

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE COMPLEXE : VALIDATION D'UNE
MESURE FRANCOPHONE ET DISTINCTION AVEC LE TROUBLE DE LA
PERSONNALITÉ LIMITE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

GAËLLE CYR

MARS 2023

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

Le doctorat en psychologie, c'est se découvrir et se dépasser sur le plan personnel et professionnel. J'ai du mal à imaginer comment j'aurais pu passer à travers ces montagnes russes sans un fort réseau de mentors, de collègues et de proches. Il est donc important pour moi de prendre le temps de remercier ces personnes qui m'ont donné beaucoup et m'ont permis de me rendre jusqu'ici.

D'abord, je souhaite remercier ma directrice de thèse Dre Natacha Godbout. Merci pour la liberté que tu m'as accordée, qui m'a permis de développer et mener à terme un projet de thèse à mon image. J'ai aussi apprécié ton support constant, je savais que je pouvais compter sur toi à toute heure du jour (et de la nuit!). Je suis reconnaissante des opportunités que tu m'as offertes, qui m'ont enrichie comme psychologue. Je tiens également à remercier mon co-directeur de thèse Dr Claude Bélanger. Votre attitude chaleureuse, votre expérience, votre sagesse et votre perspective unique ont été précieuses tout au long de mon parcours.

Ensuite, je souhaite remercier Dre Marylene Cloitre, avec qui nous avons collaboré dans la traduction de l'*International Trauma Questionnaire* et dans la rédaction du deuxième article de cette recherche doctorale. Avoir accès à la rétroaction et au point de vue d'une experte de renommée internationale dans le domaine du trauma complexe a été un point culminant de mon doctorat. Je ne pourrais non plus passer sous silence l'apport de mon comité de thèse, composé des Dres Martine Hébert, Delphine Collin-Vézina et Alison Paradis. Je me considère choyée de pouvoir échanger des idées et approfondir mes réflexions en compagnie de spécialistes que j'admire.

Un gros merci également à mes collègues du laboratoire TRACE (Unité de recherche et d'intervention sur le trauma et le couple). Ça a été un sincère plaisir de voyager avec vous, de s'entraider et transmettre nos connaissances, et de vivre des moments de légèreté ensemble. Un merci tout particulier à Gaëlle Bakhos, ma collègue, mais surtout l'une de mes meilleures amies. Je suis reconnaissante que le doctorat m'ait permis de te rencontrer; il y a plusieurs moments où je me demande bien ce que j'aurais fait si tu n'avais pas été là pour m'écouter et m'aider.

De plus, j'ai été privilégiée de bénéficier de financement tout au long de mon doctorat. On ne peut pas sous-estimer la différence que ce soutien financier a pu faire, en me permettant de mettre mon énergie là où il le fallait. Merci aux Fonds de Recherche du Québec – Québec (FRQS) et aux Instituts de Recherches en Santé du Canada (IRSC), qui m'ont offert des bourses au niveau de la maîtrise et du doctorat, incluant la Bourse d'études supérieures du Canada Frederick Banting et Charles Best.

À travers mes stages et internats cliniques, j'ai aussi pu bénéficier du soutien de psychologues incroyables qui m'ont aidée à façonner les réflexions incluses dans cette recherche doctorale. Merci à Dre Joane Labrecque—tu es une véritable mentore pour moi, et je suis reconnaissante que, même après des années, tu restes disponible pour me guider dans les hauts et les bas de devenir psychologue. Je veux aussi remercier les Drs Caroline Audet et Jean-Sébastien Leblanc—vos insights, votre capacité à me faire prendre conscience de mes angles morts et votre soutien bienveillant font de moi une meilleure psychologue.

Comme j'ai eu besoin de ma famille à travers ce processus ! Un merci tout spécial à mes grands-parents Luce et Pierre, qui m'ont encouragée à rester sur la bonne voie et sont toujours prêts à faire des pieds et des mains pour me venir en aide. Merci à mes parents, qui m'ont donné le soutien et la liberté dont j'avais besoin. Merci à ma sœur Viviane, qui a toujours su me faire rire et me changer les idées pour passer à travers les moments plus difficiles. Un grand merci également à ma meilleure amie Rocio, ça fait plus de 15 ans qu'on est là pour toutes les étapes importantes de nos vies, et le doctorat n'en fait pas exception. Je veux aussi laisser un petit mot pour Pancakes, mon lapin qui a été une source de réconfort irremplaçable.

Enfin, je veux remercier mon complice, mon ami, mon amoureux David. Tu es celui avec qui je célèbre mes succès, qui me réconforte quand j'ai des déceptions, qui m'écoute et me conseille quand je dois prendre des décisions, qui rend tous ces défis tellement plus surmontables. Quand je pense à mes années passées au doctorat, c'est entrelacé avec—adouci par—nos souvenirs ensemble. Merci pour ton soutien, ton humour, ton honnêteté, ta douceur et tes encouragements. J'ai hâte aux prochaines étapes qui s'en viennent pour nous et je t'aime.

DÉDICACE

“The traumatized person is often relieved simply to learn the true name of her condition. By ascertaining her diagnosis, she begins the process of mastery. No longer imprisoned in the wordlessness of the trauma, she discovers that there is a language for her experience. She discovers that she is not alone; others have suffered in similar ways. She discovers further that she is not crazy; the traumatic syndromes are normal human responses to extreme circumstances. And she discovers, finally, that she is not doomed to suffer this condition indefinitely; she can expect to recover, as others have recovered”

Judith Lewis Herman, *Trauma and recovery* (1992)

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	<i>ii</i>
DÉDICACE	<i>iv</i>
LISTE DES FIGURES	<i>vii</i>
LISTE DES TABLEAUX	<i>viii</i>
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	<i>ix</i>
RÉSUMÉ	<i>x</i>
ABSTRACT	<i>xi</i>
CHAPITRE I	
INTRODUCTION GÉNÉRALE	<i>1</i>
1. Les traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance.....	<i>2</i>
2. Survol historique de la classification des troubles mentaux liés aux traumatismes	<i>4</i>
2.1 Les troubles liés aux traumatismes dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux	<i>4</i>
2.2 Les troubles liés aux traumatismes dans la Classification Internationale des Maladies.....	<i>5</i>
3. Mesure du trouble de stress post-traumatique complexe	<i>7</i>
4. Débat actuel au sujet de la distinction entre le trouble de stress post-traumatique complexe et le trouble de la personnalité limite	<i>9</i>
4.1 Arguments théoriques	<i>9</i>
4.2 Études empiriques	<i>11</i>
5. Cadre conceptuel.....	<i>13</i>
5.1 Le modèle du traitement émotionnel de l'information	<i>13</i>
5.2 Le modèle du trauma au soi	<i>14</i>
5.3 Le modèle biopsychosocial	<i>14</i>
6. Pertinence de la thèse	<i>15</i>
7. Objectifs et hypothèses	<i>16</i>
CHAPITRE II	
French Translation and Validation of the International Trauma Questionnaire in a Canadian Community Sample (Article 1)	<i>19</i>
Abstract	<i>21</i>
Introduction	<i>22</i>
Methods.....	<i>24</i>
Results	<i>29</i>
Discussion	<i>31</i>
References	<i>37</i>

Supplementary Material	46
CHAPITRE III	
<i>Distinguishing Among Symptoms Of Posttraumatic Stress Disorder, Complex Posttraumatic Stress Disorder, And Borderline Personality Disorder In A Community Sample Of Women (Article 2)</i>	49
Abstract	51
Introduction	52
Method	55
Results	61
Discussion	64
References	69
Supplementary material	79
CHAPITRE IV	
DISCUSSION GÉNÉRALE	82
1. Traduction en français et validation de l' <i>International Trauma Questionnaire</i>	83
1.1 Traduction de l'ITQ	83
1.2 Validité factorielle.....	83
1.3 Cohérence interne.....	84
1.4 Validité convergente	85
2. Distinctions et similarités entre les symptômes de TSPTC et d'autres construits	86
2.1 Les symptômes de TSPTC et de TPL	86
2.2 Les symptômes de TSPTC et l'Inventaire des capacités du soi altérées.....	88
2.3 Les symptômes de TSPTC et d'altération négative des cognitions et de l'humeur....	90
3. Limites.....	91
4. Pistes de recherches futures	94
5. Implications cliniques	96
6. Conclusion.....	99
APPENDICE A	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	ci
APPENDICE B	
CERTIFICATS D'APPROBATION ÉTHIQUE	civ
APPENDICE C	
QUESTIONNAIRES	cvii
RÉFÉRENCES	cxvii

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
1.1 Five alternative models for the ITQ's factor structure.....	45
2.1 Mean z Scores of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), Complex PTSD (CPTSD), and Borderline Personality Disorder (BPD) Symptoms for Each Profile in the Five-Profile Model.....	78
2.2 Plot of BIC value for the 2- to 8-profile model, showing an 'elbow' at the 6-profile model.....	79
2.3 Mean z-scores of PTSD, CPTSD and BPD symptoms for each profile in the four-profile model.....	80
2.4 Mean z-scores of PTSD, CPTSD and BPD symptoms for each profile in the six-profile model.....	81

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1.1 Fit indices for all CFA models tested.....	41
1.2 Standardized first- and second-order factor loadings for Model 5.....	42
1.3 Pearson's correlations and Steiger's Z tests for the associations between the ITQ and related variables.....	43
1.4 Original English items and translated French items.....	44
1.5 Standardized first-order factor loadings and unstandardized correlations for Model 3.....	46
2.1 Fit Indices for Two- to Eight-Profile Models.....	75
2.2 Mean z Scores of Indicator Variables for Each Profile and Comparison Tests With the Sample Mean.....	76
2.3 Results From Wald Chi-Square Tests of Means Across Profiles for Cumulative Trauma Exposure, Dissociation, and Life Satisfaction.....	77

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

aBIC	Adjusted bayesian information criteria
AIC	Akaike information criteria
APA	American psychological association
BIC	Bayesian information criteria
BLRT	Bootstrapped likelihood ratio test
BPD	Borderline personality disorder
CCTQ	Childhood trauma questionnaire
CIM	Classification internationale des maladies
CPTSD	Complex post-traumatic stress disorder
DESNOS	Disorder of extreme stress not otherwise specified
DSM	Diagnostical and statistical manual of mental disorders Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux
DSO	Disturbances in self-organisation Perturbations de l'organisation du soi
DTD	Developmental trauma disorder
IASC	Inventory of altered self-capacity
ICD	International classification of diseases
ITQ	International Trauma Questionnaire
LMR-A	Lo-Mendell-Rubin adjusted ratio test
LPA	Latent profile analysis
MDPEC	Modification durable de la personnalité après un événement catastrophe
MSI	McLean screening instrument for borderline personality disorder
NACM	Negative alterations in cognitions and mood Altérations négatives des cognitions et de l'humeur
TPL	Trouble de la personnalité limite
TSI	Trauma symptoms inventory
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
TSPTC	Trouble de stress post-traumatique complexe
PCL-5	PTSD checklist for DSM-5
PTSD	Post-traumatic stress disorder
SWLS	Satisfaction with life scale
WHO	World Health Organization
OMS	Organisation mondiale de la santé

RÉSUMÉ

Proposé pour la première fois il y a près de 30 ans (Herman, 1992), le diagnostic de trouble de stress post-traumatique complexe (TSPTC) a récemment été inclus dans la 11^e édition de la Classification internationale des maladies (CIM-11; World Health Organization, 2019). Celui-ci vise à rendre compte de la réalité des survivants de traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance, qui tendent à impliquer des conséquences pernicieuses et variées allant au-delà des symptômes expliqués par le trouble de stress post-traumatique classique (TSPT).

La présente thèse s'inscrit dans un mouvement d'intérêt scientifique croissant pour le diagnostic de TSPTC. Le premier objectif était de traduire en français et de tester les qualités psychométriques d'une mesure des symptômes de TSPTC, soit l'*International Trauma Questionnaire* (ITQ ; Cloitre et al., 2018). Le deuxième objectif visait à contribuer au débat actuel au sujet des distinctions et similarités entre les symptômes de TSPTC et ceux du TSPT ainsi que du trouble de la personnalité limite (TPL), en examinant comment ceux-ci tendent à se regrouper.

Cette thèse comprend quatre chapitres. Le premier chapitre présente une recension des écrits au sujet des traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance, de l'histoire du diagnostic de TSPTC, et du débat scientifique actuel. Le cadre conceptuel de cette recherche doctorale, les objectifs et la méthodologie sont ensuite explicités.

Le deuxième chapitre présente le premier article scientifique, qui traite de la traduction en français et de la validation de l'ITQ. Il s'agit de l'outil de prédilection actuel pour mesurer les symptômes de TSPTC tels que définis dans la CIM-11. La cohérence interne, la validité factorielle et la validité convergente de l'instrument ont été examinées dans un échantillon mixte d'adultes de la communauté québécoise ($n = 335$). Les résultats ont révélé des qualités psychométriques satisfaisantes.

Le troisième chapitre présente le deuxième article scientifique, qui examine l'organisation des patrons de symptômes de TSPTC et de TPL. Des analyses de profils latents ont été réalisées dans un échantillon de femmes adultes issues de la communauté ($n = 438$). Les résultats ont indiqué l'émergence de cinq profils de symptômes : (1) symptômes faibles, (2) symptômes de TSPT, (3) symptômes de TSPTC, (4) symptômes de TPL, et (5) symptômes de TSPTC/TPL. Des comparaisons de groupes ont révélé que les profils de symptômes de TSPTC, de TPL et de TSPTC/TPL avaient tendance à inclure des participants qui rapportaient davantage de traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance, de dissociation et d'insatisfaction de vie, en comparaison aux profils de symptômes de TSPT et de symptômes faibles.

Le quatrième et dernier chapitre de cette thèse s'intéresse aux contributions et aux limites des deux articles scientifiques. Il met en évidence les pistes de recherches futures et les implications cliniques découlant de cette recherche doctorale. Ultimement, cette thèse appuie la pertinence du diagnostic de TSPTC pour conceptualiser les impacts des traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance de manière complète et intégrée.

Mots clés : Trouble de stress post-traumatique complexe; *International Trauma Questionnaire*; Validation; Trouble de la personnalité limite; Analyses de profils latents.

ABSTRACT

First proposed almost 30 years ago (Herman, 1992), the diagnosis of complex post-traumatic stress disorder (CPTSD) was recently included in the 11th edition of the International Classification of Diseases (ICD-11; World Health Organization, 2019). This diagnosis aims to represent the reality of survivors of childhood cumulative interpersonal trauma, which tend to involve pervasive and diverse consequences going beyond what can be explained by post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms alone.

This thesis takes part in a movement of growing scientific interest in the diagnosis of CPTSD. The first objective was to translate into French and test the psychometric qualities of a measure of CPTSD symptoms, namely the International Trauma Questionnaire (ITQ; Cloitre et al., 2018). The second objective aimed to contribute to the current debate about the distinctions and similarities between the symptoms of CPTSD and those of PTSD as well as borderline personality disorder (BPD), by examining how these symptoms tend to cluster.

This thesis consists of four chapters. The first chapter presents a review of the literature about childhood cumulative interpersonal trauma, the history of the CPTSD diagnosis, and the current scientific debate. This doctoral research's conceptual framework, objectives and methodology are then explained.

The second chapter presents the first scientific article, which regards the French translation and the validation of the ITQ. The ITQ is currently the instrument of choice to measure symptoms of CPTSD as defined in the ICD-11. Internal consistency, factorial validity and convergent validity of the instrument were examined in a mixed sample of adults from the Quebec community ($n = 335$). The results revealed satisfactory psychometric qualities.

The third chapter presents the second scientific article, which examines CPTSD and BPD symptoms' patterns of organization. Latent profile analyzes were performed in a sample of adult women from the community ($n = 438$). Results indicated the emergence of five profiles of symptoms: (1) low symptoms, (2) high PTSD symptoms, (3) high CPTSD symptoms, (4) high BPD symptoms, and (5) high TSPTC/BPD symptoms. Group comparisons revealed that the profiles characterized by high CPTSD symptoms, high BPD symptoms, and high CPTSD and BPD symptoms tended to include participants with higher levels of cumulative childhood trauma exposure and symptoms of dissociation and lower ratings of life satisfaction compared to the profiles characterized by high PTSD symptoms and low symptoms.

The fourth and last chapter of this thesis focuses on the contributions and limits of the two scientific articles. It highlights avenues for future research and clinical implications arising from this doctoral research. Ultimately, this thesis supports the relevance of the CPTSD diagnosis to conceptualize the impacts of childhood cumulative interpersonal trauma in a comprehensive and integrated manner.

Keywords: Complex posttraumatic stress disorder; International Trauma Questionnaire; Validation; Borderline personality disorder; Latent profile analyses.

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Selon les études de prévalences internationales (Kessler et al., 2017), 70% des individus rapportent avoir vécu au moins un trauma, soit un événement délétère impliquant l'exposition à la mort, une blessure grave ou la violence sexuelle (American Psychological Association, 2013). Des conséquences particulièrement pernicieuses et variées sont attribuables aux traumas qui ont lieu durant l'enfance, dans un contexte relationnel et de manière répétée (Brewin et al., 2017). Les experts du domaine suggèrent depuis les dernières décennies d'ajouter aux manuels de classification des troubles mentaux un diagnostic qui permet de rendre compte de la réalité particulière des survivants de traumas interpersonnels cumulatifs en enfance. À cet effet, le diagnostic de trouble de stress post-traumatique complexe (TSPTC) a été inclus dans la 11^e édition de la classification internationale des maladies (CIM-11; World Health Organization, 2019). Depuis, un intérêt clinique et scientifique grandissant est porté sur ce diagnostic. Les recherches à ce sujet ont été facilitées par la conception, la validation, la traduction et la diffusion d'un questionnaire mesurant les symptômes de TSPTC, l'International Trauma Questionnaire. Or, un débat important dans le domaine persiste quant aux similarités et distinctions entre le TSPTC et le trouble de la personnalité limite (TPL). D'un côté, il est argumenté que les chevauchements entre les symptômes et les facteurs de risque de ces deux troubles ainsi que la comorbidité souvent retrouvée entre le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le TPL sont indicateurs d'une redondance entre le TSPTC et le TPL (Lewis et Grenyer, 2009). De l'autre côté, des arguments théoriques et empiriques ont été avancés pour soutenir la pertinence de distinguer ces diagnostics (p. ex., Ford et Courtois, 2021).

L'introduction de cette recherche doctorale débute par une recension des écrits, notamment en lien avec la prévalence et les impacts des traumas interpersonnels cumulatifs en enfance. Un survol historique de la classification des troubles mentaux liés au trauma dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et dans la CIM est exposé. Une présentation de l'International Trauma Questionnaire, le questionnaire de prédilection pour mesurer le TSPTC, est réalisée. Le débat au sujet de la distinction entre le TSPTC et le TPL est par la suite abordé, avec un exposé des arguments théoriques soulevés et des études empiriques menées jusqu'à maintenant. La présente thèse est ensuite inscrite dans son cadre conceptuel, puis sa pertinence est défendue.

Pour conclure, les objectifs et hypothèses examinés sont dévoilés, avec une présentation des deux articles scientifiques au cœur de cette recherche doctorale et de la méthode utilisée.

1. Les traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance

L'American Psychological Association (APA) définit les traumatismes comme correspondant aux événements suivants : l'exposition à la mort, à la menace de la mort, à une blessure grave ou à la violence sexuelle (American Psychological Association, 2013). Plusieurs experts proposent d'élargir la définition du trauma pour inclure toute expérience délétère qui submerge les ressources internes d'un individu ou porte atteinte à son intégrité (Briere et Scott, 2014). L'étude épidémiologique américaine de Finkelhor et son équipe (2009) a été déterminante pour démontrer l'ampleur de cette problématique, révélant que près de 80% des enfants américains avaient vécu au moins un type de trauma. Une étude récente de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a confirmé ces résultats avec un échantillon international composé de plus de 68 000 adultes, dans lequel 70% des participants avaient rapporté avoir vécu au moins un type de trauma (Kessler et al., 2017). Cette prévalence monte même jusqu'à près de 90% dans certaines études épidémiologiques (Hyland et al., 2017).

