l'espace adjacent le chiffre qui correspond à votre niveau d'accord. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses ; lorsque vous y répondez, essayez de penser aux personnes qui vous entourent.

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement en accord
1. Il y a des personnes sur qui je peux compter pour m'aider en cas de réel besoin.	1	2	3	4
2. J'ai l'impression que je n'ai aucune relation intime avec les autres.	1	2	3	4
3. Je n'ai personne à qui m'adresser pour m'orienter en période de stress.	1	2	3	4
4. Il y a des personnes qui nécessitent mon aide.	1	2	3	4
5. Il y a des personnes qui prennent plaisir aux mêmes activités sociales que moi.	1	2	3	4
6. Les autres ne me considèrent pas compétent.	1	2	3	4
7. Je me sens personnellement responsable du bien-être d'une autre personne.	1	2	3	4
8. J'ai l'impression de faire partie d'un groupe de personnes qui partagent mes attitudes et mes croyances.	1	2	3	4
9. Je ne crois pas que les autres aient de la considération pour mes aptitudes et habiletés.	1	2	3	4
10. Si quelque chose allait mal, personne ne viendrait à mon aide.	1	2	3	4
11. J'ai des personnes proches de moi qui me procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être.	1	2	3	4
12. Il y a quelqu'un avec qui je pourrais discuter de décisions importantes qui concernent ma vie.	1	2	3	4
13. J'ai des relations où sont reconnus ma compétence et mon savoir-faire.	1	2	3	4
14. Il n'y a personne qui partagent mes intérêts et mes préoccupations.	1	2	3	4
15. Il n'y a personne qui se fie réellement sur moi pour son bien-être.	1	2	3	4
16. Il y a une personne fiable à qui je pourrais faire appel pour me conseiller si j'avais des problèmes.	1	2	3	4
17. Je ressens un lien affectif fort avec au moins une autre personne.	1	2	3	4
18. Il n'y a personne sur qui je peux compter pour de l'aide si je suis réellement dans le besoin.	1	2	3	4
19. Il n'y a personne avec qui je me sens à l'aise pour parler de mes problèmes.	1	2	3	4
20. Il y a des gens qui admirent mes talents et habiletés.	1	2	3	4
21. Il me manque une relation d'intimité avec quelqu'un.	1	2	3	4
22. Personne n'aime faire les mêmes activités que moi.	1	2	3	4
23. Il y a des gens sur qui je peux compter en cas d'urgence.	1	2	3	4
24. Plus personne ne nécessite mes soins ou mon attention désormais.	1	2	3	4

122

Répondez à chacune des questions suivantes en encerclant la réponse appropriée. Si vous ne pouvez donner une réponse exacte à une question, encerclez la réponse qui vous semble la plus appropriée à votre cas.

10. Quand il y a désaccord entre vous,
- c'est votre partenaire qui cède
 - c'est vous qui cédez
 - vous arrivez à établir un compromis
11. Est-ce que vous et votre partenaire avez des activités ensemble en dehors de la maison?
- toutes
 - quelques-unes
 - très peu
 - aucune
12. Pour occuper vos moments de loisirs, que préférez-vous généralement?
- des activités à l'extérieur de la maison
 - rester à la maison
- Votre partenaire préfère-t-il (elle)?
- des activités à l'extérieur de la maison
 - rester à la maison
13. Avez-vous déjà souhaité ne pas avoir épousé (ou ne pas vivre avec) votre partenaire?
- fréquemment
 - occasionnellement
 - rarement
 - jamais
14. Si vous pouviez recommencer votre vie, pensez-vous que vous voudriez:
- épouser (ou vivre avec) la même personne
 - épouser (ou vivre avec) une autre personne
 - ne pas épouser (ou ne pas vivre avec) quelqu'un

15. Est-ce que vous vous confiez à votre partenaire?

- a. presque jamais
- b. rarement
- c. très souvent
- d. toujours

Traduction et adaptation par John Wright et Stéphane Sabourin (1985) du Marital Adjustment Test: Locke, H.J., Wallace, K.M. (1959). Short marital adjustment and prediction tests: their reliability and validity. Marriage and family living, 21, 251-255.

APPENDICE N

QSBA

Consignes : Tout d'abord, veuillez identifier votre confident le plus significatif (si vous êtes en couple vous devez choisir votre conjoint-e) et inscrire son nom ainsi que le lien que vous avez avec elle (conjoint, parent, ami, etc.) _____

_____ « Quand je vis une situation où je suis visiblement très anxieux-se ou angoissé-e il-elle: »

5.6	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
-----	--------	----------	---------	---------	----------

1. me donne des conseils	1	2	3	4	5
2. reste calme	1	2	3	4	5

3. se plaint de mes difficultés	1	2	3	4	5
4. critique ma façon de réagir	1	2	3	4	5
5. me demande comment je me sens	1	2	3	4	5
6. fait des blagues qui me stressent	1	2	3	4	5
7. me dit qu'il-elle ne comprend pas mon problème	1	2	3	4	5
8. essaie de me confronter	1	2	3	4	5
9. répond à des questions à ma place	1	2	3	4	5
10. minimise l'importance de mes malaises	1	2	3	4	5
11. me critique	1	2	3	4	5
12. expose mes faiblesses en public	1	2	3	4	5
13. raconte mes problèmes aux autres	1	2	3	4	5
14. m'ignore	1	2	3	4	5

15. met de la pression sur moi	1	2	3	4	5
16. me culpabilise	1	2	3	4	5
17. me dit qu'il-elle est tannée de m'entendre parler de mes difficultés	1	2	3	4	5
18. s'isole de moi	1	2	3	4	5
19. exige de moi des choses que j'ai peur de faire	1	2	3	4	5
20. me ridiculise	1	2	3	4	5
21. tente de m'informer par rapport à mon problème	1	2	3	4	5
22. me dit que je suis fou (folle)	1	2	3	4	5
23. m'encourage à lui parler de mes difficultés	1	2	3	4	5
24. respecte mon rythme	1	2	3	4	5
25. m'aide à préciser mes émotions	1	2	3	4	5
26. menace de me quitter	1	2	3	4	5

27. remarque quand je fais des efforts pour m'en sortir	1	2	3	4	5
28. me récompense si je fais des efforts pour m'en sortir	1	2	3	4	5
29. me rappelle mes points forts	1	2	3	4	5
30. m'encourage à faire ce que je suis capable de faire	1	2	3	4	5
31. ne me met pas de pression	1	2	3	4	5

Merci d'avoir complété ce questionnaire!

APPENDICE O

PREUVE DE PUBLICATION ARTICLE CHAPITRE II

 [Get Access](#) [Share](#) [Export](#)



European Journal of Trauma & Dissociation

Available online 22 October 2019, 100134

In Press, Corrected Proof 



Research Paper  [Info.supp.](#)

A qualitative analysis of the quality of social and marital support for PTSD victims

Catherine Fredette ^{*}, Elias Rizkallah ^{*}, Ghassan El-Baalbaki ^{*}, Véronique Palardy ^{*}, Stéphane Guay ^{†,*,¹}

[Show more](#)

<https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.100134>

[Get rights and content](#)

Abstract

In recent years, many authors have written on the importance of analyzing social support when it comes to understanding PTSD patients. However, the effects of important aspects of the social support construct itself, such as the source of support and its underlying psychosocial processes, remain relatively unexamined. Using a qualitative design, this study sought to explore social support processes between PTSD patients and their relatives. More specifically, thematic and conversational analysis were performed on filmed interactions between 48 PTSD patients and an accompanying person (AP) of their choice. Results indicated that female PTSD patients generally presented a higher frequency of negative interactions than male diagnosed with PTSD. Moreover, couples generally experienced more negative social support compared to non-couples. Finally, it was found that the length of the relationship as well as the onset of the PTSD (before or after the beginning of the relationship) influenced the quality of the interactions for couples in this sample. To our knowledge, this study is one of the few qualitative research that has been made on interactions between PTSD patients and their relatives. This study also offers an innovative point of view on the social processes underlying marital and social support, such as the impact of the length and moment of apparition of romantic relationships on the quality of support

APPENDICE P

PREUVE DE PUBLICATION ARTICLE CHAPITRE IV

Traumatology
2016, Vol. 25, No. 2, 135–144
http://dx.doi.org/10.1037/trm0000070

© 2016 American Psychological Association
1089-0353/16/\$12.00

Social Support and Cognitive–Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review

Catherine Fredette
Université du Québec à Montréal

Ghassan El-Baalbaki
Université du Québec à Montréal and McGill University

Véronique Palardy and Elias Rizkallah
Université du Québec à Montréal

Stéphane Guay
Université de Montréal and Institut Universitaire en Santé
Mentale de Montréal, Montreal, Quebec, Canada

Social support influences the development, severity, and evolution of posttraumatic stress disorder (PTSD). The objective of this systematic review was twofold: (1) to examine the role of social and marital support on the efficacy of cognitive–behavioral therapy (CBT) for PTSD and (2) to assess whether CBT for PTSD improves the quality of patients' social and marital support. A systematic search of databases was executed and provided 17 eligible articles: 6 answering the 1st research question and 11 answering the 2nd research question. Most articles found that social and marital support play a role on the efficacy of CBT for PTSD. All but 1 article found that CBT for PTSD improved the quality of social and marital support. However, some studies included in this review were methodologically limited. More randomized clinical trials would then be needed to determine the specific and definite role of social and marital support pertaining to PTSD treatment.

Keywords: posttraumatic stress disorder, social support, marital adjustment, expressed emotion, cognitive–behavioral therapy

Posttraumatic stress disorder (PTSD) is a mental illness that develops after a person is exposed to actual or threatened death, violence, or sexual injury (American Psychiatric Association, 2013). It is characterized by the development of specific symptoms such as recurrent, involuntary, and intrusive recollections of the event (reexperiencing); avoidance of thoughts, memories, feelings, or talking about the event; negative alterations in cognitions or mood associated with the event; and marked alterations in arousal and reactivity (hyperarousal). The development and maintenance of PTSD symptoms impede the professional and social life of those affected by it (Bomyea & Lang, 2012), as well as marital functioning for those who are in an intimate relationship (Nelson Goff et al., 2014). Many factors are known to influence the development of PTSD. The following study reviews one of the more important, namely social support (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000).