Des observations cliniques et empiriques ont donné lieu à la création du concept de traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance, dont les conséquences sont particulièrement dommageables et touchent plusieurs domaines de vie. En effet, il a été systématiquement démontré que les impacts des traumatismes vécus tendaient à varier en fonction : (1) du contexte dans lequel ils sont vécus (interpersonnel ou non), (2) de l'accumulation (ou non) de différents types de traumatismes, et (3) de leur moment de survenue dans le développement de l'individu (Kessler et al., 2017). Premièrement, des études empiriques ont montré que les individus ayant été exposés à des traumatismes *interpersonnels* (c.-à-d., causés par d'autres êtres humains) comportent plus de risques de développer des troubles psychologiques que ceux ayant été exposés à des traumatismes qui ne sont pas interpersonnels (p. ex., accident de voiture ou catastrophe naturelle; Forbes et al., 2014; Ford et al., 2010; Kessler et al., 2017). Il a été postulé que ces traumatismes interpersonnels impliquent une menace particulière en raison de la présence d'un élément de trahison de la part d'une personne (souvent une figure d'attachement ou personne proche), de malveillance, d'injustice et de honte (Finkelhor, 2008; Platt et al., 2017).

Deuxièmement, l'accumulation de différents types de traumatismes (traumatismes *cumulatifs*) est associée à des conséquences nombreuses et sévères (Ogle et al., 2013; O'Donnell et al., 2017). Une relation dose-réponse incrémentielle a été identifiée entre, d'une part, le nombre de types de traumatismes différents vécus et, d'autre part, la sévérité et la complexité des problèmes psychologiques et physiques rapportés (Copeland et al., 2018; Hughes et al., 2017; Steine et al., 2017). Selon les études épidémiologiques, la moitié des enfants rapportent avoir été exposés à plus d'un type de trauma (Finkelhor et al., 2011), avec plus de trois types de traumatismes rapportés en moyenne (Kessler et al., 2017; Finkelhor et al., 2009). Les traumatismes ont, par ailleurs, tendance à s'accumuler chez les mêmes individus. Par exemple, les enfants victimes d'agression sexuelle subissent en moyenne cinq autres types de traumatismes (Finkelhor et al., 2007). Pour expliquer les impacts sévères des traumatismes cumulatifs, les chercheurs ont postulé qu'ils pourraient témoigner d'un environnement familial mésadapté, isolé ou manquant d'encadrement, et qu'ils pourraient favoriser la généralisation de stratégies d'adaptation néfastes et d'attribution personnelle de blâme (Finkelhor et al., 2007).

Troisièmement, le fait de vivre des traumatismes *en enfance* semble être un facteur de risque supplémentaire. Dans les années 90, une série d'études pionnières sur les expériences adverses en enfance (c.-à-d., *adverse childhood experiences*; Felitti et al., 1998) a exposé les impacts délétères des événements pénibles vécus en enfance sur la santé psychologique et physique à l'âge adulte. Depuis, des études empiriques ont confirmé l'aggravation des conséquences vécues à la suite des traumatismes vécus avant l'âge de 18 ans, et surtout leur cumul, en comparaison avec ceux vécus à l'âge adulte (Dunn et al., 2017; Kessler et al., 2017). Au Canada, un enfant sur trois rapporte avoir été victime de violence physique (26%) ou sexuelle (8%), ou avoir été témoin de violence physique par un parent ou gardien (10%) avant l'âge de 15 ans (Afifi et al., 2014). Il a été postulé que ces types de traumatismes vécus durant l'enfance sont particulièrement délétères puisque les enfants se trouvent dans une position de vulnérabilité, ont peu de ressources pour leur faire face (Platt et al., 2017) et se trouvent dans une période charnière de leur développement (Briere et Rickards, 2007). Les traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance représentent un enjeu social et de santé publique prioritaire, ainsi qu'une avenue de recherche importante étant donné leur grande prévalence et leurs impacts délétères sur la santé et le bien-être à l'âge adulte.

2. Survol historique de la classification des troubles mentaux liés aux traumatismes

2.1 Les troubles liés aux traumatismes dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

Le premier trouble de santé mentale qui a été inclus dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) dont l'étiologie traumatique était explicitement énoncée est le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Le TSPT a en effet été introduit dans le DSM-III en 1980, à la suite de mouvements politiques en lien avec la guerre du Vietnam d'une part et avec la dénonciation de la violence sexuelle et conjugale d'autre part (Maercker, 2021). Les critères du TSPT comme défini dans le DSM-III allaient comme suit : (1) exposition à un événement traumatique, (2) symptômes d'intrusion (c.-à-d., reviviscence, pensées intrusives, cauchemars), (3) évitement des stimuli internes ou externes liés au trauma et (4) modification de l'état d'éveil et de la réactivité (c.-à-d., hypervigilance, sursauts, irritabilité, comportements autodestructeurs, troubles de sommeil et de concentration; American Psychological Association, 2013). Cet ajout a représenté un tournant majeur dans l'étude de la santé mentale et du trauma.

Même s'il représente une avancée importante dans l'étude des traumatismes, le diagnostic de TSPT fait l'objet de certaines critiques au sein de la communauté scientifique (Resick et al., 2012). De nombreux chercheurs et cliniciens se sont questionnés à savoir si les symptômes de TSPT permettaient de cerner l'expérience complexe et multidimensionnelle des survivants de traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance (Herman, 1992). Alors que les événements traumatiques isolés tendent à produire des réponses biologiques conditionnées aux stimuli qui rappellent le trauma (c.-à-d., symptômes d'intrusion), l'évitement de ces stimuli, et un état d'hypervigilance (Rauch et Foa, 2006), les traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance tendent à produire des séquelles touchant un éventail de domaines qui dépasse la constellation limitée de symptômes inclus dans le diagnostic de TSPT (Briere et al., 2008; Ford et al., 2010). Il est donc devenu progressivement plus clair qu'un nouveau diagnostic ou une modification au diagnostic de TSPT tenant compte de cette réalité était nécessaire pour bien rendre compte des impacts des traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance.

La psychiatre américaine Judith Herman a été parmi les premières à introduire le concept de trouble de stress post-traumatique complexe (TSPTC) dans son ouvrage novateur *Trauma and Recovery*

paru en 1992. Cet écrit a inspiré la proposition d'un nouveau diagnostic au comité de l'APA responsable des modifications dans la 4e édition du DSM (Pelcovitz et al., 1997; Roth et al., 1997) : le *Disorder of extreme stress not otherwise specified* (DESNOS). Ce diagnostic inclut des symptômes touchant la régulation des émotions et des impulsions, l'attention et les états de conscience, la perception de soi, de la somatisation, les relations et les systèmes de valeurs (Błaż-Kapusta, 2008). Le DESNOS n'a pas formellement été inclus au DSM-IV, mais pouvait y être retrouvé en annexe. Faisant suite à ces efforts, van der Kolk et ses collègues (2009) ont proposé le *Developmental trauma disorder* (DTD), qui a été étudié au comité de l'APA responsable des modifications dans la 5e édition du DSM. Ce diagnostic visait à représenter l'expérience des enfants et adolescents ayant subi des traumatismes interpersonnels cumulatifs. Le DESNOS et le DTD ont été critiqués pour leur grand nombre de symptômes, leur chevauchement avec d'autres troubles, et le manque d'évidence scientifique les soutenant (Resick et al., 2012). Conséquemment, ces diagnostics n'ont pas été intégrés au DSM-5, ni formellement ni en annexe.

L'avenue choisie par le comité de l'APA responsable des modifications au DSM-5 pour répondre aux critiques formulées envers le TSPT a plutôt été de modifier et élargir ce diagnostic. Plusieurs ajouts ont été faits, incluant celui d'un critère diagnostique d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur (*negative alterations in cognitions and mood*). Ce nouveau critère inclut des difficultés touchant les domaines suivants : la mémoire, les croyances à propos de soi, des autres ou du monde, les cognitions par rapport aux causes ou conséquences de l'événement, les émotions négatives et positives, la diminution de l'intérêt et l'impression d'être détaché des autres (American Psychological Association, 2013). Des critiques ont été exprimées quant au manque de précision et de spécificité de ce nouveau critère. Il a été souligné que 636 120 combinaisons de symptômes différentes peuvent maintenant mener au diagnostic de TSPT, ce qui pourrait augmenter l'hétérogénéité des portraits cliniques chez les individus souffrant de TSPT (Brewin et al., 2013; Zoellner et al., 2013) et poser des difficultés dans l'évaluation et le traitement (Cloitre, 2020).

2.2 Les troubles liés aux traumatismes dans la Classification Internationale des Maladies

Le diagnostic de TSPT, composé de symptômes d'intrusion, d'évitement et de réactivité, a été inclus pour la première fois dans la dixième édition de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) parue en 1990. En parallèle, un autre trouble lié aux traumatismes y a également été ajouté : la

modification durable de la personnalité après un événement catastrophe (MDPEC). Basé sur les symptômes observés chez les survivants des camps de concentration (Eitinger, 1961), ce trouble était caractérisé notamment par le retrait social, la diminution de l'intérêt, la somatisation, la labilité de l'humeur et le sentiment de vide ou de désespoir. La CIM a fait face aux mêmes critiques que le DSM pour son manque de diagnostic représentatif de l'expérience des survivants de traumatismes interpersonnels en enfance. De plus, des auteurs ont noté le manque de spécificité et d'utilité clinique de la MDPEC (Beltran et al., 2009); elle n'apparaît donc plus dans la 11^e édition de la CIM (World Health Organization, 2019), rendue publique en octobre 2018 et entrée officiellement en vigueur en janvier 2022.

C'est dans la CIM-11 que se retrouve pour la première fois le diagnostic de TSPTC. Aux symptômes d'intrusion, d'évitement et de réactivité du TSPT s'ajoutent des « perturbations de l'organisation du soi » (*disturbances in self-organisation*) touchant les domaines suivants : la régulation des émotions, les croyances par rapport à soi (c.-à-d., sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec, impression de n'avoir aucune valeur) et les relations interpersonnelles (c.-à-d., difficulté à maintenir des relations et à se sentir proche des autres; World Health Organization, 2019). La conceptualisation du TSPTC dans la CIM-11 s'est inspirée de la formulation originale du construit de TSPTC faite par Judith Herman (1992), de la MDPEC tel que décrite dans la CIM-10, du DESNOS tel que décrit dans l'annexe du DSM-IV, d'un sondage fait auprès de 50 experts dans le domaine du trauma (Cloitre et al., 2011), et d'une étude de terrain faite auprès de 340 cliniciens et de 1806 patients (Reed et al., 2018). La dissociation, qui faisait initialement partie de la formulation du TSPTC, a été identifiée comme une caractéristique associée plutôt que comme un critère diagnostique suite à des études empiriques (Ford et Courtois, 2021).

La validité du construit de TSPTC telle que définie dans la CIM-11 a fait l'objet de plusieurs études. Dans leurs recensions des écrits scientifiques, Redican et al. (2021; 36 études répertoriées utilisant l'ITQ dans ses versions originales et traduites) et Brewin et al. (2017; 27 études répertoriées utilisant l'ITQ et diverses mesures proxy du construit de TSPTC) ont regroupé des études utilisant des approches centrées sur la personne (analyses de classes latentes et analyses de profils latents) et centrées sur le construit (analyses factorielles). Les résultats ont révélé que la structure latente du TSPTC correspondait à celle postulée dans la CIM-11 et que des classes/profils présentant des symptômes de TSPT et de TSPTC pouvaient être distingués. La validité discriminante des

symptômes de TSPTC a également été démontrée (Redican et al., 2021), puis il a été observé que les symptômes de TSPTC étaient liés à une prévalence plus élevée de traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance et à une altération du fonctionnement plus importante que cela n'est le cas dans le TSPT (Brewin et al., 2017). Deux études de terrain, auxquelles ont participé 1 738 et 928 professionnels de la santé mentale respectivement (Gaebel et al., 2019; Keeley et al., 2016), ont noté que l'ajout du TSPTC à la CIM-11 a facilité de manière significative la pose d'un diagnostic juste pour certaines présentations cliniques dont les symptômes échappaient aux critères du TSPT classique.

3. Mesure du trouble de stress post-traumatique complexe

L'inclusion récente du TSPTC dans la CIM-11 a suscité une augmentation de l'intérêt clinique et scientifique pour ce diagnostic. Initialement, les chercheurs ont eu à utiliser des mesures proxy du construit de TSPTC puisqu'aucune mesure propre à ce nouveau diagnostic n'avait encore été développée (voir dans Brewin et al., 2017). Pour pallier cette lacune, *l'International Trauma Questionnaire* (ITQ; Cloitre et al., 2018) a été développé et validé spécifiquement pour mesurer les symptômes de TSPTC comme établi dans la CIM-11. Une version préliminaire de l'ITQ à 23 items avait été initialement générée à partir des travaux de Brewin et al. (2009) sur le TSPT et ceux de van der Kolk et al. (2009) et Cloitre et al. (2011) sur le TSPTC (plus précisément les symptômes de perturbations de l'organisation du soi). Les 12 items les plus performants ont été sélectionnés pour créer la version finale du questionnaire (Cloitre et al., 2018). L'ITQ est composé d'une échelle de TSPT contenant trois sous-échelles (intrusion, évitement et réactivité) et d'une échelle de perturbations de l'organisation du soi contenant trois sous-échelles (régulation émotionnelle, croyances à propos de soi et relations interpersonnelles). L'ITQ a été utilisé dans 29 pays à travers 6 continents (Karatzias et al., 2018) et a été traduit en 25 langues et dialectes (disponible publiquement au <https://www.traumameasuresglobal.com/itq>; International trauma consortium, n.d.). Cette vaste diffusion reflète bien le besoin d'une mesure des symptômes de TSPTC qui puisse rendre compte des critères de ce nouveau diagnostic.

Une recension des différentes études de validation de l'ITQ dans sa version originale et dans ses versions traduites en allemand, arabe, bosniaque, chinois, coréen, danois, hébreu, luo, norvégien, philippin et portugais est disponible (Redican et al., 2021). La structure factorielle suivante a été

retrouvée dans la majorité des études : deux facteurs de second ordre corrélés, ‘TSPT’ et ‘perturbations de l’organisation du soi’, comprenant respectivement trois facteurs de premier ordre ‘intrusion’, ‘éviterment’ et ‘réactivité’, et ‘régulation émotionnelle’, ‘croyances à propos de soi’ et ‘relations interpersonnelles’ (Redican et al., 2021). Cette structure correspond à celle postulée par la CIM-11, confirmant la validité factorielle de l’instrument. Il est intéressant de noter que cinq études ont identifié un modèle comportant des dimensions indépendantes d’hyper-activation (c.-à-d., difficulté à s’autoapaiser) et d’hypo-activation (c.-à-d., engourdissement émotionnel chronique; Maercker et al., 2013) comme étant bien ajustés aux données (Ben-Ezra et al., 2018; Karatzias et al., 2018; Murphy et al., 2018; Sele et al., 2020; Vallières et al., 2018). Ces résultats trouvent leur sens lorsqu’on considère que les deux items de la sous-échelle de ‘régulation émotionnelle’ ont été élaborés pour mesurer ces deux construits connexes, mais distincts (Cloitre et al., 2018).

Les autres propriétés psychométriques de l’instrument ont aussi été évaluées, démontrant la fidélité, la validité et l’utilité de l’ITQ dans sa version originale anglophone comme dans ses versions traduites en d’autres langues. Premièrement, les études ont révélé une cohérence interne satisfaisante pour l’outil global et les échelles de ‘TSPT’ et de ‘perturbations de l’organisation du soi’ (Cloitre et al., 2018). Deuxièmement, la validité convergente a été établie : les sous-échelles de l’ITQ correspondant au TSPT étaient fortement associées à des mesures de symptômes de TSPT selon le DSM-5, et les sous-échelles de l’ITQ correspondant aux symptômes de perturbations de l’organisation du soi étaient fortement associées à des mesures connexes de dysrégulation émotionnelle, de problèmes relationnels, d’estime de soi déficitaire et de détresse psychologique (Hansen et al., 2021; Ho et al., 2019; Hyland et al., 2017; Karatzias et al., 2016). Troisièmement, la validité discriminante a été démontrée, avec des classes/profils distincts de TSPT et de TSPTC ayant émergé des résultats de l’ITQ (Redican et al., 2021). Enfin, l’utilité clinique de l’ITQ a été examinée, montrant une bonne concordance entre les résultats de l’ITQ et les observations de cliniciens (Hansen et al., 2021), ainsi que des changements significatifs dans les scores de l’ITQ à la suite d’un traitement (Cloitre et al., 2021).

4. Débat actuel au sujet de la distinction entre le trouble de stress post-traumatique complexe et le trouble de la personnalité limite

Les autres propriétés psychométriques de l'instrument ont aussi été évaluées, démontrant la fidélité, la validité et l'utilité de l'ITQ dans sa version originale anglophone comme dans ses versions traduites en d'autres langues. Premièrement, les études ont révélé une cohérence interne satisfaisante pour l'outil global et les échelles de 'TSPT' et de 'perturbations de l'organisation du soi' (Cloitre et al., 2018). Deuxièmement, la validité convergente a été établie : les sous-échelles de l'ITQ correspondant au TSPT étaient fortement associées à des mesures de symptômes de TSPT selon le DSM-5, et les sous-échelles de l'ITQ correspondant aux symptômes de perturbations de l'organisation du soi étaient fortement associées à des mesures connexes de dysrégulation émotionnelle, de problèmes relationnels, d'estime de soi déficitaire et de détresse psychologique (Hansen et al., 2021; Ho et al., 2019; Hyland et al., 2017; Karatzias et al., 2016). Troisièmement, la validité discriminante a été démontrée, avec des classes/profils distincts de TSPT et de TSPTC ayant émergé des résultats de l'ITQ (Redican et al., 2021). Enfin, l'utilité clinique de l'ITQ a été examinée, montrant une bonne concordance entre les résultats de l'ITQ et les observations de cliniciens (Hansen et al., 2021), ainsi que des changements significatifs dans les scores de l'ITQ à la suite d'un traitement (Cloitre et al., 2021).

4.1 Arguments théoriques

Premièrement, des chevauchements entre les symptômes de TPL et de TSPTC ont été relevés, puisque les mêmes domaines de vie sont touchés par ces deux troubles : la régulation émotionnelle, les croyances par rapport à soi et les relations interpersonnelles (Macintosh et al., 2015). Des différences qualitatives entre ces deux diagnostics peuvent toutefois être observées. D'abord, les symptômes touchant la régulation des émotions dans le TSPTC comprennent la difficulté à s'apaiser et l'engourdissement émotionnel chronique, mais pas la colère intense, la labilité émotionnelle et les comportements suicidaires ou d'automutilation qui sont au cœur du TPL. Ensuite, les symptômes liés à l'identité se manifestent par une instabilité et une fragmentation de l'image de soi dans le TPL, alors que le TSPTC est plutôt accompagné de croyances invariablement négatives par rapport à soi (Ford et Courtois, 2021). Enfin, dans le TPL, les relations interpersonnelles sont caractérisées par l'instabilité relationnelle : volatiles et conflictuelles, elles présentent une

fluctuation entre une vision idéalisée et dévaluée de l'autre, et entre la recherche de fusion et le détachement. Dans le TSPTC, les relations avec les autres sont en général systématiquement évitées et le détachement est omniprésent, et motivé par une peur d'être proche des autres. Ford et Courtois (2014, p. 4) ont résumé ainsi les différences entre ces deux notions : l'hypervigilance face au fait de voir son intégrité menacée caractériserait le TSPTC, alors que l'hypersensibilité (qui pourrait prendre la forme d'hypervigilance) face au fait d'être abandonné caractériserait le TPL.

Deuxièmement, la prévalence importante des traumatismes interpersonnels cumulatifs à l'enfance présents dans le TPL a amené certains auteurs à proposer la reclassification du TPL comme étant un trouble lié aux traumatismes et au stress (Watts, 2019). Une méta-analyse de 97 études a révélé que la proportion d'individus souffrant de TPL rapportant au moins une forme de trauma était 13 fois plus élevée que dans une population non clinique et trois fois plus élevée que dans une population psychiatrique (Porter, 2020). Dans leur recension des écrits scientifiques, Ball et Link (2009) notent que malgré certains indicateurs d'une relation causale entre les traumatismes en enfance et le TPL, il existe une variabilité importante dans la force et la spécificité de cette association au sein des études. Ceci suggère qu'un modèle diathèse-stress (Ingram et Luxton, 2005) serait plus adapté pour expliquer l'émergence des symptômes de TPL. En effet, ce ne sont pas tous les individus souffrant d'un TPL qui rapportent un historique traumatique, alors que la présence d'un ou plusieurs événements traumatiques est nécessaire au diagnostic de TSPTC. Ces arguments indiquent que les traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance constituent sans doute un facteur de risque important pour le développement du TPL, mais qu'une classification comme trouble lié aux traumatismes et au stress serait potentiellement réductrice, sans être nécessairement soutenue par les évidences scientifiques.

Troisièmement, les taux de comorbidité entre le TPL et le TSPT ont été soulignés pour contester la pertinence d'établir une nouvelle entité diagnostique de TSPTC. Les études rapportent que 30-70% des personnes souffrant de TPL auront un diagnostic de TSPT au cours de leur vie (voir Frías et Palma, 2015 pour une revue). Une étude longitudinale conduite sur 10 ans a toutefois illustré le fait que le TPL est, par définition, stable dans le temps, alors que le TSPT, bien qu'il puisse être chronique, ne l'est pas systématiquement. En effet, près de 90% des participants qui avaient présenté une comorbidité TSPT/TPL au début de l'étude avaient vu leurs symptômes de TSPT se résorber, mais leurs symptômes de TPL se maintenir (Zanarini et al., 2011). Une étude

épidémiologique a confirmé la prévalence importante du TSPT chez les patients TPL, révélant toutefois des taux de comorbidité comparables ou supérieurs entre le TPL et plusieurs autres troubles psychiatriques (Grant et al., 2008). De plus, une méta analyse a indiqué que les taux de comorbidité avec le TSPT sont plus élevés dans les troubles de la personnalité évitante et paranoïaque qu'ils ne le sont dans le TPL (Friborg et al., 2013). Une recension systématique a par ailleurs démontré que la majorité des patients avec TSPT présentent une comorbidité avec au moins un autre trouble de santé mentale (Greene et al., 2016). Ces éléments affaiblissent l'hypothèse selon laquelle le TSPTC ne serait qu'une simple comorbidité entre le TSPT et le TPL.

4.2 Études empiriques

Jusqu'à présent, quatre études empiriques ont utilisé une approche centrée sur la personne (analyses de profils latents et de classes latentes) pour examiner la distinction entre les symptômes de TSPTC et de TPL. Deux études (Cloitre et al., 2014; Frost et al., 2018) ont obtenu des résultats suggérant une distinction entre les symptômes de TSPTC et de TPL. En effet, dans un échantillon clinique de femmes (Cloitre et al., 2014) et un échantillon mixte non cliniques de survivants d'agression sexuelle (Frost et al., 2018), les groupes suivants ont émergé : (1) symptômes faibles, (2) symptômes de TSPT, (3) symptômes de TSPTC, (4) symptômes de TPL/TSPTC (Cloitre et al., 2014; Frost et al., 2018) et (5) symptômes de TPL/TSPT (unique à l'étude de Frost et al., 2018). Le fait qu'un groupe présentant des symptômes de TSPTC sans présenter des symptômes de TPL ait émergé dans les deux études est favorable à l'argumentaire selon lequel ces deux troubles représenteraient des portraits cliniques distincts. Il faut toutefois noter qu'aucune étude n'a vu émerger un groupe présentant des symptômes de TPL sans présenter également des symptômes de TSPT, ce qui pourrait être expliqué par la prévalence importante de traumatismes chez les participants de ces échantillons cliniques ou hautement traumatisés.

Deux autres études ont obtenu des résultats plus mitigés. D'une part, l'étude de Jowett et son équipe (2019) a vu émerger les groupes suivants dans un échantillon clinique mixte : (1) symptômes de TSPT, (2) symptômes de TSPTC avec symptômes élevés de TPL, et (3) symptômes de TSPTC avec symptômes modérés de TPL. Les symptômes d'impulsivité et de colère explosive permettaient principalement de différencier les groupes de TSPTC avec symptômes modérés et élevés de TPL. D'autre part, les groupes suivants ont émergé dans un échantillon non clinique mixte de survivants

de traumatismes (Saraiya et al., 2021) : (1) symptômes faibles, (2) symptômes de TSPT, (3) symptômes de TSPTC/TPL modérés et (4) symptômes de TSPTC/TPL élevés. Notons que seulement des modèles allant jusqu'à 4 classes avaient pu être testés dans cette étude en raison d'un manque de puissance statistique (c.-à-d., meilleure valeur de vraisemblance logarithmique non répliquée), comparativement à des modèles allant jusqu'à 7 classes testés dans les autres études précédemment mentionnées. Dans ces deux études, ni un groupe présentant des symptômes de TSPTC sans TPL, ni un groupe présentant des symptômes de TPL sans TSPTC n'a été détecté. Ces résultats mettent en lumière les chevauchements et le potentiel de comorbidité entre ces deux troubles, ainsi que le besoin de soutien empirique supplémentaire pour résoudre cette polémique.

Finalement, trois études empiriques ont exploré la distinction entre les symptômes de TSPTC et de TPL en utilisant des approches centrées sur les variables et sur les construits. D'abord, les résultats de Knefel et son équipe (2016) ont indiqué que les symptômes de TSPT et de perturbations de l'organisation du soi étaient modérément interconnectés entre eux, mais pas du tout ou seulement faiblement connectés aux symptômes de TPL (sauf pour le symptôme de comportements dangereux). De leur côté, Hyland et ses collègues (2019) ont identifié des variables latentes distinctes de TSPT, de perturbations de l'organisation du soi et de TPL. Les symptômes permettant de différencier les variables latentes de perturbations de l'organisation du soi (p. ex., difficulté à rester proche des autres) et de TPL (p. ex., comportements suicidaires et automutilation) étaient cohérents avec les postulats conceptuels. Enfin, Frost et ses collègues (2020) ont vu les symptômes étudiés se regrouper dans trois facteurs de TSPT, perturbations de l'organisation du soi et TPL, ainsi que dans un facteur général de psychopathologie. Ces résultats indiquent que, malgré le partage d'une structure latente commune, les symptômes de TSPTC et TPL pourraient être distingués par leur présentation phénoménologique.

Pour augmenter la confiance dans les groupes et facteurs trouvés, leurs liens avec des caractéristiques associées ont été examinés. Les traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance étaient associés aux profils présentant des symptômes de TSPTC ou une comorbidité TSPTC/TPL (Frost et al., 2018; Jowett et al., 2019), et aux facteurs de TSPT, de TPL (Frost et al., 2020) et de perturbations de l'organisation du soi (Hyland et al., 2019). Ces résultats sont cohérents avec les études qui ont identifié les traumatismes en enfance comme des facteurs de risque importants associés au TSPT et au TPL, puis, dans une plus grande mesure, à la comorbidité TSPT/TPL (Jowett et al.,

2020) et au TSPTC (Brewin et al., 2017). De plus, une diminution du bien-être psychologique et du fonctionnement a été associée aux profils présentant des symptômes de TSPTC, de TPL (Cloitre et al., 2014) et de comorbidité TSPTC/TPL (Jowett et al., 2019), ainsi qu'avec le facteur de TPL identifié par Frost et son équipe (2020). Ces résultats sont cohérents avec d'autres études passées, qui indiquent une qualité de vie moindre chez les individus qui présentent un TSPTC (Cloitre et al., 2019) et un TPL (IsHak et al., 2013).

5. Cadre conceptuel

Des modèles théoriques ont été élaborés afin de raffiner notre compréhension des facteurs associés à l'apparition et au maintien des symptômes de TSPT, de TSPTC et de TPL. D'abord, les symptômes d'intrusion, d'évitement, de réactivité et d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur retrouvés à la suite d'un événement traumatique dans le TSPT, dans le TSPTC et dans la comorbidité TSPT/TPL peuvent être expliqués par le modèle du traitement émotionnel de l'information (Foa et al., 1989; Rauch et Foa, 2006). Les impacts propres aux traumas interpersonnels cumulatifs en enfance, soit les symptômes de perturbations de l'organisation du soi (ainsi que certains symptômes de TPL), sont conceptualisés dans le modèle du trauma au soi (Briere, 2002). Enfin, les facteurs de risque au développement de symptômes de TPL sont explicités dans le modèle biopsychosocial (Linehan, 1993).

5.1 Le modèle du traitement émotionnel de l'information

Le modèle du traitement émotionnel de l'information (Foa et al., 1989; Rauch et Foa, 2006) comprend les symptômes classiques du TSPT comme résultant de la création d'une 'structure de peur' lors de l'événement traumatique : un réseau stable, complexe et facilement accessible reliant les souvenirs du trauma, les interprétations, et les réponses émotionnelles, comportementales et physiologiques associées. Les éléments de la structure de peur auraient une connotation de danger et incluraient des cognitions inadaptées par rapport à soi (« je suis complètement incompetent ») et au monde (« le monde est complètement dangereux »). Cette structure aurait comme fonction d'aider l'individu à reconnaître les situations dangereuses pour pouvoir y répondre rapidement et efficacement par le combat ou la fuite (*fight or flight*). Lors de l'exposition à un ou plusieurs éléments de la structure de peur, l'activation se propagerait à travers tous le réseau

d'interconnexions, déclenchant des symptômes d'intrusion et de la détresse psychologique. Le principe de renforcement négatif donnerait lieu à des comportements d'évitement face aux éléments de la structure de peur, qui nuiraient à l'intégration émotionnelle de l'événement traumatique. Cette oscillation entre intrusion et évitement maintiendrait le survivant de trauma dans un état d'activation neurovégétative chronique (symptômes de réactivité).

5.2 Le modèle du trauma au soi

Le modèle du trauma au soi (Briere, 2002) explique les impacts des traumas interpersonnels cumulatifs en enfance comme étant le résultat de leur interférence avec le développement normal des 'capacités du soi' : la régulation émotionnelle, la cohésion identitaire et les habiletés relationnelles. Premièrement, le développement de la régulation émotionnelle serait entravé par le manque de soutien, de modèles adéquats et d'occasions d'apprentissage ajustées au niveau de développement auxquels l'enfant a accès. Ceci entraînerait une tendance à être facilement submergé par les émotions, à avoir de la difficulté à s'apaiser, et à utiliser des stratégies d'autorégulation centrées sur l'évitement. Deuxièmement, le développement identitaire serait entravé par la nécessité d'être hypervigilant face à un environnement menaçant, aux dépens de son monde interne. Il serait aussi hypothéqué par les discours et comportements dénigrants à l'égard de soi, aboutissant en une confusion face à son identité et au maintien de croyances négatives par rapport à lui-même. Troisièmement, le développement des habiletés interpersonnelles serait entravé par le contexte relationnel mésadapté dans lequel l'enfant fait ses apprentissages et par le caractère douloureux associé aux relations intimes, menant à une difficulté à former et à maintenir des relations satisfaisantes. Le survivant de traumas serait donc mal préparé pour faire face aux défis universels de l'âge adulte et spécifique à son historique traumatique (p. ex., intégration émotionnelle des traumas).

5.3 Le modèle biopsychosocial

Le modèle biopsychosocial de Marsha Linehan (1993) conçoit le TPL comme une dysfonction du système de régulation des émotions. Les autres symptômes du TPL seraient à la fois secondaires à cette dysrégulation (des conséquences ou tentatives de gestion de la dysrégulation), et causent de davantage de dysrégulation. Celle-ci prendrait racine dans des facteurs biologiques,

environnementaux et transactionnels. D'abord, les personnes souffrant d'un TPL auraient une vulnérabilité émotionnelle (c.-à-d., un seuil de réactivité émotionnelle bas, des réactions émotionnelles intenses et un retour au niveau émotionnel de base lent) découlant d'une prédisposition biologique. Ensuite, elles grandiraient dans un environnement familial invalidant, dans lequel l'expression émotionnelle serait punie ou banalisée. Un tel environnement ne serait pas favorable au développement d'habileté d'identification, de régulation et de tolérance des émotions. Enfin, il y aurait un effet transactionnel systémique entre l'enfant et l'environnement. D'une part, puisque seuls les états émotionnels extrêmes provoqueraient des réactions adéquates de l'environnement, celles-ci se verraient renforcées. L'enfant apprendrait donc à osciller entre l'inhibition émotionnelle et les démonstrations émotionnelles intenses, avec une extinction des réactions émotionnelles modérées et adéquates. D'autre part, l'épuisement dû aux demandes croissantes de l'enfant et le renforcement immédiat des réponses invalidantes (c.-à-d., l'enfant inhibe ses émotions) exacerberait le caractère invalidant de l'environnement.

6. Pertinence de la thèse

Avec la publication récente de la CIM-11 et l'intérêt grandissant pour le domaine du trauma dans les dernières années, le diagnostic de TSPTC a été propulsé dans le zeitgeist scientifique et clinique. Cette thèse vise à contribuer au corpus d'études menées dans ce domaine, en palliant certaines lacunes identifiées dans les écrits scientifiques récents. Premièrement, les études au sujet du TSPTC dans les populations francophones sont limitées puisqu'aucun questionnaire validé en français n'est actuellement disponible pour mesurer ce construit. Considérant que la CIM-11 est un outil de classification des troubles mentaux utilisé à travers le monde et que l'ITQ a été créé spécifiquement pour mesurer des symptômes de TSPTC tels que définis dans la CIM-11, le développement d'une version française validée de l'ITQ constitue une contribution critique. Par ailleurs, aucune étude n'a, jusqu'à présent, évalué la cohérence interne spécifique aux sous-échelles de régulation émotionnelle, de croyances à propos de soi et de relations interpersonnelles, ni si celles-ci présentaient des relations significativement préférentielles avec des construits connexes telles que les capacités du soi (c.-à-d., validité convergente). Une mesure francophone ainsi validée ouvre la porte à des recherches futures en lien avec le TSPTC auprès des populations francophones. Deuxièmement, cette étude s'inscrit dans l'un des débats les plus controversés du domaine du TSPTC en examinant si les patrons de symptômes rapportés par des femmes de la communauté

révèlent des profils distincts de TSPTC et de TPL. Considérant que les écrits scientifiques offrent actuellement des résultats mitigés sur ce sujet, examiner la distinction entre les symptômes de TSPTC et le TPL pourrait constituer un apport important au sein de ce débat. Cette démarche s'inscrit dans l'axe des recommandations de Ford et Courtois (2021), qui ont mis en lumière la nécessité de répliquer les résultats des études de classes/profils latents explorant la distinction entre le TSPTC et le TPL (p. ex., Cloitre et al., 2014) dans des échantillons de la communauté. Ceci pourrait notamment être opportun pour détecter un groupe présentant des symptômes de TPL sans symptômes de TSPT, ce qui n'a jamais été identifié auparavant, possiblement en raison des échantillons cliniques ou gravement traumatisés utilisés. De plus, aucune étude explorant la distinction entre le TPL et le TSPTC n'a inclus les symptômes d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur du TSPT tels que formulés dans le DSM-5. Puisque le DSM-5 est largement utilisé et que les symptômes d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur représentent les efforts de l'APA pour élargir les symptômes de TSPT à des portraits cliniques plus complexes, explorer comment les symptômes de perturbations de l'organisation du soi et d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur se relient ou se différencient pourrait constituer une avenue de recherche pertinente.

7. Objectifs et hypothèses

Le premier objectif général de cette thèse était de traduire et tester les qualités psychométriques de la version francophone de l'ITQ. Le premier objectif spécifique était de tester la validité factorielle de l'instrument. Il était attendu que la structure factorielle corresponde à celle postulée par la CIM-11 et retrouvée dans la version originale de l'ITQ : deux facteurs de second ordre corrélés, 'TSPT' et 'perturbations de l'organisation du soi', comprenant respectivement trois facteurs de premier ordre 'intrusion', 'évitement' et 'réactivité', et 'régulation émotionnelle', 'croyances à propos de soi' et 'relations interpersonnelles'. Le deuxième objectif spécifique était de tester la cohérence interne. Il était attendu que celle-ci soit satisfaisante. Le troisième objectif spécifique était de tester la validité convergente. D'une part, il était attendu que les sous-échelles de perturbations de l'organisation du soi ('régulation émotionnelle', 'croyances à propos de soi', 'relations interpersonnelles') soient plus fortement associées que les sous-échelles de TSPT ('intrusion', 'évitement', 'réactivité') aux mesures de validité convergente (c.-à-d., traumas interpersonnels cumulatifs en enfance, capacités du soi et satisfaction de vie). D'autre part, il était attendu que les

sous-échelles de perturbations de l'organisation du soi soient préférentiellement associées aux échelles de capacité du soi conceptuellement correspondantes (c.-à-d., 'régulation émotionnelle' avec la capacité du soi liée aux émotions, 'croyances à propos de soi' avec la capacité du soi liée à l'identité, et 'relations interpersonnelles' avec la capacité du soi liée aux relations). Cette première série d'objectifs a fait l'objet d'un premier article scientifique.

Le deuxième objectif général de cette thèse visait à étudier l'organisation des patrons de symptômes de TSPTC et de trouble de la personnalité limite dans un échantillon de femmes issues de la communauté. Le premier objectif spécifique était d'examiner si des profils distincts caractérisés par des symptômes de TSPT, TSPTC et de TPL émergeraient. Il était attendu que les profils suivants émergent : (1) symptômes de TSPT, (2) symptômes de TSPTC, (3) symptômes de TPL, (4) symptômes de TSPTC et de TPL, (5) symptômes faibles. Le deuxième objectif spécifique est d'explorer si les symptômes d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur (TSPT, DSM-5) et les symptômes de perturbations de l'organisation du soi (TSPTC, CIM-11) présentent une complémentarité ou une redondance. Le troisième objectif spécifique était d'examiner si les profils ayant émergé se différenciaient sur des mesures de traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance, de dissociation et de satisfaction de vie. Il était attendu que les participantes se retrouvant dans les profils de symptômes de TSPTC, de TPL et de TSPTC/TPL présentent des niveaux plus élevés de traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance et de dissociation que les participantes se retrouvant dans les profils de symptômes de TSPT et de symptômes faibles. Il était aussi attendu que les participantes se retrouvant dans le profil de symptômes faibles présenteraient un niveau plus élevé de satisfaction de vie que les participantes se retrouvant dans les autres profils. Cette deuxième série d'objectifs a fait l'objet d'un deuxième article scientifique.

7. Méthode

La présente étude s'inscrit dans un plus vaste projet de recherche dirigé par la P^f Natacha Godbout, subventionné par les Instituts de Recherche en Santé du Canada, et s'intéressant aux impacts des traumatismes en enfance chez les couples Québécois. L'échantillon ($n = 1485$) a été recruté par l'entremise d'une firme de sondage. Des numéros de téléphone ont été générés aléatoirement dans le but d'obtenir un échantillon représentatif de la communauté québécoise. Les questionnaires ont été administrés au téléphone par des interviewers formés et expérimentés. Les critères d'inclusion

étaient les suivants : avoir 18 ans ou plus, résider au Québec, être dans une relation de couple hétérosexuelle et parler le français. Dans le cadre de la présente thèse, seuls les participants rapportant au moins un événement potentiellement traumatique ont été sélectionnés, puisqu'il s'agit d'un prérequis pour répondre à l'ITQ. Les participants recevaient une compensation de 10\$. Ce projet a été approuvé par le Comité éthique de l'Université du Québec à Montréal (voir Appendice A pour le formulaire de consentement et Appendice B pour les certificats d'approbation éthique).