Social Support

Two recent meta-analyses showed that lack of social support is one of the strongest predictors of the natural development and severity of PTSD among other predictors such as peritraumatic dissociation and severity of the trauma (Brewin et al., 2000; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). Authors have proposed many different definitions of social support. For example, it has been described as the quality of the interactions within an individual's social network (Guay et al., 2011) and as a process through which help is provided to or exchanged between people in order to facilitate one or more adaptive goals (Dolbier & Steinhardt, 2000). Social support derives from the social network of a person and can be provided by many sources, such as family, friends, and spouse. People can provide different types of support, such as emotional, informational, practical, and distractive. Social support can also be measured with four different dimensions: quality versus quantity, specific versus global, perceived versus received, and positive versus negative. The role that social support may play in the development or severity of PTSD is different depending on which aspect of social support is considered as well. The following covers some of these major aspects.

Quality Versus Quantity

The social support that individuals have can be described in terms of quality and quantity. Quality refers to the meaningfulness and significance of their relationships, whereas quantity refers to

This document is copyrighted by the American Psychological Association or one of its allied publishers. This article is intended solely for the personal use of the individual user and is not to be disseminated broadly.

This article was published Online First May 5, 2016.

Catherine Fredette, Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal; Ghassan El-Baalbaki, Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal and Department of oncology, McGill University; Véronique Palardy, Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal; Elias Rizkallah, Département de Sociologie, Université du Québec à Montréal; Stéphane Guay, Département de criminologie, Université de Montréal, and Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal, Montréal, Quebec, Canada.

Correspondence concerning this article should be addressed to Ghassan

RÉFÉRENCES

- Abbey, A., Abramis, D. J., & Caplan, R. D. (1985). Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic and Applied Social Psychology*, 6(2), 111-129.
- Allen, E., Knopp, K., Rhoades, G., Stanley, S., & Markman, H. (2018). Between-and within-subject associations of PTSD symptom clusters and marital functioning in military couples. *Journal of Family Psychology*, 32(1), 134.
- Andrews, B., Brewin, C. R., & Rose, S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of traumatic stress*, 16(4), 421-427.
- APA. (2002). *DMS-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (2013). *DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barrera, M., Sandler, I. N., & Ramsey, T. B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435-447.
- Barrios, V. (2011). Improving primary care outcomes for Hispanics with anxiety disorders: A randomized clinical trial evaluating the effectiveness of cognitive-behavioral therapy. 72, ProQuest Information & Learning, US.

- Barrowclough, C., Gregg, L., & Tarrier, N. (2008). Expressed emotion and causal attributions in relatives of post-traumatic stress disorder patients. *Behaviour research and therapy*, *46*(2), 207-218.
- Basco, M. R., Bostic, J. Q., Davies, D., Rush, A. J., Witte, B., Hendrickse, W., & Barnett, V. (2000). Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *American Journal of Psychiatry*, *157*(10), 1599-1605.
- Baucom, D.H., Stanton, S., & Epstein, N.B. (2003). Anxiety disorders. In D.K. Snyder and M.A. Whisman (Eds.), *Treating difficult couples*, (pp. 57-87). New York: Guilford.
- Békés, V., Beaulieu-Prévost, D., Guay, S., Belleville, G., & Marchand, A. (2016). Women With PTSD Benefit More From Psychotherapy Than Men.
- Bélanger, C., Leduc, A. G., Fredman, S., El-Baalbaki, G., & Baucom, D., H. (2008). Couples et troubles anxieux. Intervention et évaluation. In Wright, J., Lussier, Y., & Sabourin, S (Eds), *Manuel clinique des psychothérapie de couple*, (p.507-539). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Belsher, B. E., Ruzek, J. I., Bongar, B., & Cordova, M. J. (2012). Social constraints, posttraumatic cognitions, and posttraumatic stress disorder in treatment-seeking trauma survivors: Evidence for a social-cognitive processing model. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*(4), 386.
- Billette, V., Guay, S., & Marchand, A. (2008). Posttraumatic stress disorder and social support in female victims of sexual assault: The impact of spousal

- involvement on the efficacy of cognitive-behavioral therapy. *Behavior modification*, 32(6), 876-896.
- Blake, D., Weathers, F., Nagy, L., Kaloupek, D., Klauminzer, G., Charney, D., & Keane, T. (1990). Clinician-administered PTSD scale (CAPS). *Boston (Mass)*, 7.
- 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. (PDF) *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90. doi: 10.1002/jts.2490080106
- Bomyea, J., & Lang, A. J. (2012). Emerging interventions for PTSD: Future directions for clinical care et research. *Neuropharmacology*, 62(2), 607-616. doi: 10.1016/j.neuropharm.2011.05.028
- Boyatzis, R. E. (1998). Transforming qualitative information: thematic analysis and code development. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Bremner, J. D., Southwick, S. M., Darnell, A., & Charney, D. S. (1996). Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: Course of illness et substance abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 153(3), 369-375.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.

- Brillon, P (2017). *Comment aider les victimes souffrant de Sress Post-Traumatique : guide à l'intention des thérapeutes*. Montréal : Les Éditions Québec-Livres.
- Brown-Bowers, A., Fredman, S. J., Wanklyn, S. G., & Monson, C. M. (2012). Cognitive-Behavioral Conjoint Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: Application to a Couple's Shared Traumatic Experience. *Journal of clinical psychology, 68*(5), 536-547.
- Brown G. W. , Rutter. M. (1966). The measurement of family activities and relationships. *Human Relations, 19*, 241–263.
- Brunet, A., Orr, S. P., Tremblay, J., Robertson, K., Nader, K., & Pitman, R. K. (2008). Effect of post-retrieval propranolol on psychophysiologic responding during subsequent script-driven traumatic imagery in post-traumatic stress disorder. *Journal of psychiatric research, 42*(6), 503-506.
- Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2007). Psychological theories of PTSD. *Handbook of PTSD: Science and practice, 55-77*.
- Calhoun, P. S., Beckham, J. C., & Bosworth, H. B. (2002). Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress, 15*(3), 205-212.
- Chakrabarti, S., Kulhara, P., & Verma, S. K. (1993). The pattern of burden in families of neurotic patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 28*(4), 172-177.
- Caron, J. (1996). L'Échelle de provisions sociales : une validation québécoise. *Santé mentale au Québec, 21*(2), 158-180.