Pour le premier article scientifique, un sous-échantillon mixte de 335 participants a été sélectionné. Pour éviter la dépendance des données, un membre de chaque couple a été sélectionné aléatoirement. Un échantillon mixte a été privilégié afin de valider l'ITQ dans un échantillon représentatif de la communauté. Pour le deuxième article scientifique, un sous-échantillon de 438 femmes a été sélectionné. Un échantillon de femmes a été privilégié afin de favoriser la présence de symptômes de TSPT, TSPTC et TPL, des variables qui, selon les études (Arens et al., 2013; Greene et al., 2016; Sachser et al., 2017), sont davantage présentes chez les femmes. L'intention était de mitiger certains inconvénients liés à la mesure d'une symptomatologie sévère dans un échantillon de la communauté (p. ex., manque de puissance statistique, distributions anormales).

Dans les deux articles scientifiques, les symptômes de TSPTC ont été mesurés par l'ITQ (Cloitre, 2018). La traduction a été faite dans le cadre de cette thèse, en collaboration avec l'auteure de l'outil original (Marylene Cloitre) et en utilisant la méthode de traduction renversée (Vallerand, 1989). Les traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance ont été mesurés à l'aide du Questionnaire des traumatismes cumulatifs en enfance (Godbout et al., 2017). La satisfaction de vie a été mesurée par l'Échelle de Satisfaction de vie (Blais et al., 1989; Diener et al., 1985). Dans le premier article, la dérégulation émotionnelle, les conflits interpersonnels et les perturbations de l'identité, ont été mesurés à l'aide de l'Inventaire des capacités du soi (Briere, 2000; Bigras et Godbout, 2017). Dans le deuxième article, les altérations négatives des cognitions et de l'humeur ont été mesurées par la version française du *PTSD checklist for DSM-5* (Ashbaugh et al., 2016; Blevins et al., 2015). Les symptômes de TPL ont été mesurés à l'aide de la version française du *McLean screening instrument for BPD* (Zanarini et al., 2003). Finalement, la dissociation a été mesurée par la version française du *Trauma symptoms inventory* (Briere, 2011; Bigras et al., 2017).

CHAPITRE II

French Translation and Validation of the International Trauma Questionnaire in a Canadian Community Sample (Article 1)

Publié en 2022 dans la revue *Child Abuse and Neglect*, 128. doi : 10.1016/j.chiabu.2022.105627

**French Translation and Validation of the International Trauma Questionnaire in a
Canadian Community Sample**

Gaëlle Cyr¹, Claude Bélanger¹ & Natacha Godbout^{2,*}

¹Department of Psychology, University of Quebec in Montreal, 100, Sherbrooke O., Montreal,
Quebec, Canada, H2X 3P2¹

²Department of Sexology, University of Quebec in Montreal, 455 René-Levesque E., Room W-
R165, Montreal, Quebec, Canada, H2L 4Y2

*Corresponding author

Email addresses: cyr.gaelle@courrier.uqam.ca (G. Cyr), belanger.claude@uqam.ca (C. Bélanger),
godbout.natacha@uqam.ca (N. Godbout)

Abstract

Background: The diagnosis of complex post-traumatic stress disorder (CPTSD) was recently included into the 11th edition of the International Classification of Diseases (ICD-11). Recognizing the need for a brief and specific measure CPTSD symptoms as defined by the ICD-11, Cloitre and her team (2018) developed the original English version of the International Trauma Questionnaire (ITQ). The ITQ is composed of two scales—‘post-traumatic stress disorder (PTSD) and ‘disturbances in self-organization’ (DSO), respectively subdivided into three subscales. It was found to be psychometrically valid but has yet to be available in French. **Objective:** The purpose of this study was to provide a French version of the ITQ and to examine its factorial validity, internal consistency, and convergent validity in a French-speaking Canadian sample. **Participants:** The sample included 335 French-Canadian adults from the community. **Methods:** The ITQ was translated in French, back translated into English, and deemed equivalent by the original ITQ’s author. Participants answered the French version of the ITQ, as well as measures of convergent validity, via phone interview. **Results:** Confirmatory factorial analyses revealed that the French ITQ presented the same factor structure as the original ITQ. Composite reliability scores revealed good internal consistency for both scales, and all but one subscale. Pearson’s correlation and Steiger’s Z test revealed good convergent validity. **Conclusion:** This study supports the factorial validity, internal consistency, and convergent validity of the French version of the ITQ, suggesting that it is a psychometrically sound measure of CPTSD.

Keywords: Post-Traumatic Stress Disorder; Complex Post-Traumatic Stress Disorder; International Trauma Questionnaire; French Translation; Validation.

Introduction

The World Health Organization's (WHO) 11th edition of the International Classification of Diseases (ICD-11), which came into effect in January of 2022, includes the new diagnosis of complex post-traumatic stress disorder (CPTSD; World Health Organization, 2019). Addressing a concern that has been raised by clinicians and researchers for decades (e.g., Herman, 1992), the WHO has extended upon the post-traumatic stress disorder (PTSD) diagnosis to better represent the symptoms that often occur among individuals who experienced chronic, prolonged or multiple types of trauma exposure, usually of an interpersonal nature (e.g., childhood sexual abuse, intimate partner violence). Indeed, individuals with this type of trauma tend to present a range of symptoms that exceed classical PTSD symptoms of re-experiencing in the here and now, avoidance and sense of threat, which affect core abilities and adaptation processes (Briere, 2002; Cyr et al., 2022). Aiming to bridge this gap, CPTSD regroups, in addition to the classical PTSD symptoms of re-experiencing, avoidance and perception of heightened current threat, disturbances in self-organization (DSO) affecting three domains: affective dysregulation, negative self-concept (i.e., as diminished, defeated or worthless, with feelings of shame, guilt or failure) and disturbances in relationships (i.e., problems in sustaining relationships and in feeling close to others) (World Health Organization, 2019). The affective dysregulation difficulties in CPTSD are conceptualized as including both hyper-activation (i.e., heightened emotional reactivity) and hypo-activation (i.e., numbness and dissociation; Maercker et al., 2013).

With the novelty and cultural relevance of the CPTSD diagnosis, a growth in research needs and interest has been observed in recent years. Recognizing the need for a disorder-specific measure for the new diagnosis of CPTSD, Cloitre and colleagues (2018) developed the International Trauma Questionnaire (ITQ). The ITQ is a brief self-reported questionnaire specifically created to measure symptoms of CPTSD, based on the ICD-11's criteria. To our knowledge, the ITQ is the only self-reported questionnaire available to measure ICD-11's PTSD and CPTSD symptoms (Redican et al., 2021). It includes a 'PTSD' and a 'DSO' scale. The PTSD scale is subdivided into three subscales: 're-experiencing', 'avoidance' and 'sense of threat'. The DSO scale includes three subscales: 'affective dysregulation' (including items measuring hyper-activation and hypo-activation), 'disturbances in relationships' and 'negative self-concept' symptoms. Validation studies of the

original English version of the ITQ showed good psychometric properties as well as clinical utility (Cloitre et al., 2018; 2021). Studies conducted with the ITQ in the general population revealed that past-month prevalence ranges between 3.4% and 5.0% for ICD-11 PTSD, and between 3.8% and 7.7% for ICD-11 CPTSD (Cloitre et al., 2019; Hyland et al., 2021).

The ITQ has proven itself to be a clinically useful and psychometrically valid measure and has been used in 29 countries across six continents (Karatzias et al., 2018) and translated into 25 different languages (all versions including the French version presented in this article are publicly available on the [International Trauma Consortium's website](#)). It presents a factor structure that is coherent with ICD-11's conceptualization of the disorder (see Redican et al., 2021 for a review): a second-order PTSD factor comprising first-order factors of 're-experiencing', 'avoidance' and 'sense of threat', and a second-order DSO factor comprising first-order factors of 'affective dysregulation', 'disturbances in relationships' and 'negative self-concept' (see Figure 1.1, Model 5). Psychometric studies also revealed that the ITQ presented satisfactory internal consistency (Cloitre et al., 2018). Finally, convergent validity was demonstrated, with measures of cumulative trauma, emotional dysregulation, interpersonal problems, low self-esteem, functional impairment, and psychological distress (e.g., anxiety and depression) more strongly associated with the DSO scale (Ho et al., 2019; Murphy et al., 2020; Vang et al., 2021), whereas measures of specific PTSD symptoms were more strongly associated with the PTSD scale (Hyland et al., 2017).

Despite the efforts to make the ITQ available for researchers worldwide, it has yet to be validated in French. Accordingly, the current study aimed to provide a validated French version of the ITQ that is adapted to a French-speaking population. More specifically, the objectives were to: (1) test the factorial validity of the French version of the ITQ, (2) document the reliability of each scale and subscale in term of internal consistency, (3) study the convergent validity of the French version of the ITQ with related measures of cumulative trauma, altered self-capacities and life satisfaction. It was expected that the psychometric properties of the French version of the ITQ would be equivalent to the original English version of the ITQ. First, satisfactory factorial validity was expected—as indicated by a factorial structure representative of the ICD-11 conceptualization of CPTSD (see Figure 1.1, Model 5). Second, satisfactory internal consistency was expected—as indicated by satisfactory composite reliability. Third, satisfactory convergent validity was expected—as indicated by (a) positive associations between the ITQ's scales and subscales, and childhood

cumulative trauma, altered self-capacities (i.e., affect dysregulation, identity impairment, interpersonal conflict) and life satisfaction; (b) stronger associations between the ITQ's DSO scale (as opposed to the ITQ's PTSD scale) and childhood cumulative trauma, altered self-capacities and life satisfaction; and (c) stronger associations between each DSO subscales and the altered self-capacities affecting a related life domain (i.e., DSO's 'affective dysregulation' and the altered self-capacity of affect dysregulation, DSO's 'negative self-concept' and the altered self-capacity of identity impairments, and DSO's 'disturbances in relationships' and the altered self-capacity of interpersonal conflict).

Methods

Procedure

A sample of 335 French speaking participants from the Québec community was included in this study. Participants were randomly selected by a survey firm from a list of telephone numbers (landline and mobile) from the province of Québec, Canada. Trained and experienced interviewers administered the questionnaires over the phone, between January and March of 2018. Participants gave informed consent and received a CAD \$10 compensation for their participation. The participants were informed that the study aimed to examine the links between potentially traumatic experiences and their correlates in adulthood. The study was approved by the University of Quebec in Montreal's ethics committee. The inclusion criteria were : being an adult (≥ 18 years old), residing in the Province of Québec (Canada), being in a romantic relationship, and being able to speak and understand French. Reporting at least one potentially traumatic experience in childhood or adulthood was a prerequisite to answer ITQ. This was determined by the following gateway question: "Please indicate the experience that disturbs you most and answer the following questions in regard to this experience". It was accompanied by a list of eight different types of potentially traumatic experiences (i. e., sexual and physical violence, neglect, witnessing violence, bullying, parental mental illness or addiction, death of a close one, and natural catastrophe or accident), as well as the choices "other" and "none." Participants who endorsed "none" (48% of the original sample) did not complete the ITQ and were not included in this study.

Participants

The sample was composed of 222 women (66.3%) and 113 men (33.7%), aged from 18 to 84 years old. The average age of the participants was 49.6 years old (± 13.6 years; vs. $M = 41.9$ in the general Quebec population; Afifi et al., 2014). Most participants were born in Canada (92.8%; vs. 86.2% in the general Quebec population; Afifi et al., 2014) and 92.8% spoke French as a first language (vs. 77% in the general Quebec population; Afifi et al., 2014), with 2.1% speaking English and 5.1% speaking another first language. Most participants identified as heterosexual (95.5%; vs. 96% in the general Canadian population; Statistics Canada, 2021), with 2.1% identifying as homosexual, 1.8% as bisexual, and 0.6% reporting another sexual orientation. Most participants were parents (84%; vs. 50% in the Quebec general population; Afifi et al., 2014), with an average of 1.9 children (± 1.2). Participants were married (56.7%), cohabitating with their partner (41.8%) or dating a romantic partner (1.5%), with a mean length of couple relationship being 21.7 years (± 14.1 years). In the general Quebec population, 56.3% of individuals report being married or cohabitating with a partner (Afifi et al., 2014). Participants were mostly workers (47.8% full-time and 12.5% part-time; vs. 60% in the general Quebec population, Afifi et al., 2014), with 24.2% being retired, 4.2% being students, 1.5% being unemployed and 9.9% reporting “other”. Annual personal income was less than CAD \$20,000 for 12.8% of the sample (vs. 29.2% in the general Quebec population), between CAD \$20,000 and CAD \$39,999 for 26% (vs. 27.0% in the general Quebec population), between CAD \$40,000 and CAD \$59,999 for 26.3% (vs. 19.0% in the general Quebec population), and more than CAD \$59,999 for 34.9% (vs. 24.7% in the general Quebec population, Afifi et al., 2014). Most participants completed a college (40.3%; vs. 53.7% in the general population) or university degree (41.8%; vs. 17% in the general Quebec population; Afifi et al., 2014).

Measures

The ITQ (Cloitre et al., 2018) was translated in French and back translated to English, using the back translation method (Vallerand, 1989). The back translated English version of the questionnaire was then examined by the original ITQ’s authors and deemed equivalent. The French version of the ITQ is a 12-items self-reported measure, answered on 5-point Likert scales ranging from (0) *not at all* to (4) *extremely*. It contains a PTSD and a DSO scale, each comprising three 2-item subscales: PTSD’s ‘re-experiencing’, ‘avoidance’ and ‘sense of threat’, and DSO’s ‘affective dysregulation’, ‘disturbances in relationships’ and ‘negative self-concept’. A total score is obtained for each subscale by averaging the score on its two items (range = 0 to 4), with a higher score indicating

higher symptomatology. Endorsement (score of 2 or above) of at least one item from each PTSD subscale indicates probable PTSD diagnosis, whereas endorsement of at least one item from each of the PTSD and DSO subscales indicates probable CPTSD diagnosis (Cloitre et al., 2018). See Table 1.4 for a list of the ITQ's original English items and translated French items, and see Supplementary Material for the French ITQ with coding instructions.

The French Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ; Godbout et al., 2017) was used to measure childhood cumulative trauma. This 15-item questionnaire measures the experience of eight different types of traumas: sexual abuse (2 items), physical abuse (4 items), psychological abuse (2 items), physical neglect (1 item), psychological neglect (3 items), witnessed physical violence (1 item), witnessed psychological violence (1 item) and sustained bullying (1 item). The items measuring sexual abuse items are in a yes-or-no format and refer to any incidence before the age of 18 based on the Canadian Criminal Code. The items measuring the other types of traumas are responded on a Likert scale ranging from (0) *never happened* to (6) *happened every day or almost every day in a typical year before the age of 18*. Each scale is dichotomized as (1) *presence of trauma* (score of 'yes' or ≥ 1 on at least one item of the scale) and (0) *absence of trauma*. The dichotomous scores for each scale are then summed into a continuous childhood cumulative trauma score ranging from 0 to 8 types of traumas. Past studies indicated good internal consistency both in clinical and community samples (e.g., Bigras & Godbout, 2020; Bolduc et al., 2018). In the present study, the internal constancy was satisfactory ($\alpha = .88$).

Interpersonal conflicts, identity impairments and affect dysregulation were measured using the French version of the Inventory of Altered Self-Capacities (IASC; Briere, 2000; translated and validated by Bigras & Godbout, 2020). The 9-items Affect Dysregulation scale measures respondents' emotional regulation difficulties and reactivity. The 9-items Interpersonal Conflicts scale measures respondents' tendency to be involved in conflictual, chaotic relationships. The 9-items Identity Impairments scale measures respondents' difficulties in maintaining a coherent sense of self. Each item measures the presence of symptoms in the past six months and is accompanied by a 5-point Likert scale ranging from (1) *never* to (5) *always*. Total scores for each scale are measured by summing the scores of relevant items (range from 9 to 45, a higher total representing higher dissociative symptomatology). Clinical cut-off taking age and gender into account are established in the original English version by Briere (2000). The original English version (Briere,

2000) as well as the French version of the questionnaire (Bigras & Godbout, 2020) present good factorial validity, convergent validity, and internal consistency. The three scales presented good internal consistency in the present sample (α ranged from .87 to .89).

The French version of the Satisfaction with Life Scale (SLS; Blais et al., 1989; original English version by Diener et al., 1985) was used to measure life satisfaction. This 5-item questionnaire is answered on 7-point Likert scales ranging from (1) *strongly disagree* to (7) *strongly agree*. The score on each item is summed to obtain a total score ranging from 5 to 35 (higher scores representing higher life satisfaction). The participants can be categorized as presenting very high (30-35), high (25-29), average (20-24), low (15-19), and very low (15-19) life satisfaction according to norms developed by Pavot & Diener (2013). The English (Diener et al., 1985) and French (Blais et al., 1989) versions of the questionnaire showed good psychometric properties (i.e., good factorial validity and internal consistency). In the present sample, the internal consistency was satisfactory ($\alpha = .90$).

Analyses

Descriptive statistics were performed using the Statistical Package for Social Sciences 25.0 (SPSS 25.0; IBM, 2017). To measure factorial validity (objective 1), confirmatory factor analyses (CFA) were performed using Mplus 7.0 software (Muthén & Muthén, 2015). Five alternative models were specified and tested (see Figure 1.1); Models 1 and 2 were based on previously tested factor structures (Karatzias et al., 2016) and Models 3, 4 and 5 were based on alternative theoretical models for CPTSD factor structure suggested in Brewin et al.'s review (2017). The aim of testing alternative models was to confirm that the hypothesized model best represented the observed data—namely that PTSD and DSO were distinct scales, represented by ‘re-experiencing’, ‘avoidance’, ‘sense of threat’ and by ‘affective dysregulation’, ‘disturbances in relationships’, and ‘negative self-concept’ respectively, and that a hierarchical structure (second-order factors) could explain the relationship between the scales and subscales (Model 5). The five alternative models are depicted in Figure 1.1.

Model 1 estimates a first-order model in which all indicators load on one first-order factor: CPTSD. Model 2 estimates a first-order model in which indicators load on two correlated first-order factors

representing PTSD (six items) and DSO (six items). Model 3 estimates a first-order model in which indicators load on six correlated factors: ‘re-experiencing’, ‘avoidance’, ‘sense of threat’, ‘affective dysregulation’, ‘disturbances in relationships’ and ‘negative self-concept’ (two items each). Model 4 estimates a second-order model in which indicators load on six first-order factors (‘re-experiencing’, ‘avoidance’, ‘sense of threat’, ‘affective dysregulation’, ‘disturbances in relationships’, and ‘negative self-concept’), which in turn load on one second-order factor (CPTSD). Model 5 is a second-order model representing the hypothesized structure of CPTSD as described in the ICD-11: indicators load on six first-order factors (‘re-experiencing’, ‘avoidance’, ‘sense of threat’, ‘affective dysregulation’, ‘disturbances in relationships’, and ‘negative self-concept’), which in turn load on two correlated second-order factor: PTSD and DSO.

The CFA were estimated using robust maximum likelihood estimation (Yuan & Bentler, 2000). Several indices were used to determine the best fitting solution among the five alternative models, with the following indicating a good fit to the data according to standard procedures (Hu & Bentler, 1999): nonsignificant ($p < .05$) chi-square test of model fit (χ^2); ratio of chi-square to degrees of freedom (χ^2/df) lower than 3; Root-Mean-Square Error of Approximation value (RMSEA) with 90% confidence intervals (CI) and Standardized Root-Mean-Square Residual (SRMR) values smaller than .06; as well as Comparative Fit Index (CFI) and Tucker-Lewis Index (TLI) values greater than .90. It should be noted that the chi-square test of model fit is sensitive to large sample size, situations in which the ratio of chi-square to degrees of freedom may be a more appropriate measure (Kline, 2015). The Bayesian Information Criteria (BIC) was used to compare goodness of fit between models, with a smaller value indicating better fit and a ten-points difference between two models indicating “very strong” evidence in favor of the model with a lower BIC value (Raftery, 1995). To measure internal consistency (objective 2), composite reliability (CR) was calculated for each scale and subscale of the ITQ using Mplus 7.0 software (Muthén and Muthén, 2015). CR uses standardized factor loadings and errors of variance to estimate internal consistency (Raykov, 1997). A CR value $> .60$ indicates acceptable internal consistency. CR is most appropriate to measure internal consistency of short scales such as in the present study (e.g., two-item subscales) as it does not require essential tau-equivalence (Raykov, 1997).