- Carter, S., Loew, B., Allen, E., Stanley, S., Rhoades, G., & Markman, H. (2011). Relationships between soldiers' PTSD symptoms and spousal communication during deployment. *Journal of traumatic stress, 24*(3), 352-355.
- Catabay, C. J., Stockman, J. K., Campbell, J. C., & Tsuyuki, K. (2019). Perceived stress and mental health: The mediating roles of social support and resilience among black women exposed to sexual violence. *Journal of affective disorders, 259*, 143-149.
- Clapp, J. D., & Beck, J. G. (2009). Understanding the relationship between PTSD and social support: The role of negative network orientation. *Behaviour research and therapy, 47*(3), 237-244.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., ... & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry, 167*(8), 915-924.
- Coffey, S. F., Dansky, B. S., Falsetti, S. A., Saladin, M. E., & Brady, K. T. (1998). Screening for PTSD in a substance abuse sample: Psychometric properties of a modified version of the PTSD Symptom Scale Self-Report. *Journal of Traumatic Stress, 11*(2), 393-399.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin, 98*(2), 310.

- Cook, J. M., Riggs, D. S., Thompson, R., Coyne, J. C., & Sheikh, J. I. (2004). Posttraumatic stress disorder and current relationship functioning among World War-II ex-prisoners of war. *Journal of familial psychology, 18*, 36-45.
- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 14*(4), 308-319.
- Cox, D. W., Bakker, A. M., & Naifeh, J. A. (2017). Emotion dysregulation and social support in PTSD and depression: A study of trauma-exposed veterans. *Journal of Traumatic Stress, 30*(5), 545-549.
- Creswell, J. W. & Clark, V. L. (2011). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. 2nd Edition, Sage Publications, Los Angeles.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research*. 3rd Edition, Sage Publications, Los Angeles.
- Crevier, M. G. (2013). *Le rôle du soutien social en santé mentale: Traumag*. Retrived from: <http://www.plusqu1souvenir.ca/wp-content/uploads/2013/05/traumag-no4-leger.pdf>
- Crevier, M. G., Marchand, A., Nachar, N., & Guay, S. (2014). Overt social support behaviors: Associations with PTSD, concurrent depressive symptoms and gender. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 6*(5), 519.
- Crevier, M. G., Marchand, A., Nachar, N., & Guay, S. (2015). Symptoms among partners, family, and friends of individuals with posttraumatic stress disorder:

- associations with social support behaviors, gender, and relationship status. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(8), 876-896.
- Cross, D. G., & Sharpley, C. F. (1981). The Locke-Wallace Marital Adjustment Test reconsidered: Some psychometric findings as regards its reliability and factorial validity. *Educational and Psychological Measurement*, 41(4), 1303-1306.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in personal relationships*, 1(1), 37-67.
- Dekel, R., & Monson, C. M. (2010). Military-related post-traumatic stress disorder and family relations: Current knowledge and future directions. *Aggression and Violent Behavior*, 15(4), 303-309.
- Denkers, A. (1999). Factors affecting support after criminal victimization: Needed and received support from the partner, the social network, and distant support providers. *The Journal of social psychology*, 139(2), 191-201.
- Dobson, K. S. (Ed.). (2009). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York, NY: Guilford Press.
- Dolbier, C. L., & Steinhardt, M. A. (2000). The development et validation of the Sense of Support Scale. *Behavioral Medicine*, 25(4), 169-179. doi: 10.1080/08964280009595746.
- Dunkel-Schetter, C., & Bennett, T. L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support.
- 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 and Therapy*, 39, 1063–1084.
- Flannery, Jr., R. B. (1990). Social support and psychological trauma: A methodological review. *Journal of Traumatic Stress*, 3, (4), 593-611.
- Ehlers, A., Hackmann, A., & Michael, T. (2004). Intrusive re-experiencing in post-traumatic stress disorder: Phenomenology, theory, and therapy. *Memory*, 12(4), 403-415.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resick, P. A., & Kilpatrick, D. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Therapist*, 16, 161-161.
- Fivecoat, H. C., Tomlinson, J. M., Aron, A., & Caprariello, P. A. (2014). Partner support for individual self-expansion opportunities Effects on relationship satisfaction in long-term couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 0265407514533767.
- Flannery Jr, R. B. (1990). Social support and psychological trauma: A methodological review. *Journal of traumatic stress*, 3(4), 593-611.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & International Society for Traumatic Stress Studies. (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior therapy*, 20(2), 155-176.