To measure convergent validity (objective 3), Pearson’s correlations between each scale of the ITQ and measures of childhood cumulative trauma, altered self-capacities (affect dysregulation,

interpersonal conflict and identity impairments) and life satisfaction, were performed on SPSS 25.0 (IBM, 2017). Steiger's Z tests (Lee & Preacher, 2013; Steiger, 1980) were then performed to compare the correlations between the PTSD and DSO scales and related variables, as well as the correlations between the 'affective dysregulation', 'disturbances in relationships' and 'negative self-concept' subscales and measures of affect dysregulation, interpersonal conflict and identity impairments. This test indicates whether two correlations that share one variable can be deemed equal in strength, while taking into account the correlation between the unshared variables. A value of $p < .05$ indicated statistical significance, with a Bonferroni correction when multiple comparisons were executed.

Results

Descriptive statistics

The following descriptive variable were obtained in accordance with the questionnaire's cut-offs (see Measures). The cut-off score for probable ICD-11 PTSD diagnosis was reached by 5.1% ($n = 17$) of the sample, and the cut-off score for probable ICD-11 CPTSD diagnosis was reached by 2.7% ($n = 9$) of the sample. In their answers to the items related to the different subscales, 18.2% ($n = 61$) of the sample reported 're-experiencing' symptoms ($M = .51$, $SD = .83$), 18.2% ($n = 61$) reported 'avoidance' symptoms ($M = .55$, $SD = .88$), 21.8% ($n = 73$) reported 'sense of threat' symptoms ($M = .58$, $SD = .93$), 33.1% ($n = 111$) reported alterations in 'affective dysregulation' ($M = .75$, $SD = .73$), 11.9% ($n = 40$) reported alterations in 'negative self-concept' ($M = .43$, $SD = .79$), and 18.8% ($n = 63$) reported alterations in 'disturbances in relationships' ($M = .63$, $SD = .74$). All correlations between the French version of the ITQ subscales were positive and significant, ranging from $r = .30$ to $r = .65$. Scores of childhood cumulative trauma ranged from 0 to 8, with a mean of 3 types of trauma (± 2). The most frequently reported type of trauma was psychological neglect (76.4%; $n = 256$), followed by sustained bullying (47.5%; $n = 159$), witnessed psychological violence between parents (43%; $n = 144$), psychological violence (38.2%; $n = 128$), physical violence (33.1%; $n = 111$), sexual abuse (29.6 %; $n = 99$), physical neglect (15.5%; $n = 52$) and witnessed physical violence between parents (14.6%; $n = 49$). Clinically significant scores were reported by 11.3% ($n = 38$) of the sample on the affect dysregulation scale ($M = 13.14$, $SD = 5.44$), 14% ($n = 47$) on the interpersonal conflicts scale ($M = 14.82$, $SD = 4.78$), and 11.9% ($n = 40$) on

the identity impairments scale ($M = 13.03$, $SD = 5.14$). Finally, reported life satisfaction ($M = 27.14$, $SD = 2.36$) was very high for 47.5% ($n = 159$) of the sample, high for 26.9% ($n = 90$), average for 11.6% ($n = 39$), slightly low for 9% ($n = 30$), low for 3.9% ($n = 13$) and very low for 1.2% ($n = 4$) of this community sample.

Factorial validity

Fit indices for the five alternative models can be found in Table 1.1. Models 1, 2 and 4 were rejected due to unsatisfactory fit to the data. Model 5 was chosen as the final choice over Model 3 because it presented the lowest BIC value and was supported by theoretical rational and results from past studies. Although the 32-point difference in BIC represents strong evidence in favor of Model 5 (Raftery, 1995), it may not disperse all uncertainty. For interested readers, factor loadings and correlations for Model 3 can be found in Table 1.5 of Supplementary Material. Model 5 presented good fit to the data ($\chi^2[47] = 79.38$, $p < .01$, $\chi^2/df = 1.69$, RMSEA = .045 [.027–.062], SRMR = .03, CFI = 0.98, TLI = .97). Factor loadings for Model 5 can be found in Table 1.2. All items significantly loaded on their respective first-order factors, and all first-order factors significantly loaded on their respective second-order factors. The second-order factors ('PTSD' and 'DSO') were significantly correlated ($r = .698$, $p < .001$).

Internal consistency

Internal reliability analyses were performed on the scales and subscales from the final model (Model 5). CR values for both scales were good: $CR = .88$ for 'PTSD' and $CR = .96$ for 'DSO'. CR for five out of six subscales of the ITQ indicated good internal consistency: $CR = .73$ for 're-experiencing', $CR = .83$ for 'avoidance', $CR = .79$ for 'sense of threat', $CR = .85$ for 'disturbances in relationships' and $CR = .94$ for 'negative self-concept'. CR values for the 'affective dysregulation' subscale indicated poor internal consistency ($CR = .33$).

Convergent validity

Results from Pearson's correlations and Steiger's Z tests are presented in Table 1.3. Pearson's correlations indicated significant associations between all scales and subscales of the ITQ and the related variables in expected directions, ranging from weak to moderate. Steiger's Z test revealed

no strength difference in the correlations between the ITQ scales (PTSD and DSO), and childhood cumulative trauma and life satisfaction. Results revealed that affect dysregulation, interpersonal conflict and identity impairments were more strongly correlated with DSO than PTSD.

Steiger's Z tests were also performed to investigate whether the DSO 'affective dysregulation', 'disturbances in relationships' and 'negative self-concept' subscales were equally correlated to affect dysregulation, interpersonal conflict and identity impairments. Results revealed that the DSO 'affective dysregulation' subscale's correlations with affect dysregulation and identity impairment were stronger (medium effect size) than with interpersonal conflict (small effect size). The DSO 'disturbances in relationships' subscale's correlation with identity impairment was stronger (medium effect size) than its correlation with affect dysregulation and interpersonal conflict (small effect size). Finally, the 'negative self-concept' subscale's correlation with identity impairment was stronger (medium effect size) than its correlation with affect dysregulation and interpersonal conflict (small effect size).

Discussion

The aim of the present study was to translate the ITQ (Cloitre et al., 2018) in French, and to validate it in a French-Canadian community sample in terms of factorial validity, internal consistency and convergent validity. Overall, results suggest that the French version of the ITQ is a psychometrically sound questionnaire, equivalent to its original English version.

Five models were compared, with the alternative 1 to 4 models shown to be statistically inferior and less representative of the data than the hypothesized Model 5. Results support this study's first hypothesis: the factor structure of the French version of the ITQ corresponds to the structure that was postulated by the ICD-11's criteria (World Health Organization, 2019), found in the original English version of the ITQ (Cloitre et al., 2018), and in past studies (for reviews, see Brewin et al., 2017 and Redican et al., 2021). Precisely, findings suggest that the French version of the ITQ form two distinct scales (PTSD and DSO), each subdivided into three subscales (PTSD: 're-experiencing', 'avoidance' and 'activation'; and DSO: 'affective dysregulation', 'disturbances in relationships' and 'negative self-concept' symptoms).

Internal consistency was good for both scales and for all but one subscale, partly supporting our second hypothesis regarding the reliability of this measure. The lower internal consistency for DSO's 'affective dysregulation' subscale could be explained by its measure of two related but distinct constructs, namely hyper-activation and hypo-activation (Cloitre et al., 2018). Indeed, trauma survivors' clinical portraits may lean towards hypo-activation—with chronic emotional numbing and avoidance in the foreground, and/or hyper-activation—with emotional reactivity and difficulties in self-soothing in the foreground, or both (Terpou et al., 2019). It is therefore theoretically sound that both items would correlate but fail to demonstrate strong internal consistency, thus representing the clinical reality of trauma survivors. These results are in line with past studies, which have also found similarly lower internal consistency for this subscale (Sele et al., 2020) or considered hypo- and hyper-activation as separate first-order factors rather than second-order factors (see the review by Redican et al., 2021). Our study is among the first (with Sele et al., 2020) to examine the internal consistency of the 12-item ITQ's six subscales, whereas previous studies mainly reported internal consistency for the PTSD and DSO scales (Cloitre et al., 2018; Murphy et al., 2020; Vallières et al., 2018). Because the 'affective dysregulation' subscale assesses complementary dimensions and contributes to the reliable scale of DSO, it should not be readily excluded. However, researchers and clinicians are invited to be mindful of this conceptual distinction within the DSO's 'affective dysregulation' subscale. Accordingly, the examination of patients' specific responses is advised for clinicians to assess potential hypo- and hyper-activation.

The results are in support of this study's third hypothesis, postulating satisfactory convergent validity of the French ITQ. The measures of childhood cumulative trauma, altered self-capacities, and life satisfaction were associated with scales and subscales of the French ITQ in the expected direction, with strengths similar to those found in past studies (e.g., Murphy et al., 2020). Results revealed stronger associations between the DSO scale and measures of altered self-capacities (i.e., affect dysregulation, interpersonal conflicts, and identity impairments), paralleling results from past studies (Ho et al., 2019; Hyland et al., 2017). These correlations were of moderate strength, which is coherent with the fact that they measure similar but distinct alterations affecting the same life domains. The DSO scale also presented stronger correlations than the PTSD scale with measures of childhood cumulative trauma and life satisfaction, although no statistical differences were found between the strengths of these correlations using Steiger's Z test. These correlations were of weak

strength, which is coherent with the fact that the ITQ does not measure these constructs directly, which represent associated features of CPTSD. It should be kept in mind that testing the statistical differences between the strength of correlations is a conservative approach requiring high power, especially within a community sample. Moreover, our life satisfaction measures differed from measures used in previous studies—which instead focused on functional impairment or well-being—perhaps lacking the necessary specificity for significant results to emerge. Regarding cumulative trauma, a national survey indicated that adverse childhood experiences (e.g., psychological abuse and neglect) were equally correlated with PTSD and CPTSD, while traumatic events as defined in the criterion A of DSM-5's PTSD (e.g., childhood physical and sexual abuse) were more strongly associated with CPTSD. Since our measure of cumulative trauma did not make this distinction, these subtleties could not be observed and may explain the non-significance of the results.

Lastly, stronger associations were found between the DSO and IASC subscales. As expected, the DSO's 'affective dysregulation' subscale was more strongly associated with the IASC subscale of affect dysregulation, and the DSO's 'negative self-concept' subscale was more strongly associated with the IASC subscale of identity impairment. For all these preferential associations, the effect size was moderate, indicating that the variables are related, but different. These results highlight the specificity of the ITQ as a measure of CPTSD symptoms, which affect the same life domains as altered self-capacities but in meaningfully different ways. Indeed, CPTSD's 'affective dysregulation' symptoms include both hyper-activation and hypo-activation, whereas the IASC's affect dysregulation subscale only measures hyper-activation. CPTSD's 'relationship' symptoms refer to a tendency to be distrustful and avoid relationships, whereas the IASC's interpersonal conflict subscale measures the tendency to engage in chaotic relationships. Finally, CPTSD's 'negative self-concept' symptoms refer to a sense of self that is negative (and stably so), whereas the IASC's identity impairment subscale refers to a sense of self that is unstable. These important conceptual differences between the IASC and ITQ's DSO subscales might explain why the DSO's 'disturbances in relationships' subscale was more strongly associated with the identity impairments subscale rather than with the IASC of interpersonal conflict. The constructs measured by the IASC's interpersonal conflict subscale and the ITQ's 'relationship' subscale might be so different that, even if they affect the same life domain, only a correlation of small effect size was observed. Overall,

the results indicate that the French version of the ITQ is precise in its measure of DSO symptoms, demonstrating its relevance in measuring complex trauma symptomatology as specifically defined by the ICD-11.

Practical implications

This study falls within a worldwide research and clinical interest in the newly recognized CPTSD diagnosis. By suggesting a psychometrically valid French translation of the ITQ, this study seeks to facilitate the continuation of these investigations in French-speaking populations. Since more studies are needed to eventually include CPTSD in the next DSM version or encourage the use of ICD-11's CPTSD among clinicians, it is useful to have a brief self-reported measure of CPTSD translated in many languages, and specifically in French with the present study. Results replicated the recognized factorial organization of CPTSD symptoms, as measured by the ITQ, thus suggesting, along with other studies (see the review by Brewin et al., 2017), that the symptoms identified in the ICD-11 are nested in scientific evidence. This study stands out by its meticulous examination of the French ITQ convergent validity, especially in its exploration of the DSO subscales. By showing an association between CPTSD symptoms and measures of childhood cumulative trauma, altered self-capacities and life satisfaction, the present results highlight the relevance of CPTSD to explain the sequelae of trauma and the substantial impact of CPTSD symptoms on survivors' well-being. Therefore, our results further emphasize the importance of developing a strong conceptualization of CPTSD and effective evidence-based treatments for clients suffering for CPTSD.

Limitations and future studies

Although this study presents important contributions, results should be appreciated in the context of its limits. First, it would be relevant to include adulthood trauma, as well as childhood trauma, as a measure of convergent validity, since adulthood trauma—especially of chronic or sustained nature—are also posited to predict the development of CPTSD symptomatology (Herman, 1992). Second, the measure was answered via a phone interview, rather than in the originally intended paper-and-pencil format, potentially inducing a social desirability bias. It must be noted that the interviewers simply read the items and gave no other instructions than those specified in the French

version of the ITQ. Moreover, while validating the questionnaire in a community sample opens the door to the use of the French version of the ITQ in community samples, future studies could benefit from replicating the results in a clinical sample presenting higher levels of symptomatology. Plus, although the sample used in this study showed strong similarities with the general population of Quebec and Canada (e.g., regarding age, sexual orientation, employment status), it also showed higher levels of education, income, and romantic involvement. Because relationship difficulties are an integral part of CPTSD (World Health Organization, 2019), it is conceivable that including participants engaged in a romantic relationship may have resulted in higher levels of functioning in our sample, which is also coherent with their higher levels of education and income. To widen the generalization of the results, future research should replicate them in more diversified samples, examining whether the ITQ has differential validity in different populations (e.g., different socioeconomic groups). Results should also be replicated in other French-speaking populations (e.g., in Europe, Africa), with some modifications perhaps being useful to better match the vernacular of specific regions. As an example, a French of France version of the ITQ with slightly different formulations was developed but has yet to be validated. Finally, by highlighting the conceptual distinctions between both items measuring ‘affective dysregulation’, this study opens the door to eventually expand the ITQ to include distinct hypo- and hyper-activation subscales, perhaps by including additional items (see Cloitre et al., 2018).

Conclusion

In conclusion, our study aimed to examine the French version of the ITQ’s psychometric properties. The findings suggest that the French ITQ is a valid measure of ICD-11 PTSD and CPTSD, as indicated by satisfactory factorial validity, internal consistency, and convergent validity. In the context of a growing interest in the diagnosis of CPTSD and its recent inclusion into the ICD-11 (World Health Organization, 2019), having access to a brief, validated measure of CPTSD is worthwhile. Future research could explore the French ITQ’s properties in other French-speaking population and perhaps expand its ‘affective dysregulation’ subscale to reflect the opposing constructs it measures. Hopefully, the French ITQ can represent a useful tool for researchers and clinicians from the Francophonie aiming to expand knowledge in the field CPTSD.

Funding: This work was supported by the Canada Institutes of Health Research [grant number 365320]; and the Interdisciplinary Research Centre on Intimate Relationship Problems and Sexual Abuse.

Declarations of interest: none.

References

- Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K., & Sareen, J. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *Canadian Medical Association journal*, *186*(9), E324–E332. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131792>
- Bigras, N., & Godbout, N. (2020). Validation francophone de l’Inventaire des capacités du soi altérées au sein d’adultes de la communauté et d’un échantillon clinique [French validation of the Inventory of Altered Self-Capacities in adults from the community and a clinical sample]. *Canadian Journal of Behavioral Sciences/Revue Canadienne des sciences du comportement*, *52*(4), 285–298. <https://doi.org/10.1037/cbs0000177>
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale" [Satisfaction with Life Scale: French-Canadian Validation of the “Satisfaction With Life Scale”]. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *21*(2), 210-223. <http://dx.doi.org/10.1037/h0079854>
- Bolduc, R., Bigras, N., Daspe, M. È., Hébert, M., & Godbout, N. (2018). Childhood cumulative trauma and depressive symptoms in adulthood: The role of mindfulness and dissociation. *Mindfulness*, *9*(5), 1594-1603. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0906-3>
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical psychology review*, *58*, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Briere, J. (2000). *Inventory of Altered Self Capacities (IASC)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. In J. Meyers, L. Berliner, J. Briere, C. Hendrix, C. Jenny, & T. Reid (Eds.), *The APSAC handbook of child maltreatment* (2nd ed., pp. 175-203). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cloitre, M., Hyland, P., Prins, A., & Shevlin, M. (2021). The international trauma questionnaire (ITQ) measures reliable and clinically significant treatment-related change in PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1930961. doi: 10.1080/20008198.2021.1930961
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in the United States: A population-based study. *Journal of Traumatic Stress*, *32*(6), 833-842. <https://doi.org/10.1002/jts.22454>

- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *138*(6), 536-546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cyr, G., Godbout, N., Cloitre, M. & Bélanger, C. (2022). Distinguishing Among Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder, Complex Posttraumatic Stress Disorder, and Borderline Personality Disorder in a Community Sample of Women. *Journal of Traumatic Stress*, *35*, 186-196. <https://doi.org/10.1002/jts.22719>
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, *49*(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Godbout, N., Bigras, N., & Sabourin, S. (2017). Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ). Unpublished document. Department of Sexology, University of Quebec in Montreal.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *5*(3), 377-391. doi: 10.1002/jts.2490050305
- Ho, G. W. K., Karatzias, T., Cloitre, M., Chan, A. C. Y., Bressington, D., Chien, W. T., ... Shevlin, M. (2019). Translation and validation of the Chinese ICD-11 International Trauma Questionnaire (ITQ) for the Assessment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD). *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1), 1608718. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1608718>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *6*(1), 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., Karatzias, T., Bisson, J. I., & Roberts, N. P. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *136*(3), 313-322. doi: 10.1111/acps.12771
- Hyland, P., Vallières, F., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Olf, M., Murphy, J., & Shevlin, M. (2021). Trauma, PTSD, and complex PTSD in the Republic of Ireland: prevalence, service use, comorbidity, and risk factors. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *56*(4), 649-658. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01912-x>
- IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Roberts, N. P., & Brewin, C. R. (2018). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European journal of psychotraumatology*, *8*, 1-6. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1418103>

- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., ... Cloitre, M. (2016). An initial psychometric assessment of an ICD-11 based measure of PTSD and complex PTSD (ICD-TQ): Evidence of construct validity. *Journal of Anxiety Disorders, 44*, 73–79. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.009>
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York, NY: Guilford Publications.
- Lee, I. A., & Preacher, K. J. (2013, September). Calculation for the test of the difference between two dependent correlations with one variable in common [Computer software]. Retrieved from <http://quantpsy.org>.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., Rousseau, C., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissnecker, I., Wessely, S. C., First, M. B., & Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry, 12*(3), 198–206. <http://doi.org/10.1002/wps.20057>
- Murphy, D., Shevlin, M., Pearson, E., Greenberg, N., Wessely, S., Busuttill, W., & Karatzias, T. (2020). A validation study of the International Trauma Questionnaire to assess post-traumatic stress disorder in treatment-seeking veterans. *The British Journal of Psychiatry, 216*(3), 132–137. doi:10.1192/bjp.2020.9.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2015). *Mplus user's guide*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Pavot, W., & Diener, E. (2013). The Satisfaction with Life Scale (SWL). Measurement Instrument Database for the Social Science. Retrieved from www.midss.ie
- Raftery, A. E. (1995). Bayesian model selection in social research. *Sociological methodology, 25*, 111-163. doi: 10.2307/271063
- Raykov, T. (1997). Estimation of composite reliability for congeneric measures. *Applied Psychological Measurement, 21*(2), 173-184. <https://doi.org/10.1177/01466216970212006>
- Redican, E., Nolan, E., Hyland, P., Cloitre, M., McBride, O., Karatzias, T., Murphy, J., & Shevlin, M. (2021). A systematic literature review of factor analytic and mixture models of ICD-11 PTSD and CPTSD using the International Trauma Questionnaire. *Journal of anxiety disorders, 1-17*. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102381>
- Sele, P., Hoffart, A., Bækkelund, H., & Øktedalen, T. (2020). Psychometric properties of the International Trauma Questionnaire (ITQ) examined in a Norwegian trauma-exposed clinical sample. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1796187>
- Statistics Canada. (2021). A statistical portrait of Canada's diverse LGBTQ2+ communities. No. 11-001-X, Version updated June 2021.

- Steiger, J. H. (1980). Tests for comparing elements of a correlation matrix. *Psychological Bulletin*, 87(2), 245-251. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.87.2.245>
- Terpou, B. A., Harricharan, S., McKinnon, M. C., Frewen, P., Jetly, R., & Lanius, R. A. (2019). The effects of trauma on brain and body: A unifying role for the midbrain periaqueductal gray. *Journal of neuroscience research*, 97(9), 1110-1140. <https://doi.org/10.1002/jnr.24447>
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française [Toward a methodology for the transcultural validation of psychological questionnaires: Implications for research in the French language]. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 30(4), 662-680. <http://dx.doi.org/10.1037/h0079856>
- Vallièrès, F., Ceannt, R., Daccache, F., Abou Daher, R., Sleiman, J., Gilmore, B., & Hyland, P. (2018). ICD-11 PTSD and complex PTSD amongst Syrian refugees in Lebanon: the factor structure and the clinical utility of the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 547–557. doi:10.1111/acps.12973.
- World Health Organization (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th Revision). Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Vang, M. L., Dokkedahl, S. B., Løkkegaard, S. S., Jakobsen, A. V., Møller, L., Auning-Hansen, M. A., & Elklit, A. (2021). Validation of ICD-11 PTSD and DSO using the International Trauma Questionnaire in five clinical samples recruited in Denmark. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1894806>
- Yuan, K. H., & Bentler, P. M. (2000). Three likelihood based methods for mean and covariance structure analysis with nonnormal missing data. *Sociological Methodology*, 30(1), 165–200. <https://doi.org/10.1111/0081-1750.00078>

Table 1.1 Fit indices for all CFA models tested

	$\chi^2(df)$	RMSEA (90% CI)	SRMR	CFI	TLI	BIC
Model 1	571.460(55)***	.167(.155-.180)	.144	.608	.529	9537
Model 2	303.457(53)***	.119 (.106-.132)	.078	.810	.763	9091
Model 3	69.792(39)**	.049(.029-.067)	.028	.977	.960	8824
Model 4	150.279(48)***	.080(.066-.094)	.066	.922	.893	8895
Model 5	79.379(47)**	.045(.027-.062)	.034	.975	.965	8792

χ^2 = chi-square goodness of fit statistic, df = degrees of freedom, RMSEA = root mean square error of approximation, SRMR = standardized square root mean estimate, CFI = comparative fit index, BIC = Bayesian information criteria

Chosen solution (Model 5) is in bold

** $p < .01$, *** $p < .001$

Table 1.2 Standardized first- and second-order factor loadings for Model 5

	Items	2 nd order factor	1st order factor						
			Re	Av	TH	AD	NSC	DR	
1 st order factor loading	Re1		.807***						
	Re2		.800***						
	Av1			.946***					
	Av2			.790***					
	TH1				.865***				
	TH2				.800***				
	AD1					.441***			
	AD2					.484***			
	NSC1						.942***		
	NSC2						.916***		
	DR1							.894***	
	DR2							.828***	
	2 nd order factor loading	PTSD		.843***	.903***	.839***			
		DSO					1.121***	.913***	.756***

PTSD = post-traumatic stress disorder, DSO = disorders in self-organization, Re = ‘re-experiencing’, Av = ‘avoidance’, TH = ‘sense of threat’, AD = ‘affective dysregulation’, DR = ‘disturbances in relationships’, NSC = ‘negative self-concept’

*** $p < .001$

Table 1.3 Pearson’s correlations and Steiger’s Z tests for the associations between the ITQ and related variables

		Correlations					Steiger's Z test ^a		
	ITQ	CCTQ	AD	IC	II	SLS	AD v. II	II v. IC	AD v. IC
PTSD		.305***	.372***	.320***	.412***	-.407***			
	Re	.245***	.308***	.271***	.352***	-.318***			
	Av	.289***	.307***	.262***	.364***	-.342***			
	TH	.256***	.345***	.293***	.350***	-.388***			
DSO		.366***	.496***	.439***	.611***	-.492***			
	AD	.298***	.516***	.337***	.481***	-.361***	1.016 ^{ns}	3.249**	4.480***
	NSC	.297***	.393***	.365***	.516***	-.473***	3.479**	3.483**	.674 ^{ns}
	DR	.323***	.357***	.398***	.537***	-.404***	5.103***	3.268**	.986 ^{ns}
Steiger's Z test	PTSD v. DSO	1.290 ^{ns}	2.786**	4.811***	2.582**	2.926 ^{ns}			

PTSD = post-traumatic stress disorder, DSO = disorders in self-organization, CCTQ = childhood cumulative trauma questionnaire, AD = affect dysregulation, IC = interpersonal conflict, II = identity impairment, SLS = Satisfaction with life scale, Re = ‘re-experiencing’, Av = ‘avoidance’, TH = ‘sense of threat’, AD = ‘affective dysregulation’, DR = ‘disturbances in relationships’, NSC = ‘negative self-concept’

^{ns}non significant, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

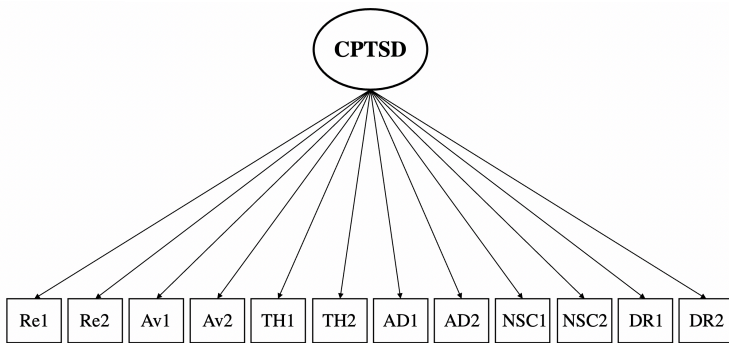
^aBonferroni-corrected p -values

Table 1.4 Original English items and translated French items

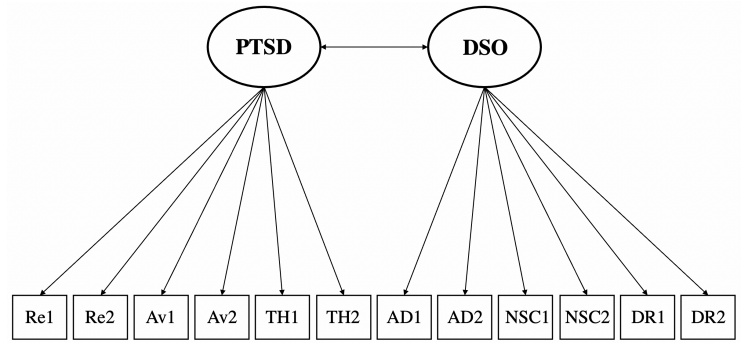
	Original English items	Translated French items
Re1	Having upsetting dreams that replay part of the experience or are clearly related to the experience?	Avoir des rêves perturbants dans lesquels se rejoue une partie de l'expérience ou qui sont clairement en lien avec l'expérience?
Re2	Having powerful images or memories that sometimes come into your mind in which you feel the experience is happening again in the here and now?	Avoir des images ou des souvenirs forts qui vous viennent à l'esprit, comme si l'expérience se passait à nouveau ici et maintenant?
Av1	Avoiding internal reminders of the experience (for example, thoughts, feelings, or physical sensations)?	Éviter les rappels internes de l'expérience (ex., pensées, sentiments ou sensations physiques)?
Av2	Avoiding external reminders of the experience (for example, people, places, conversations, objects, activities, or situations)?	Éviter les rappels externes de l'expérience (ex., personnes, lieux, conversations, objets, activités ou situations)?
TH1	Being "super-alert", watchful, or on guard?	Être « super-alerte », vigilant ou sur ses gardes?
TH2	Feeling jumpy or easily startled?	Vous sentir « sur les nerfs » ou sursauter facilement?
AD1	When I am upset, it takes me a long time to calm down.	Quand je suis bouleversé, ça me prend beaucoup de temps pour me calmer.
AD2	I feel numb or emotionally shut down.	J'ai l'impression d'être insensible ou émotionnellement éteint.
NSC1	I feel like a failure.	J'ai l'impression d'être un échec.
NSC2	I feel worthless.	J'ai l'impression que je ne vauds rien.
DR1	I feel distant or cut off from people.	Je me sens distant ou coupé des autres.
DR2	I find it hard to stay emotionally close to people.	Je trouve difficile de rester proche des autres émotionnellement.

Re= 're-experiencing', Av = 'avoidance', TH = 'sense of threat', AD = 'affective dysregulation', DR = 'disturbances in relationships', NSC = 'negative self-concept'

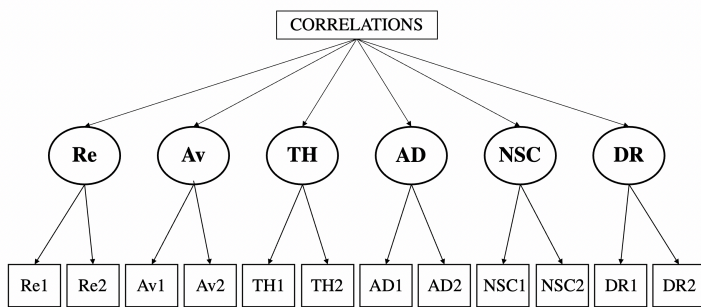
Figure 1.1 Five alternative models for the ITQ's factor structure



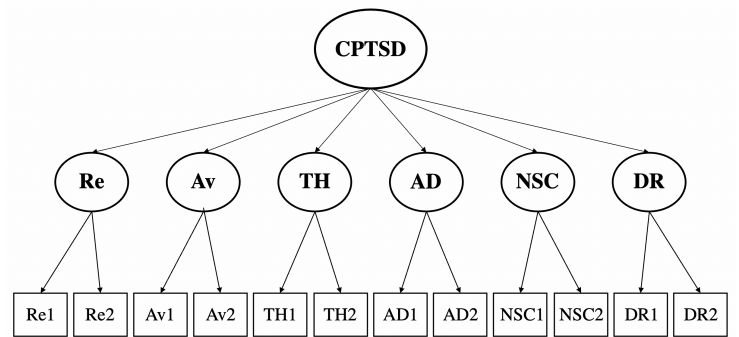
Model 1: One-factor first-order model



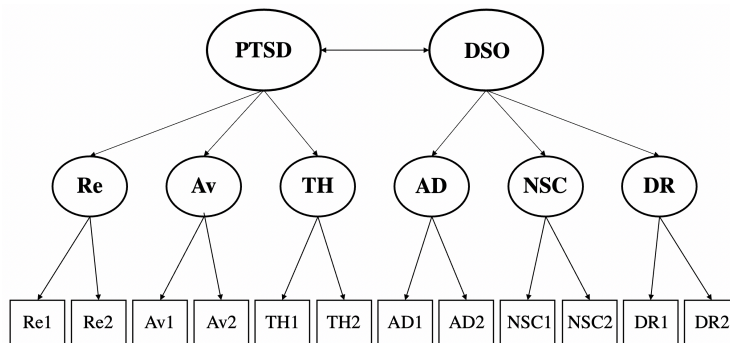
Model 2: Two-factors first-order model



Model 3: Six-factors first-order model



Model 4: One-factor second-order model, measured by six first-order factors



Model 5: Two-factors second-order model, each measured by three first-order factors

PTSD = post-traumatic stress disorder, DSO = disorders in self-organization, Re = 're-experiencing', Av = 'avoidance', TH = 'sense of threat', AD = 'affective dysregulation', DR = 'disturbances in relationships', NSC = 'negative self-concept'

Supplementary Material

Table 1.5 Standardized first-order factor loadings and unstandardized correlations for Model 3

	Items	1 st order factor	1st order factor					
			Re	Av	TH	AD	NSC	DR
1 st order factor loading	Re1		.817***					
	Re2		.791***					
	Av1			.950***				
	Av2			.786***				
	TH1				.863***			
	TH2				.801***			
	AD1					.438***		
	AD2					.487***		
	NSC1						.937***	
	NSC2						.920***	
	DR1							.898***
	DR2							.825***
Correlations		Re		.487***	.456***	.171***	.226***	.335***
			Av		.581***	.243***	.314***	.424***
				TH		.311***	.354***	.433***
					AD		.282***	.377***
						NSC		.465***
							DR	

PTSD = post-traumatic stress disorder, DSO = disorders in self-organization, Re = ‘re-experiencing’, Av = ‘avoidance’, TH = ‘sense of threat’, AD = ‘affective dysregulation’, DR = ‘disturbances in relationships’, NSC = ‘negative self-concept’

*** $p < .001$

Appendix 1

French version of the International Trauma Questionnaire with scoring instructions

Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes ou de symptômes parfois rapportés par les personnes qui ont vécu un événement stressant ou traumatique. S'il vous plait lire chaque item attentivement, puis entourer le chiffre à droite qui indique le mieux à quel point vous avez été dérangé par ce problème au cours du dernier mois.

<i>À quel point est-ce vrai de vous ?</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
P1. Avoir des rêves perturbants dans lesquels se rejoue une partie de l'expérience ou qui sont clairement en lien avec l'expérience ?	0	1	2	3	4
P2. Avoir des images ou des souvenirs forts qui vous viennent à l'esprit, comme si l'expérience se passait à nouveau ici et maintenant ?	0	1	2	3	4
P3. Éviter les rappels internes de l'expérience (ex., pensées, sentiments ou sensations physiques) ?	0	1	2	3	4
P4. Éviter les rappels externes de l'expérience (ex., personnes, lieux, conversations, objets, activités ou situations) ?	0	1	2	3	4
P5. Être « super-alerte », vigilant ou sur ses gardes ?	0	1	2	3	4
P6. Vous sentir « sur les nerfs » ou sursauter facilement ?	0	1	2	3	4

Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes ou de symptômes parfois rapportés par les personnes qui ont vécu un événement stressant ou traumatique. Les questions font référence à votre manière typique de vous sentir, de vous percevoir et d'entrer en relation avec les autres. Répondez aux items suivants en notant à quel point chacun est vrai pour vous.

<i>À quel point est-ce vrai de vous ?</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
C1. Quand je suis bouleversé, ça me prend beaucoup de temps pour me calmer.	0	1	2	3	4
C2. J'ai l'impression d'être insensible ou émotionnellement éteint.	0	1	2	3	4
C3. J'ai l'impression d'être un échec.	0	1	2	3	4
C4. J'ai l'impression que je ne vauds rien.	0	1	2	3	4
C5. Je me sens distant ou coupé des autres.	0	1	2	3	4
C6. Je trouve difficile de rester proche des autres émotionnellement.	0	1	2	3	4

1. Cotation diagnostic du TSPT et du TSPT-C

TSPT

Si P1 ou P2 \geq 2, présence d'intrusion (Int_dx)

Si P3 ou P4 \geq 2, présence d'évitement (Evi_dx)

Si P5 ou P6 \geq 2, présence d'activation (Act_dx)

ET

Au moins un parmi P7, P8, ou P9 \geq 2, présence d'altération fonctionnelle liée au TSPT (TSPTAF)

Si présence de 'Int_dx' ET 'Evi_dx' ET 'Act_dx' ET 'TSPTAF', les critères du TSPT sont remplis.

TSPT-C

Si C1 ou C2 \geq 2, présence de difficultés de régulation émotionnelle (DRE_dx)

Si C3 ou C4 \geq 2, présence de concept de soi négatif (CSN_dx)

Si C5 ou C6 \geq 2, présence de perturbations relationnelles (PR_dx)

ET

Au moins un parmi C7, C8, or C9 \geq 2m présence d'altération fonctionnelle liée au POS (POSAF)

Si présence de 'DRE_dx' ET 'CSN_dx' ET 'PR_dx' ET 'POSAF', les critères du POS sont remplis.

Le TSPT est diagnostiqué si les critères du TSPT sont remplis, mais les critères du POS ne sont PAS remplis.

Le TSPT-C est diagnostiqué si les critères du TSPT sont remplis ET les critères du POS sont remplis.

Aucun diagnostic n'est posé si les critères du TSPT ne sont pas remplis, même si les critères du POS seulement sont remplis.

2. Cotation continue du TSPT et du TSPT-C

Les scores peuvent être calculés pour chaque dimension de symptômes du TSPT et du POS, et peuvent être additionnées pour produire des scores totaux de TSPT et de POS

TSPT

Somme des scores aux échelles de Likert pour P1 et P2 = Intrusion (Int)

Somme des scores aux échelles de Likert pour P3 et P4 = Évitement (Evi)

Somme des scores aux échelles de Likert pour P5 et P6 = Activation (Act)

Score de TSPT = Somme de Int, Evi et Act

POS

Somme des scores aux échelles de Likert pour C1 et C2 = difficultés de régulation émotionnelle (DRE)

Somme des scores aux échelles de Likert pour C3 et C4 = concept de soi négatif (CSN)

Somme des scores aux échelles de Likert pour C5 et C6 = perturbations relationnelles (PR)

Score de POS = Somme de DRE, CSN et PR

CHAPITRE III

Distinguishing Among Symptoms Of Posttraumatic Stress Disorder, Complex Posttraumatic Stress Disorder, And Borderline Personality Disorder In A Community Sample Of Women (Article 2)

Publié en 2022 dans la revue *Journal of Traumatic Stress* [Virtual Special Issue on Complex PTSD: Classical and Cutting-Edge Perspectives], 35(1), 186-196. doi: 10.1002/jts.22719

Distinguishing among Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder, Complex Posttraumatic Stress Disorder, and Borderline Personality Disorder in a Community Sample of Women

Gaëlle Cyr¹, Natacha Godbout², Marylene Cloitre,³ & Claude Bélanger¹

¹Department of Psychology, University of Quebec in Montreal, Montreal, Canada


²Department of Sexology, University of Quebec in Montreal, Montreal, Canada

³Dissemination and Training Division, National Center for PTSD, Menlo Park, California, USA

Author Note

Gaëlle Cyr  <https://orcid.org/0000-0001-7308-9905>

Natacha Godbout  <https://orcid.org/0000-0002-2997-5237>

Marylene Cloitre  <https://orcid.org/0000-0001-8029-1570>

The present work was funded by the Canada Institutes of Health Research (CIHR; 365320) and The Interdisciplinary Research Centre on Intimate Relationship Problems and Sexual Abuse. The authors have no conflict of interest to disclose.

Correspondence concerning this paper should be addressed to Natacha Godbout, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal, 455, René-Levesque E, Room W-R165, Montreal, QC, Canada, H2L 4Y2. E-mail: godbout.natacha@uqam.ca

Abstract

The diagnosis of complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) was included in the *ICD-11* in 2018. Debates are still ongoing in the scientific community regarding the conceptual distinction between CPTSD symptoms and those of comorbid PTSD and borderline personality disorder (BPD). The present study aimed to determine whether (a) patterns of symptoms reported by women in a community sample would reveal a CPTSD profile distinct from PTSD and BPD profiles and (b) the resulting profiles could be compared on measures of cumulative childhood trauma exposure, dissociation, and life satisfaction. Women who reported at least one potentially traumatic experience ($N = 438$) completed questionnaires assessing PTSD, CPTSD, and BPD symptoms. We performed latent profile analyses testing seven models, with the five-profile model emerging as the most appropriate solution. The profiles were characterized as “high PTSD symptoms” (12.0%), “high CPTSD symptoms” (7.6%), “high BPD symptoms” (9.9%), “high CPTSD and BPD symptoms” (3.8%), and “low symptoms” (66.7%). Group comparisons revealed that the profiles characterized by high CPTSD symptoms, high BPD symptoms, and high CPTSD and BPD symptoms tended to include participants with higher levels of cumulative childhood trauma exposure and symptoms of dissociation and lower ratings of life satisfaction compared to the profiles characterized by high PTSD symptoms and low symptoms, $d_s = 0.55$ – 1.06 . These findings support the distinction between *ICD-11* CPTSD symptoms and those of PTSD and BPD, promoting an integrative approach to understanding trauma sequelae, diagnosis, and treatment.