- Forbes, D., Lloyd, D., Nixon, R. D. V., Elliott, P., Varker, T., Perry, D.,... Creamer, M. (2012). A multisite randomized controlled effectiveness trial of cognitive processing therapy for military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 442–452. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.006>.
- Fredette, C., El-Baalbaki, G., & Guay, S. (2018). *Impacts of social support and marital support on PTSD symptoms severity*. Unpublished manuscript. Université du Québec à Montréal, Montréal, Qc.
- Fredette, C., Rizkallah, E., El-Baalbaki, G., Palardy, V., & Guay, S. (2019). A qualitative analysis of the quality of social and marital support for PTSD victims. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 100134.
- 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.
- Freeston, M. H., & Pléchaty, M. (1997). Reconsideration of the Locke-Wallace Marital Adjustment Test: Is it still relevant for the 1990s?. *Psychological Reports*, 81(2), 419-434.
- Gable, S. L., Reis, H. T., Impett, E. A., & Asher, E. R. (2004). What do you do when things go right? The intrapersonal and interpersonal benefits of sharing positive events. *Journal of personality and social psychology*, 87(2), 228.

- Galovski, T., & Lyons, J. A. (2004). Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior, 9*, 477–501.
- Gareau, A., Horic-Asselin, D., (2016). Comment faire des choix éclairés? Atelier pédagogique sur le diagnostic, le nettoyage, et le traitement des données inhabituelles et manquantes. Symposium présenté au Congrès Annuel 2016 de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie (SQRP), Trois-Rivière, QC
- Gerlock, A. A., Grimesey, J., & Sayre, G. (2014). Military-related posttraumatic stress disorder and intimate relationship behaviors: a developing dyadic relationship model. *Journal of marital and family therapy, 40*(3), 344-356
- Gillespie, K., Duffy, M., Hackmann, A., & Clark, D. M. (2002). Community based cognitive therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behaviour Research and Therapy, 40*(4), 345-357.
- Guay, S., Beaulieu-Prévost, D., Beaudoin, C., St-Jean-Trudel, É., Nachar, N., Marchand, A., & O'connor, K. P. (2011). How do social interactions with a significant other affect PTSD symptoms? An empirical investigation with a clinical sample. *Journal of aggression, maltreatment & trauma, 20*(3), 280-303.
- Guay, S., Billette, V., Marchand, A. (2006). Exploring the links between post-traumatic stress disorder and social support : Processes and potential research avenues. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 327-338

- Guay, S., Billette, V., St-Jean-Trudel, E., Marchand, A., & Mainguy, N. (2004). Couple therapy and post-traumatic stress disorder. *Revue Francophone du stress et du trauma*, 4, 81-88.
- Guay, S., Marchand, A., & O'Connor, K. (2003). The questionnaire on social support behaviors in anxious situations. *Unpublished manuscript, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montreal, Quebec, Canada.*
- Guay, S., Nachar, N., Lavoie, M. E., Marchand, A., & O'Connor, K. P. (2017). The buffering power of overt socially supportive and unsupportive behaviors from the significant other on posttraumatic stress disorder individuals' emotional state. *Anxiety, Stress, & Coping*, 30(1), 52-65.
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American journal of community psychology*, 39(1-2), 133-144.
- Hafner, R. J., & Spence, N. S. (1988). Marriage duration, marital adjustment and psychological symptoms: A cross-sectional study. *Journal of clinical psychology*, 44(3), 309-316.
- Halford, W. K., & Bouma, R. (1997). Individual psychopathology et marital distress. In p. dividual & W. K. H. H. J. M. marital distress (Eds.), *Clinical handbook of marriage et couples interventions* (pp. 291-321). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Han, S. C., Castro, F., Lee, L. O., Charney, M. E., Marx, B. P., Brailey, K., ... & Vasterling, J. J. (2014). Military unit support, postdeployment social support,

- and PTSD symptoms among active duty and National Guard soldiers deployed to Iraq. *Journal of anxiety disorders*, 28(5), 446-453.
- Holeva, V., TARRIER, N., & Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy*, 32(1), 65-83.
- Hooley, J. M., Rosen, L. R., & Richters, J. E. (1995). Expressed emotion: Toward clarification of a critical construct. In *The behavioral high-risk paradigm in psychopathology* (pp. 88-120). Springer New York.
- Hooley, J. M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of abnormal psychology*, 98(3), 229.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, 38(2), 139.
- Hutchby, I., & Wooffitt, R. (2008). *Conversation analysis*. Polity
- Johnson, D. M., Zlotnick, C., & Perez, S. (2011). Cognitive behavioral treatment of PTSD in residents of battered women's shelters: results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(4), 542.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1995). Psychosocial perspectives on post-traumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 15(6), 515-544.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). Understanding posttraumatic stress: A psychosocial perspective on PTSD and treatment. Chichester, UK: Wiley.