Keywords: Complex PTSD; Personality Disorder; Comorbidity; ICD; DSM; Diagnosis; Dissociation; Quality of life/functioning.

Introduction

In 2018, the World Health Organization (WHO) included the diagnosis of complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) into the 11th revision of the *International Classification of Diseases (ICD-11)*. This diagnosis builds upon the core *ICD-11* posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of reexperiencing a traumatic event or events in the present via memories; flashbacks or nightmares; avoidance of thoughts, memories, activities, or people associated with the traumatic event; and “persistent perceptions of heightened current threat” (e.g., hypervigilance or enhanced startle response; World Health Organization, 2019). Additional symptoms that specifically characterize CPTSD are referred to as “disturbances in self-organization” (DSO) and include problems in affect regulation, difficulties in sustaining relationships and feeling close to others, and beliefs about oneself as diminished, defeated, or worthless along with feelings of shame, guilt, or failure (World Health Organization, 2019). In both PTSD and CPTSD, symptoms are associated with important functional impairments (World Health Organization, 2019). However, CPTSD has yet to be included in the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* despite the proposition of a similar diagnosis (i.e., developmental trauma disorder) by van der Kolk and colleagues (2009).

To palliate criticisms of PTSD as too narrow to represent the multidimensional experience of survivors of cumulative childhood trauma, the American Psychological Association (APA; 2013) went in another direction, adding a new cluster of symptoms to the existing PTSD diagnosis in the *DSM-5*: negative alterations in cognitions and mood (NACM). Some authors have noted a conceptual overlap between this new symptom cluster and the DSO symptoms in the *ICD-11* CPTSD criteria (Landy et al., 2015); however, to our knowledge, this has yet to be explored empirically. Although this new symptom cluster shows an aspiration to include a broader range of trauma reactions in the PTSD diagnosis (see Zoellner et al., 2013, for more information on changes in the PTSD criteria between *DSM-IV* and *DSM-5*), its introduction was not met without criticism. Experts have raised concerns regarding this cluster’s lack of focus and specificity as well as the potential it could increase heterogeneity within PTSD patients and comorbidity with other disorders (Brewin et al., 2013; Zoellner et al., 2013).

A key controversy in the domain of CPTSD concerns its conceptual distinction with borderline personality disorder (BPD; e.g., Macintosh et al., 2015). In the *DSM-5*, BPD features nine diagnostic criteria: emotional instability, impulsivity, suicidal or self-harming behaviors or threats, inappropriate or intense anger or difficulty controlling anger, unstable interpersonal relationships, frantic efforts to avoid abandonment, identity disturbance, chronic feelings of emptiness, and transient stress-related paranoid ideation or severe dissociative symptoms. These symptoms are associated with important functional impairments (American Psychological Association, 2013). There is a connection between these symptoms and those of CPTSD, with the same life domains (i.e., affect regulation, relationships, and beliefs about oneself) typically affected (see Macintosh et al., 2015). Resick and colleagues (2012) even suggested that all BPD symptoms except those related to suicide and fear of abandonment could be interpreted as overlapping with CPTSD symptoms. In addition, although no research has yet established a causal association between trauma exposure and BPD (Ball & Links, 2009), up to 97% of BPD patients report having experienced childhood trauma (Temes et al., 2017). Findings from neurological studies (Cattane et al., 2017) have shown that brain alterations associated with childhood trauma, such as those that affect the hypothalamic–pituitary–adrenal axis, are risk factors to the development of BPD. Moreover, dissociation has been associated with CPTSD (Hyland et al., 2019) and BPD alike (Scalabrini et al., 2017). These analogies have prompted some authors to suggest the reclassification of BPD as a trauma-related disorder (Lewis & Grenyer, 2009).

Other experts in the field have maintained that CPTSD and BPD can be distinguished and that both diagnoses are relevant for a nuanced understanding of the heterogeneous clinical portraits of survivors of cumulative childhood trauma. Although overlap in the life domains affected by BPD and CPTSD does exist, qualitative differences remain. The general diagnostic criteria specify that BPD traits should be pervasive and present in a variety of contexts since early adulthood, whereas CPTSD symptoms should arise following one or more traumatic events (American Psychological Association, 2013; World Health Organization, 2019). On one hand, similar affect alterations are observed in BPD and CPTSD, with high emotional reactivity and dissociation in the foreground (Brewin et al., 2017). On the other hand, however, anger and suicidal and self-harm behaviors, albeit sometimes present in CPTSD, are more central to BPD (Cloitre et al., 2014). Moreover, whereas alterations in identity and relationships in BPD are characterized by a view of oneself and

others alternating between extremely positive (i.e., idealization) and negative (i.e., devaluation) poles, CPTSD patients have a consistently negative self-concept and tend to be consistently distrustful toward others (Cloitre et al., 2011). As Ford and Courtois (2014, p. 4) summarized, “hypervigilance related to being harmed” would be at the core of CPTSD, whereas “extreme sensitivity (which may take the form of hypervigilance) to perceiving oneself as being abandoned” would be at the core of BPD.

To date, four empirical studies of which we are aware have investigated whether BPD and CPTSD symptoms can be distinguished. Cloitre and colleagues (2014) used latent class analyses (LCAs) to examine how treatment-seeking sexual abuse survivors could be grouped according to their symptoms. The authors observed four distinct groups, characterized by CPTSD symptoms; BPD symptoms, also presenting certain posttraumatic symptoms; PTSD symptoms; and low symptom levels, respectively. More recently, Jowett et al. (2019) found three groups characterized by PTSD symptoms, CPTSD and high BPD symptoms, and CPTSD and moderate BPD symptoms. The only study to use this method in a community sample was conducted by Frost and colleagues (2018), who observed five distinct groups in a sample of sexual assault survivors, with groups characterized by CPTSD symptoms, PTSD symptoms, PTSD and BPD symptoms, CPTSD and BPD symptoms, and low symptom levels. Two of these studies have found a CPTSD class distinct from BPD symptoms, corroborating the theoretically postulated distinction between these disorders. However, none of the studies has observed a BPD class free of posttraumatic stress symptoms, which could be due to the use of clinical and/or highly traumatized samples. Indeed, a network analysis by Knefel et al. (2016) showed that PTSD and DSO symptoms were highly connected to each other but not to BPD symptoms.

The current study aimed to determine whether patterns of symptoms reported by women from the community who experienced at least one potentially traumatic event would reveal a CPTSD profile distinct from PTSD and BPD profiles. To our knowledge, this was the first time this question was explored in a sample that was neither clinical nor highly traumatized; moreover, this was the first study to take into account the contribution of the *DSM-5* NACM symptom cluster. Given that the *DSM-5* PTSD diagnostic criteria, including the NACM cluster, is broadly used, the inclusion of this category of symptoms in a study aiming to examine profiles related to CPTSD, PTSD, and BPD appeared crucial. Per the results from past studies, we hypothesized that the following profiles

would emerge, with the repartition of participants between profiles akin to the prevalence found in the general population: (a) a “high PTSD symptoms” profile, characterized by high scores on measures of PTSD symptoms and low levels of DSO symptoms; (b) a “high CPTSD symptoms” profile, characterized by high scores on measures of both PTSD and DSO symptoms; (c) a “high BPD symptoms” profile, characterized by high scores on measures of BPD symptoms; (d) a “high CPTSD and BPD symptoms” profile, characterized by high scores on all symptom measures; and (e) a “low symptoms” profile, characterized by low scores on all symptom measures. We also aimed to explore how *DSM-5* NACM symptoms would relate to *ICD-11* DSO symptoms by exploring whether NACM symptoms would bring new information to the profiles or correlate with DSO symptoms, showing a redundancy. Finally, the current study examined whether the resulting profiles differed on measures of childhood cumulative trauma, dissociation, and life satisfaction. We hypothesized that participants in the high CPTSD symptoms, high BPD symptoms, and high CPTSD and BPD symptoms groups would present higher levels of childhood cumulative trauma and dissociation than those in the low symptoms and high PTSD symptoms profiles. We also hypothesized that participants categorized in the low symptoms profile would present higher levels of life satisfaction compared to those in all other profiles.

Method

Participants and Procedure

The present study included a community sample of 438 women from Quebec, Canada. Participants were randomly recruited by a survey firm from the population of telephone-owning adults in the province of Quebec between January 2018 and March 2018. Trained and experienced interviewers administered the questionnaires over the phone. Participants were presented with a detailed consent form and gave their verbal consent before starting the study. Individuals received \$10 (CDN) in compensation. The study was approved by the University of Quebec in Montreal’s ethics committee. The inclusion criteria were: being an adult woman (i.e., 18 years of age or older), residing in Quebec, being in a relationship, and being able to understand French. Participants also reported at least one potentially traumatic experience in childhood or adulthood, as this was a prerequisite for completion of the PTSD measure. The following gateway question was used: “Please indicate the experience that disturbs you most and answer the following questions in regard

to this experience;” this question was accompanied by a list of eight different types of potentially traumatic experiences, including sexual violence, physical violence, neglect, witnessing violence, bullying, parental mental illness or addiction, death of a close one, and natural catastrophe or accident, as well as the choices “other” and “none.” Participants who endorsed “none” were not presented with the PTSD measure.

Participants ranged in age from 18 to 84 years ($M = 48.8$, $SD = 12.8$). Most participants were born in Canada (92.7%), and 92.7% of the sample spoke French as a first language, with 2.5% reporting their first language as English and 4.8% reporting “other.” The majority of participants reported identifying as heterosexual (94.5%), with 2.7% identifying as homosexual, 2.5% as bisexual, and 0.2% as another sexual orientation. Most participants were parents (84.0%); the mean number of children was 1.9 children ($SD = 1.3$). All participants were in a relationship, with 1.4% reporting that they were dating their significant other, 41.3% reporting a common-law marriage or cohabitation, and 57.3% reporting being married, with a mean relationship length for all participants of 22 years ($SD = 14$). Participants were mostly full-time workers (46.3%) or retired (23.7%), with 13.7% working part-time; in addition, 4.1% were students, 1.8% were unemployed, and 10.3% selected ‘other’ on this question. The annual personal income was less than \$20,000 for 15.8% of the sample, \$20,000 to \$39,999 for 29.0%, \$40,000 to \$59,999 for 26.9%, and more than 59,999% for 28.4%. Most participants obtained a college or professional degree (42%) or higher (40.9%).

Measures

ICD-11 PTSD and DSO symptoms

To measure *ICD-11* PTSD and DSO symptoms, we used the French-Canadian version of the International Trauma Questionnaire (ITQ; Cloitre et al., 2018). The ITQ is composed of 12 items, each of which is scored on a 5-point Likert scale ranging from 0 (*not at all*) to 4 (*extremely*). The ITQ comprises a PTSD scale composed of Reexperiencing, Avoidance, and Perception of Threat subscales, as well as a DSO scale, which consists of Alterations in Affect, Relationships, and Beliefs About Oneself subscales; each subscale includes two items. Subscale scores were calculated by averaging the scores of its two items (range: 0–4), with higher scores representing higher symptom levels. The endorsement (i.e., score of 2 or above) of at least one item from each PTSD subscale is

indicative of PTSD, whereas the endorsement of at least one symptom from each PTSD and DSO subscale is indicative of CPTSD (Cloitre et al., 2018). Validation studies of the original English version of the ITQ have revealed that its scores present good psychometric properties (Hyland et al., 2017; Shevlin et al., 2017). The ITQ has been translated into 24 different languages and dialects, and all versions are publicly available at <https://www.traumameasuresglobal.com/itq>. The French (i.e., Québec) version of the ITQ has been validated and demonstrates good psychometric properties as well (Cyr et al., 2020). Internal consistency was measured by McDonald's omega, a more appropriate measure than Cronbach's alpha for two-items scales (Vaske et al., 2016); a score above .70 suggests good internal consistency, and a score above .90 suggest excellent internal consistency (Béland et al., 2017). In the current study, the internal consistency was good to excellent for all subscales, ω s = .75–.91, except the Affect Regulation subscale, ω = .30, which contains items designed to measure the related but distinct constructs of hyper- (i.e., “When I am upset, it takes me a long time to calm down”) and hypo-arousal (i.e., “I feel numb or emotionally shut down;” Cloitre et al., 2018).

NACM Symptoms

To measure the *DSM-5* NACM symptoms of PTSD, we used the seven-item NACM subscale from the PTSD Checklist for *DSM-5* (PCL-5; Blevins et al., 2015). Each item is scored on a 5-point Likert scale ranging from 0 (*not at all*) to 4 (*extremely*). The mean item score is calculated to create a total score, which ranges from 0 to 4; higher scores indicate more severe symptoms. A score of 2 or higher on at least two items indicates the presence of NACM (Ashbaugh et al., 2016). The French version of the PCL-5 NACM subscale has demonstrated good psychometric properties (Ashbaugh et al., 2016). In the present sample, the internal consistency was very good, Cronbach' α = .89.

BPD symptoms

The 10-item McLean Screening Instrument for borderline personality disorder (MSI; Zanarini et al., 2003) was used to assess BPD symptoms. Each of the nine *DSM-5* BPD criteria is measured via one item, except for the “transient, stress-related, or severe dissociative symptoms” criterion (American Psychological Association, 2013), which is measured using two items. The MIS was back-translated into French by the research team using the method suggested by Vallerand (1989).

Respondents answer each item with a “yes” or “no.” Items were coded as 1 for the presence of symptoms or 0 for the absence of symptoms, then compiled into a continuous BPD score ranging from 0 to 10 symptoms. The endorsement of seven or more items suggests the presence of BPD (Zanarini et al., 2003). The total score of the English version of the questionnaire has demonstrated good psychometric properties (Zanarini et al., 2003). In the present sample, Cronbach’s alpha for the total score was .77.

Childhood Cumulative Trauma Exposure

The French version of the Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ; Godbout et al., 2017) was used to measure childhood cumulative trauma. This 15-item questionnaire is used to assess the incidence of eight different types of traumatic events that the respondent experienced before the age of 18 years (sexual abuse; two items) or in a typical year before age 18: physical abuse (four items), psychological abuse (two items), physical neglect (one item), psychological neglect (three items), witnessing physical violence (one item), witnessing psychological violence (one item), and bullying (one item). Except for the sexual abuse items, which are endorsed in a “yes” or “no” format, each item is scored on a Likert scale ranging from 0 (*never*) to 6 (*every day or almost every day*). Endorsement (i.e., score of 1 or more) of at least one item per scale indicates the presence of the traumatic event. Scores (i.e., 0 or 1) for each trauma type are then compiled into a continuous childhood cumulative trauma score (range: 0–8). The CCTQ total score has demonstrated good internal consistency in past studies (e.g., Bolduc et al., 2018). In the current sample, Cronbach’s alpha for the total score was .87.

Dissociation

The 10-item Dissociation subscale from the French version of the Trauma Symptoms Inventory (TSI; 2nd edition; Briere, 2011) was used to measure dissociation. Items are answered on a 4-point Likert scale ranging from 1 (*never*) to 4 (*often*). A total score is obtained by calculating the sum of all items (range: 10–40), with higher total scores representing higher levels of dissociative symptoms. According to norms established by Briere (2011) that take into account age and gender, scores can be categorized as normal, problematic but subclinical, and clinical. The English (Briere, 2011) and French (Bigras et al., 2015) versions of the TSI Dissociation subscale have demonstrated

good psychometric properties and internal consistency. In the present sample, Cronbach's alpha was .84.

Life Satisfaction

The five-item French version of the Satisfaction with Life Scale (SWLS; Blais et al., 1989) was used to assess participants' life satisfaction. Items are scored on a 7-point Likert scale ranging from 1 (*strongly disagree*) to 7 (*strongly agree*). A total score is obtained by calculating the sum of all items (range: 5–35), with higher scores representing higher degrees of life satisfaction. Established norms allow for the classification of participants' reported life satisfaction (Pavot & Diener, 2013) as extreme dissatisfaction (score of 5–9), dissatisfaction (score of 10–14), slightly below average satisfaction (score of 15–19), average satisfaction (score of 20–24), high satisfaction (score of 25–29), or very high satisfaction (score of 30–35). The total score has demonstrated good psychometric properties (Pavot & Diener, 2013). In the present sample, the internal consistency was excellent, Cronbach's $\alpha = .90$.

Data Analysis

Descriptive statistics were performed using SPSS (Version 24.0; IBM Corp, 2017). To examine our first hypothesis, LPAs were conducted using *Mplus* (Version 7.0; Muthén & Muthén, 2015). LPA is used to uncover relatively homogeneous latent groups based on observed continuous data (i.e., indicator variables; Oberski, 2016). A total of eight continuous indicator variables were entered into the analyses: three *ICD-11* PTSD symptoms (i.e., reexperiencing, avoidance, and perception of threat), one *DSM-5* PTSD symptom (i.e., NACM), three *ICD-11* DSO symptoms (i.e., alterations in affect regulation, relationships, and beliefs about oneself), and one *DSM-5* BPD symptoms score. The reexperiencing, avoidance, perception of threat, affect regulation, relationships, and beliefs about oneself indicator variables were measured using the continuous scores on the respective ITQ subscales, the NACM indicator variable was measured using the continuous score on the PCL-5 NACM subscale, and the BPD indicator variable was measured using the MSIs continuous total score. To facilitate interpretation, all indicator variables were transformed into *z* scores. The profiles were interpreted based on the patterns of indicator variables (i.e., mean scores in each profile and whether they statistically differed from zero at the $p < .05$ level). Missing data (19.0%) were handled

using full-information maximum likelihood as implemented in *Mplus*. Random starts specifications were as follows: 100 initial stages random starts and 20 final stage optimizations.

In total, we tested seven LPA models with two to eight profiles each. As recommended by specialists in the field (Bauer & Curran, 2003; Muthén, 2003; Nylund et al., 2007), solutions were compared according to multiple criteria. The optimal solution should (a) show better model fit than previous solutions, as evidenced by lower Akaike information criteria (AIC; Akaike, 1987), Bayesian information criteria (BIC; Raftery, 1995), and adjusted BIC (aBIC; Sclove, 1987) values as well as significant Lo–Mendell–Rubin adjusted likelihood ratio test (LMR-A; Lo et al., 2001) and bootstrapped likelihood ratio test (BLRT; McLachlan, 1987) *p* values; (b) show well-defined profiles, as evidenced by an entropy value greater than .80 (Wickrama et al., 2016), and a high probability that participants belong in their attributed profile and a low probability that they belong in another profile; (c) not contain profiles with small numbers of participants (e.g., less than 5% of the sample; Leiter & Maslach, 2016; Merz & Roesch, 2011); (d) be theoretically interpretable; and (e) be consistent with past studies and contemporary theoretical frameworks (Dziak et al., 2019). Although LPA does not assume the distribution of indicator variables to be normal (Oberski, 2016), nonnormal distribution may lead to an overestimation of the correct number of profiles by model fit indices (Bauer & Curran, 2003; Morgan et al., 2016). In these cases, Masyn (2013) suggests investigating the plot of BIC values for each model to find an “elbow”; that is, the point where the gain in model fit (i.e., reduction of BIC value) obtained by adding one profile diminishes. Additionally, other criteria, such as parsimony and theoretical interpretability, should be given as much weight as model fit in the choice of a final solution (e.g., Bauer & Curran, 2003; Dziak et al., 2019).