- Julien, D., Mergler, D., Baldwin, M., Sassine, M.-P., Cormier, N., Chartrand, É., & Bélanger, S. (1998). Santé mentale et relations conjugales chez les travailleurs exposés à des substances neurotoxiques. [Mental health et conjugal relations in workers exposed to neurotoxic substances.]. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *30*(3), 147-158. doi: 10.1037/h0087058
- Kaniasty, K., & Norris, F. H. (2008). Longitudinal linkages between perceived social support and posttraumatic stress symptoms: Sequential roles of social causation and social selection. *Journal of traumatic stress*, *21*(3), 274-281.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical psychology review*, *26*(1), 50-65.
- Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability et validity. *Journal of Consulting et Clinical Psychology*, *56*(1), 85.
- Keane, T. M., Malloy, P. F., & Fairbank, J. A. (1984). Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting et Clinical Psychology*, *52*(5), 888.
- Keller, S. M., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2010). Understanding factors associated with early therapeutic alliance in PTSD treatment: Adherence, childhood sexual

- abuse history, and social support. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(6), 974.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & 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.
- King, L. A., King, D. W., Fairbank, J. A., Keane, T. M., & Adams, G. A. (1998). Resilience–recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of personality and social psychology*, 74(2), 420.
- King, D. W., King, L. A., Foy, D. W., Keane, T. M., & Fairbank, J. A. (1999). Posttraumatic stress disorder in a national sample of female et male Vietnam veterans: risk factors, war-zone stressors, et resilience-recovery variables. *J Abnorm Psychol*, 108(1), 164-170.
- King, D. W., Taft, C., King, L. A., Hammond, C., & Stone, E. R. (2006). Directionality of the association between social support and Posttraumatic Stress Disorder: a longitudinal investigation 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 36(12), 2980-2992.
- Laffaye, C., Cavella, S., Drescher, K., & Rosen, C. (2008). Relationships among PTSD symptoms, social support, and support source in veterans with chronic PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 21(4), 394.

- Lakey, B., & Cassady, P. B. (1990). Cognitive processes in perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*(2), 337.
- Larsen, S. E., Fleming, C. J., & Resick, P. A. (2019). Residual symptoms following empirically supported treatment for PTSD. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, *11*(2), 207.
- Leavy, R. L. (1983). Social support and psychological disorder: A review. *Journal of community psychology*, *11*(1), 3-21.
- Leff, J., & Vaughn, C. (1984). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. Guilford Press.
- Leffler, C., & Dembert, M. (1998). Posttraumatic stress symptoms among U.S. Navy divers recovering TWA Flight 800. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, *186*, 574–577
- Lehoux, J., Guay, S., Chartrand, É., & Julien, D. (2007). Évaluation préliminaire des qualités psychométriques d'un système de codification du soutien conjugal pour le trouble de stress post-traumatique. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *39*(4), 307.
- Leifker, F. R., & Marshall, A. D. (2019). The impact of negative attributions on the link between observed partner social support and posttraumatic stress disorder symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders*, *65*, 19–25. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1016/j.janxdis.2019.05.002>
- Lepore, S. J. (2001). A social–cognitive processing model of emotional adjustment to cancer.

- Liddicoat, A. J. (2007). *An Introduction to Conversation Analysis*. Bloomsbury Publishing.
- Locke, H. J., & Wallace, K. M. (1959). Short marital-adjustment et prediction tests: Their reliability et validity. *Marriage et family living*, 21(3), 251-255.
- Lonergan, M. H., Brunet, A., Olivera-Figueroa, L. A., & Pitman, R. K. (2013). Disrupting consolidation and reconsolidation of human emotional memory with propranolol. In C. M. Alberini (Ed.), *Memory reconsolidation* (pp. 249-272). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Marchand, A., Boyer, R., Nadeau, C., & Martin, M. (2011). *Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers* (rapport R-170). Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-710.pdf?v=2020-02-18>
- Marshall, E. M., & Frazier, P. A. (2019). Understanding posttrauma reactions within an attachment theory framework. *Current opinion in psychology*, 25, 167-171.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review.
- McCubbin, H. I., & McCubbin, M. A. (1988). Typologies of resilient families: Emerging roles of social class and ethnicity. *Family relations*, 247-254.
- McCubbin M.A. & McCubbin H.I. (1993) Family coping with health crisis: the resiliency model of family stress, adjustment and adaptation. In Danielson, C.,

- Hamel-Bissell, B., & Winstead-Fry, P. (Eds), *Families Health and Illness*.
Mosby, St. Louis, pp. 21–63.
- McDonald, M. Y. (2016). *Trauma & adaptation: a scientifically informed phenomenological account* (Doctoral dissertation, Boston University).
- Miles, M. (1994). Miles and Huberman Chapter 2. *Qualitative Data Analysis*, 50-72.
- Monson, C. M., Fredman, S. J., & Adair, K. C. (2008). Cognitive–behavioral conjoint therapy for posttraumatic stress disorder: Application to Operation Enduring and Iraqi Freedom veterans. *Journal of Clinical Psychology*, *64*(8), 958-971.
- Monson, C. M., Fredman, S. J., Macdonald, A., Pukay-Martin, N. D., Resick, P. A., Schnurr, P. P. (2012). Effect of cognitive-behavioral couple therapy for PTSD: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, *308*, 700-709.
- Monson, C. M., Fredman, S. J., Adair, K. C., Stevens, S. P., Resick, P. A., Schnurr, P. P., ... & Macdonald, A. (2011). Cognitive–behavioral conjoint therapy for PTSD: Pilot results from a community sample. *Journal of traumatic stress*, *24*(1), 97-101.
- Monson, C. M., Rodriguez, B. F., & Warner, R. (2005). Cognitive-Behavioral therapy for PTSD in the real world: Do interpersonal relationships make a real difference?. *Journal of clinical psychology*, *61*(6), 751-761.
- Monson, C. M., Schnurr, P. P., Stevens, S. P., & Guthrie, K. A. (2004). Cognitive–behavioral couple's treatment for posttraumatic stress disorder: Initial findings. *Journal of Traumatic Stress*, *17*(4), 341-344.

- Morgan, D. L. (2007). Paradigms lost and pragmatism regained: Methodological implications of combining qualitative and quantitative methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 48–76.
- Nelson Goff, B. S., Irwin, L., Cox, M., Devine, S., Summers, K., & Schmitz, A. (2014). A qualitative study of single-trauma and dual-trauma military couples. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(3), 216.
- Nelson Goff, B. S., & Smith, D. B. (2005). Systemic traumatic stress: The couple adaptation to traumatic stress model. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 145–157.
- Nickerson, A., Creamer, M., Forbes, D., McFarlane, A. C., O'donnell, M. L., Silove, D., Steel, Z., Felmingham, K., Hadzi-Pavlovic, D., & Bryant, R. A. (2017). The longitudinal relationship between post-traumatic stress disorder and perceived social support in survivors of traumatic injury. *Psychological Medicine*, 47(1), 115-126.
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of post-traumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Pacella, M. L., Hruska, B., & Delahanty, D. L. (2013). The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: a meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 33-46.

- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Hachette.
- Palardy, V., El-Baalbaki, G., Fredette, C., Rizkallah, E., & Guay, S. (2018). Social support and symptom severity among patients with obsessive-compulsive disorder or panic disorder with agoraphobia: A systematic review. *Europe's journal of psychology, 14*(1), 254.
- Palic, S., & Elklit, A. (2009). An explorative outcome study of CBT-based multidisciplinary treatment in a diverse group of refugees from a Danish treatment centre for rehabilitation of traumatized refugees. *Torture: quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture, 19*(3), 248-270..
- Pizzamiglio, Julien, Parent, & Chartrand. (2001). *Système de codification d'interaction de soutien: Manuel de codification*. Université du Québec à Montréal, Qc.: Document inédit.
- Polusny, M. A., Erbes, C. R., Murdoch, M., Arbisi, P. A., Thuras, P., & Rath, M. B. (2011). Prospective risk factors for new-onset post-traumatic stress disorder in National Guard soldiers deployed to Iraq. *Psychological Medicine, 41*(4), 687-698. doi: 10.1017/s0033291710002047
- Price, M., Gros, D. F., Strachan, M., Ruggiero, K. J., & Acierno, R. (2013). The role of social support in exposure therapy for Operation Iraqi Freedom/Operation Enduring Freedom veterans: A preliminary investigation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(1), 93.

- Ray, C. (1992). Positive et negative social support in a chronic illness. *Psychological Reports, 71*(3, Pt 1), 977-978. doi: 10.2466/pr0.71.7.977-978
- Ray, S. L., & Vanstone, M. (2009). The impact of PTSD on veterans' family relationships: An interpretative phenomenological inquiry. *International Journal of Nursing Studies, 46*(6), 838-847. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.01.002
- Regehr, C., Hill, J., & Glancy, G. (2000). Individual predictors of traumatic reactions in firefighters. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188*, 333–339.
- Robinaugh, D. J., Marques, L., Traeger, L. N., Marks, E. H., Sung, S. C., Beck, J. G., Pollack, M.H., & Simon, N. M. (2011). Understanding the relationship of perceived social support to post-trauma cognitions and posttraumatic stress disorder. *Journal of anxiety disorders, 25*(8), 1072-1078.
- Ryan, G. W., & Bernard, H. R. (2000). Data management and analysis methods.
- Sarason, I. G. (Ed.). (2013). *Social support: Theory, research and applications* (Vol. 24). Springer Science & Business Media.
- Scarpa, A., Haden, S. C., & Hurley, J. (2006). Community Violence Victimization and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder The Moderating Effects of Coping and Social Support. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(4), 446-469.
- Schlomer, G. L., Bauman, S., & Card, N. A. (2010). Best practices for missing data management in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology, 57*(1), 1.

- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V., & 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.)
- Shnaider, P., Sijercic, I., Wanklyn, S. G., Suvak, M. K., & Monson, C. M. (2017). The Role of Social Support in Cognitive-Behavioral Conjoint Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Behavior Therapy, 48*(3), 285-294.
- Solomon, Z., Gelkopf, M., & Bleich, A. (2005). Is terror gender-blind? Gender differences in reaction to terror events. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*(12), 947-954.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1995). Structured clinical interview for DSM-IV (SCID). *New York: Biometrics Research.*
- Stanley, I. H., Hom, M. A., Chu, C., Dougherty, S. P., Gallyer, A. J., Spencer-Thomas, S., Shelef, L., Fruchter, E., Comtois, K. A., Gutierrez, P. M., Sachs-Ericsson, N. J., & Joiner, T. E. (2019). Perceptions of belongingness and social support attenuate PTSD symptom severity among firefighters: A multistudy investigation. *Psychological Services, 16*(4), 543–555. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1037/ser0000240>
- Stephenson, R., Marchand, L., Marchand, A., & Di Blasio, L. (2000). Examination of the psychometric properties of a brief PTSD measure on a French-Canadian undergraduate population. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 29*(2), 65-73. doi: 10.1080/028457100750066414.

- Stevens, N. R., Gerhart, J., Goldsmith, R. E., Heath, N. M., Chesney, S. A., & Hobfoll, S. E. (2013). Emotion Regulation Difficulties, Low Social Support, et Interpersonal Violence Mediate the Link Between Childhood Abuse et Posttraumatic Stress Symptoms. *Behavior Therapy, 44*(1), 152-161.
- St-Jean-Trudel, E., Guay, S., & Bonaventure, M. (2003). Social support et anxiety disorders : A pilot study.
- St-Jean-Trudel, É., Guay, S., Marchand, A., & O'Connor, K. (2005). Développement et validation d'un questionnaire mesurant le soutien social en situation d'anxiété auprès d'une population universitaire. *Santé mentale au Québec, 30*(2), 43-60.
- Tarrier N, & Humphreys, A. (2003). PTSD and the social support of the interpersonal environment: the development of social cognitive behavior therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy; 17*:187–198
- Tarrier, N., Pilgrim, C., Summerfield, B., Reynolds, M., Graham, E. and Barrowclough, C. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 13–18.
- Tarrier, N., Sommerfield, C., & Pilgrim, H. (1999). Relatives' expressed emotion (EE) and PTSD treatment outcome. *Psychological Medicine, 29*(04), 801-811.
- Thrasher, S., Power, M., Morant, N., Marks, I., & Dalglish, T. (2010). Social support moderates outcome in a randomized controlled trial of exposure therapy and

- (or) cognitive restructuring for chronic posttraumatic stress disorder. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 55(3), 187-190.
- Tsai, J., Harpaz-Rotem, I., Pietrzak, R. H., & Southwick, S. M. (2012). The role of coping, resilience, et social support in mediating the relation between PTSD et social functioning in veterans returning from Iraq et Afghanistan. *Psychiatry: Interpersonal et Biological Processes*, 75(2), 135-149. doi: 10.1521/psyc.2012.75.2.135.
- Tyrer, P., Nur, U., Crawford, M., Karlsen, S., MacLean, C., Rao, B., & Johnson, T. (2005). The Social Functioning Questionnaire: a rapid and robust measure of perceived functioning. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(3), 265-275.
- Uchino, B. N. (2004). *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships*. Yale University Press.
- Ullman, S. E. (1996). Social Reactions, Coping Strategies, and Self-blame Attributions in Adjustment to Sexual Assault. *Psychology of women quarterly*, 20(4), 505-526.
- Ullman, S. E., & Filipas, H. H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of traumatic stress*, 14(2), 369-389.
- Valdez, C. E., & Lilly, M. M. (2014). Biological sex, gender role, and Criterion A2: Rethinking the “gender” gap in PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(1), 34.

- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post - traumatic stress disorder in Canada. *CNS neuroscience & therapeutics*, *14*(3), 171-181.
- Vaughn, C. E., Snyder, K. S., Freeman, W., Jones, S., Falloon, I. R. H., Liberman, R. P. (1982). Family factors in schizophrenic relapse: a replication. *Schizophr Bull*, *8*, 425-426.
- Vogt, D. S., Shipherd, J. C., & Resick, P. A. (2012). Posttraumatic maladaptive beliefs scale: evolution of the personal beliefs and reactions scale. *Assessment*, *19*(3), 308-317.
- Weiss, D., Marmar, C., Metzler, T., & Ronfeldt, H. (1995). Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 361-368
- Whisman, M. A., & Baucom, D. H. (2012). Intimate relationships and psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *15*(1), 4-13. doi: 10.1007/s10567-011-0107-2
- Whisman, M. A., Sheldon, C. T., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders et dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology*, *109*(4), 803-808. doi: 10.1037//0021-843x.109.4.803

- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2003). Comorbidity of relationship distress et mental et physical health problems. *Treating difficult couples: Helping clients with coexisting mental et relationship disorders*, 3-26.
- Whitehead, D. L., Perkins-Porras, L., Strike, P. C., & Steptoe, A. (2006). Post-traumatic stress disorder in patients with cardiac disease: predicting vulnerability from emotional responses during admission for acute coronary syndromes. *Heart*, 92(9), 1225-1229.
- Whitney, D. (2015). *Trouble de stress post-traumatique*. Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. http://www.wsiat.on.ca/tracitdocuments/mlodocuments/discussions/fpost_traumatic.pdf
- Wilcox, S. (2010). Social relationships and PTSD symptomatology in combat veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2(3), 175.
- Wilcox, L. B., & Vernberg, M. E. (2013). Conceptual and theoretical dilemmas facing social support research. In Sarason, I. G. (Ed.). (2013). *Social support: Theory, research and applications* (Vol. 24). Springer Science & Business Media.
- Wills, T. A., & Shinar, O. (2000). Measuring perceived et received social support. In S. Cohen, L. G. Underwood & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement et intervention: A guide for health et social scientists* (pp. 86-135). New York, NY, US: Oxford University Press.

- Wright, J., & Sabourin, S. (1985). *L'Intervention auprès du couple: diagnostic et traitement*. Editions Consultation.
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., Morey, L. C., Grilo, C. M., Shea, M. T., McGlashan, T. H., & Gunderson, J. G. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of personality disorders, 14*(4), 291-299.
- Zoellner, L. A., Foa, E. B., & Brigidi, B. D. (1999). Interpersonal friction et PTSD in female victims of sexual et nonsexual assault. *Journal of Traumatic Stress, 12*(4), 689-700. doi: 10.1023/a:1024777303848.
- Zwiebach, L., Rhodes, J., & Roemer, L. (2010). Resource loss, resource gain, et mental health among survivors of Hurricane Katrina. *J Trauma Stress, 23*(6), 751-758. doi: 10.1002/jts.2057.