Third, group comparisons were performed using the DE3STEP method integrated into *Mplus* (Muthén & Muthén, 2015) to examine the potential differences between the profiles (i.e., our second hypothesis). The DE3STEP method estimates the means of continuous auxiliary variables (i.e., childhood cumulative trauma, dissociation, and life satisfaction) in each latent profile and uses global and pairwise Wald chi-square tests of statistical significance to compare those means across the latent profiles. We chose this group comparison method because it considers the uncertain probability of each participant’s inclusion in their attributed latent profile (Asparouhov & Muthén, 2014).

Results

Descriptive Analyses

According to the established score cutoffs (see Measures), 18.7% of the sample reported the presence of reexperiencing symptoms ($M = 0.51$, $SD = 0.80$), 18.5% reported avoidance symptoms ($M = 0.57$, $SD = 0.88$), 23.7% reported the presence of perception of threat symptoms ($M = 0.61$, $SD = 0.92$), 20.8% reported NACM symptoms ($M = 0.50$, $SD = 0.71$), 38.4% reported affect regulation symptoms ($M = 0.83$, $SD = 0.71$), 11.8% reported alterations in beliefs about oneself ($M = 0.44$, $SD = 0.75$), and 20.4% reported symptoms related to relationships ($M = 0.64$, $SD = 0.90$). In addition, 8.0% of the sample reached the cutoff score for probable *ICD-11* PTSD, 1.4% reached the cutoff for probable *ICD-11* CPTSD, and 2.1% scored at or above the cutoff for probable *DSM-5* BPD ($M = 1.60$, $SD = 1.83$). All correlations between PTSD, DSO, and BPD symptoms were positive and significant, $r_s = .15-.66$. Scores on the measure of cumulative childhood trauma ranged from 0 to 8 ($M = 3.06$, $SD = 1.97$). The most frequently reported trauma type was psychological neglect (79.5%), followed by bullying (47.7%), witnessing psychological violence between parents (45.9%), psychological violence (42%), sexual abuse (35.4%), physical violence (28.1%), witnessing physical violence between parents (15.1%), and physical neglect (12.6%). The mean score on the measure of life satisfaction was 27.6 ($SD = 5.9$), indicating a high level of satisfaction according to established norms (Pavot & Diener, 2013). Finally, the mean dissociation score was 4.2 ($SD = 4.3$). According to established norms (Briere, 2011), dissociation scores were normal for 88.8% of the sample ($n = 389$), problematic but subclinical for 3.9% of the sample ($n = 17$), and clinical for 7.3% of the sample ($n = 32$).

LPAs

Seven models, each including between two and eight profiles, were tested. Regarding fit indices (see Table 2.1), the AIC and A-BIC values systematically decreased as the number of profiles increased, whereas the smallest BIC value was observed for the seven-profile model. Because skewness and kurtosis indicated highly nonnormal distributions of the indicator variables (range: 2.74–12.15), we expected that the fit indices might overestimate the correct number of classes (i.e., systematic bias for solutions comprising a higher number of profiles; Bauer & Curran, 2003;

Morgan et al., 2016). Taking this into account, we investigated the BIC plot, finding an elbow at the six-profile model (see Supplementary Materials), suggesting that the fit indices pointed to the six-profile model as the best-fitting solution. Regarding entropy, very good differentiation was observed for the two- to eight-profile models, without clear distinction, (i.e., entropy values higher than .80 for all models). Similarly, the BLRT p values were significant for all solutions. The LMR-A p value was only significant for the three-profile model, indicating that the optimal solution comprised at least three profiles. Regarding profile size (see Table 2.1), the six-, seven-, and eight-profile models each presented multiple profiles with fewer than 5% of participants. The three- and four-profile models presented no small (i.e., less than 5% of the sample) profiles, whereas the five-profile model presented one small profile.

Balancing these statistical aspects with considerations of interpretability and parsimony, the five-profile model was chosen as the final solution. On one hand, the six-profile model presented a better fit but had the disadvantage of containing two small profiles that did not add substantial theoretical insight. Indeed, these two profiles, categorized by high CPTSD symptoms and high BPD symptoms, respectively, presented the same symptom patterns as two other profiles in the model (i.e., the moderate CPTSD and moderate BPD symptoms profiles) but to a higher extent. On the other hand, the four-profile model had the advantage of being easily interpretable and did not include smaller profiles, but this model presented a worse fit than the five- and six-profile models. The five-profile model was ultimately deemed superior because it fit the data better than the four-profile model while being more parsimonious and having a fewer number of small profiles than the six-profile model. As serious psychopathology was measured in a community sample, we deemed it acceptable that the final solution had one small profile (i.e., the profile with the highest symptom levels). The five profiles in this model were consistent with past research (e.g., Frost et al., 2018) and recognized diagnostic classifications and contemporary theoretical frameworks (e.g., Ford & Courtois, 2014). Moreover, the four- and six-profile solutions each contained the same patterns observed in the five-profile model, plus or minus profile one profile (see Supplementary Material), confirming the relevance of the profiles observed in the five-profile model.

The five-profile model is illustrated in Figure 2.1. The mean values of the indicator variables in each profile and information on whether they significantly differed from 0 can be found in Table 2.2. Profile 1, labeled the “high PTSD symptoms” profile, included 12.0% of participants and was

characterized by significantly high scores on measures of *ICD-11* PTSD symptoms (i.e., reexperiencing, avoidance, and perception of threat) and significantly low scores on the measure of DSO relationship symptoms. Profile 2, the “high CPTSD symptoms” profile, included 7.6% of participants and was characterized by significantly high scores on measures of all PTSD and DSO symptoms. It should be noted that participants in this profile had relatively high BPD scores, although this result was not statistically significant. Profile 3, the “high BPD symptoms” profile, included 9.9% of participants and was characterized by significantly high *DSM-5* NACM scores as well as high levels of DSO and BPD symptoms. Profile 4, the “high CPTSD and BPD symptoms” profile, included 3.8% of participants and was characterized by significantly high scores on measures of all indicator variables. Profile 5, the “low symptoms” profile, included 66.7% of participants and was characterized by significantly low scores on measures of all indicator variables. The five-profile model presented good differentiation between the profiles, with high average classification probabilities for the assigned profile (range: .87–.97) and low average classification probabilities for the other profiles (range: .00–.08).

Group Comparisons

Results from the group comparisons can be found in Table 2.3. Results indicated that participants grouped in the high CPTSD symptoms, $\chi^2(1, N = 438) = 9.45, p = .002, d = 0.62$; high BPD symptoms, $\chi^2(1, N = 438) = 17.49, p < .001, d = 0.83$; and high CPTSD and BPD symptoms profiles, $\chi^2(1, N = 438) = 11.069, p = .001, d = 0.82$, presented significantly higher levels of childhood cumulative trauma than those in the low symptoms profile. Individuals in the high BPD symptoms profile also presented significantly higher levels of childhood cumulative trauma than those in the high PTSD symptoms profile, $\chi^2(1, N = 438) = 8.51, p = .004, d = 0.63$. Participants in the high CPTSD symptoms, $\chi^2(1, N = 438) = 5.62, p = .018, d = 0.55$, and high CPTSD and BPD symptom profiles, $\chi^2(1, N = 438) = 10.035, p = .002, d = .1.06$, also presented with significantly higher levels of dissociation than those in the low symptoms profile. Individuals with membership in the high CPTSD and BPD symptoms profile had significantly higher levels of dissociation symptoms than those in the high PTSD symptoms profile, $\chi^2(1, N = 438) = 7.15, p = .008, d = 0.60$. Although the following differences were not statistically significant, it should be noted that the mean dissociation score, and standard error, among participants in the high BPD symptoms profile was numerically higher than scores of participants grouped into all other profiles. Finally, participants in the low

symptoms profile scored significantly higher on the measure of life satisfaction than those in the high PTSD symptoms, $\chi^2(1, N = 438) = 14.90, p < .001, d = 0.65$; high CPTSD symptoms, $\chi^2(1, N = 438) = 12.89, p < .001, d = 0.74$; high BPD symptoms, $\chi^2(1, N = 438) = 5.63, p = .018, d = 0.52$; and high CPTSD and BPD symptoms profiles, $\chi^2(1, N = 438) = 10.19, p = .001, d = 0.96$.

Discussion

The present study examined the distinction between PTSD, CPTSD, and BPD symptoms in a community sample of women who reported at least one childhood or adulthood traumatic event. Our first hypothesis, that five distinct profiles categorized by low symptoms, high PTSD symptoms, high CPTSD symptoms, high BPD symptoms, and high CPTSD and BPD would emerge, was generally confirmed. Our less heavily traumatized sample seems to have allowed the emergence of a profile categorized by high levels of BPD symptoms and did not include any core *ICD-11* PTSD symptoms (i.e., reexperiencing, avoidance, and perception of threat), which had not yet been the case in past studies (Cloitre et al., 2014). It should be noted, however, that the profile marked by high-level BPD symptoms did include symptoms of DSO, and participants in the profile categorized by high levels of CPTSD symptoms did present with relatively high, although nonsignificant, BPD symptoms. The fact that these profiles were not absolutely clear-cut highlights the conceptual parallels that exist between these two disorders and is in line with past studies (Cloitre et al., 2014; Frost et al., 2018). Taking these nuances into account, our results add to the current literature pointing toward the validity of CPTSD as a standalone construct that is mostly distinct from BPD. The present results also showed that in all profiles, symptoms of DSO and NACM varied in pairs. This indicates a redundancy between these two additions to traditional PTSD symptoms, suggesting that the *DSM-5* PTSD NACM cluster does not necessarily add new knowledge to what *ICD-11* CPTSD can explain.

Next, the repartition of participants between profiles was relatively close to what would be expected. Most participants were grouped into the profile characterized by low symptom levels, and a minority of participants were grouped into the most symptomatic profile (i.e., high CPTSD and BPD symptoms), which is to be expected in a community sample. Moreover, 12.0% of participants were grouped into the high PTSD symptoms class, which is close to the 9%–10% usually found in

the general population (Kilpatrick et al., 2013). The percentage of participants grouped into the high BPD symptoms profile (9.9%) was higher than the 2%–6% usually found in the general population (American Psychological Association, 2013; Grant et al., 2008), which could be due to the fact that our sample was composed of women who reported at least one potentially traumatic experience. This could also explain why 7.8% of the sample displayed high levels of CPTSD symptoms, which seems high, although studies have yet to determine the prevalence of this new diagnosis in the population. It is also important to note that the profiles likely also grouped at least a portion of participants with subclinical symptoms rather than full-blown diagnoses.

Our hypothesis that participants categorized in the high CPTSD symptoms, high BPD symptoms, and high CPTSD and BPD symptoms profiles would present with higher childhood cumulative trauma exposure was partially confirmed. Participants grouped into these expected profiles reported higher levels of cumulative childhood trauma in comparison to those in the low symptoms profile. This suggests that CPTSD, BPD, and comorbidity between these two diagnoses may all be relevant to understand the experience of survivors of cumulative childhood trauma. Only participants in the high BPD symptoms profile could be distinguished from those in the high PTSD symptoms profile with regard to cumulative childhood trauma exposure. Considering that individuals with membership in this profile presented with high scores on measures of DSO and BPD, it is reasonable that a strong association with childhood cumulative trauma exposure was observed (Shevlin et al., 2017). It is possible that levels of childhood trauma presented by participants in other profiles, although relatively high, could not be discriminated from the levels of childhood trauma that are known to be a risk factor for PTSD (Dunn et al., 2017).

The hypothesis that the profiles characterized by high CPTSD symptoms, high BPD symptoms, and high CPTSD and BPD symptoms would include individuals who presented with higher levels of dissociation symptoms was also partially confirmed. As expected, women in the high CPTSD symptoms and high CPTSD and BPD symptoms profiles reported higher dissociation scores than those in the low symptoms profile. However, only participants in the high CPTSD and BPD symptoms profile scored higher on measures of dissociation than those in the high PTSD symptoms profile. On one hand, these results highlight the importance of trauma-related dissociation in CPTSD (Hyland et al., 2019). On the other hand, careful interpretation of the present results

indicates that they replicate, to a certain extent, the association between dissociation and BPD reported in past studies (see Scalabrini et al., 2017, for a meta-analysis). Indeed, scores on the measure of dissociation were especially high among individuals in the high CPTSD and BPD symptoms profile, and the scores of those in the high BPD symptoms profile were, on average, numerically but not statistically significantly higher than the scores of participants in other profiles. The high standard error could explain this statistically nonsignificant result, suggesting a continuum of dissociative symptom severity within BPD. Additional studies are necessary to achieve a better understanding of the role dissociation plays in BPD and CPTSD.

Finally, our hypothesis regarding higher levels of life satisfaction among participants in the low symptoms profile compared to all other profiles was confirmed. Indeed, individuals categorized in the low symptoms class reported higher ratings of life satisfaction compared to those in the four other profiles, replicating the significant levels of functional impairment and distress generally reported by PTSD, CPTSD, and BPD patients alike (Brewin et al. 2017; IsHak et al., 2013). No other differences were detected, which corroborates findings from other studies highlighting the strong impact of these disorders on quality of life (Olatunji et al., 2007).

The present study adds to the current scientific debate, highlighting the relevance of the CPTSD diagnosis beyond what PTSD or BPD symptoms can explain. These results support an integrative approach in the conceptualization of the long-term impact of cumulative childhood trauma exposure. Indeed, the present findings suggest that CPTSD, BPD, and comorbidity of the two could all be possible clinical portraits for childhood trauma survivors, encouraging clinicians working with this population to be nuanced in their assessment and tailor interventions to their clients' specific needs. Although this study suggests that conceptualizing CPTSD as a simple amalgam of PTSD and BPD would be unwarranted, it also restates the strong association between childhood trauma exposure and BPD, suggesting that trauma should not be overlooked when working with this population. In this vein, evidence-based recommendations for the treatment of these disorders should be mastered by clinicians working with trauma survivors (see Courtois & Ford, 2009; Linehan, 2014). A first step to making this knowledge more widely available among clinician circles would be for the American Psychological Association to replace the *DSM-5* NACM cluster with the more organized and specific symptoms of DSO, thereby recognizing CPTSD as a distinct diagnosis.

There are several study limitations to discuss. First, assessments took place over the phone and were self-report and retrospective, which could entail social desirability and memory biases. Second, due to the lack of validated questionnaires available in French, some measures that have yet to be validated were used; however, internal consistency was mostly excellent in the present sample. Third, the use of a composite BPD measure was a limitation. In previous studies, however, researchers explored whether distinct latent classes of BPD symptoms would emerge, but could only find classes measuring what they referred to as “BPD-ness” (Conway et al., 2012). Fourth, the measures of BPD and CPTSD did not consider the moment of apparition, lifetime course, and pervasiveness of symptoms, which could have helped differentiate both disorders. It is also important to note that we compared profiles based on *ICD-11* and *DSM-5* disorders. Including *DSM-5* and *ICD-11* disorders was deemed necessary to reflect the actual state of knowledge and enable us to explore the association between *DSM-5* NACM symptoms and *ICD-11* DSO symptoms. In addition, the use of a community sample, while allowing for the generalization of results beyond highly traumatized populations, resulted in low reported symptom levels, posing a challenge for the statistical analyses. The sample also presented homogeneity regarding variables such as gender and age.

In conclusion, the present study aimed to verify whether patterns of symptoms reported by women from the community would reveal a CPTSD profile distinct from PTSD and BPD profiles and whether the resulting profiles could be compared on measures of cumulative childhood trauma, dissociation, and life satisfaction. The present findings corroborated the conceptual distinction between symptoms of CPTSD and those of PTSD and BPD and showed that profiles corresponding to symptoms of CPTSD, BPD, and both CPTSD and BPD tended to include individuals with higher levels of childhood trauma exposure and dissociation as well as lower ratings of life satisfaction. Future research could explore the mechanisms that explain the differential emergence of CPTSD symptoms, BPD symptoms, or both in childhood trauma survivors. Additional clinical studies should be done to better define the best practices in the treatment of each diagnosis, inform clinicians working with childhood trauma survivors, and, ultimately, provide optimal services to this vulnerable population.

Open Practices Statement

Neither of the studies reported in this article was formally preregistered. Neither the data nor the materials have been made available on a permanent third-party archive; requests for the data or materials can be sent via email to the lead author at godbout.natacha@uqam.ca.

References

- Akaike, H. (1987). Factor analysis and AIC. In *Selected papers of Hirotugu Akaike* (pp. 371–386). Springer.
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Author.
- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-5* (PCL-5). *PloS one*, *11*(10), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645>
- Asparouhov, T., & Muthén, B. O. (2014). Auxiliary variables in mixture modeling: Using the BCH method in *Mplus* to estimate a distal outcome model and an arbitrary second model. *Mplus Web Notes*, *21*, 1–22. https://www.statmodel.com/download/asparouhov_muthen_2014.pdf
- Ball, J. S., & Links, P. S. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: Evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, *11*(1), 63–68. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0010-4>
- Bauer, D. J., & Curran, P. J. (2003). Distributional assumptions of growth mixture models: Implications for overextraction of latent trajectory classes. *Psychological Methods*, *8*(3), 338–363. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.8.3.338>
- Béland, S., Cousineau, D., & Loye, N. (2017). Utiliser le coefficient omega de McDonald à la place de l'alpha de Cronbach [Using McDonald's coefficient omega instead of Cronbach's alpha]. *McGill Journal of Education*, *52*(3), 791–804. <https://doi.org/10.7202/1050915ar>
- Bigras, N., Godbout, N., & Briere, J. (2015). Child sexual abuse, sexual anxiety, and sexual satisfaction: The role of self-capacities. *Journal of Child Sexual Abuse*, *24*(5), 464–483. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1042184>
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale." [The Satisfaction with Life Scale : French-Canadian validation of the "Satisfaction with Life Scale"]. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, *21*(2), 210–223. <https://doi.org/10.1037/h0079854>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-5* (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, *28*(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>

- Bolduc, R., Bigras, N., Daspe, M. È., Hébert, M., & Godbout, N. (2018). Childhood cumulative trauma and depressive symptoms in adulthood: The role of mindfulness and dissociation. *Mindfulness*, *9*(5), 1594–1603. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0906-3>
- Brewin, C. R. (2013). “I wouldn't start from here:” An alternative perspective on PTSD from the *ICD-11*: Comment on Friedman (2013). *Journal of Traumatic Stress*, *26*(5), 557–559. <https://doi.org/10.1002/jts.21843>
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the *ICD-11* proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, *58*, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Briere, J. (2011). *Trauma Symptom Inventory* (2nd ed.). Psychological Assessment Resources.
- Cattane, N., Rossi, R., Lanfredi, M., & Cattaneo, A. (2017). Borderline personality disorder and childhood trauma: Exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 221. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1383-2>
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS Expert Clinician Survey on Best Practices. *Journal of Traumatic Stress*, *24*(6), 615–627. <https://doi.org/10.1002/jts.20697>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, *5*(1), 1–10. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of *ICD-11* PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *138*(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Conway, C., Hammen, C., & Brennan, P. (2012). A comparison of latent class, latent trait, and factor mixture models of *DSM-IV* borderline personality disorder criteria in a community setting: Implications for *DSM-5*. *Journal of Personality Disorders*, *26*(5), 793–803. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.793>
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. Guilford Press.
- Cyr, G., Cloitre, M., Bélanger, C., & Godbout, N. (2020). *French translation and validation of the International Trauma Questionnaire in a Canadian community sample* [Manuscript under revision]. Department of Psychology, University of Quebec in Montreal.

- Dunn, E. C., Nishimi, K., Powers, A., & Bradley, B. (2017). Is developmental timing of trauma exposure associated with depressive and post-traumatic stress disorder symptoms in adulthood? *Journal of Psychiatric Research, 84*, 119–127. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.09.004>
- Dziak, J. J., Coffman, D. L., Lanza, S. T., Li, R., & Jermiin, L. S. (2019). Sensitivity and specificity of information criteria. *Briefings in Bioinformatics, 21*(2), 553–564. <https://doi.org/10.1093/bib/bbz016>
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 1*(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-9>
- Frost, R., Hyland, P., Shevlin, M., & Murphy, J. (2018). Distinguishing complex PTSD from borderline personality disorder among individuals with a history of sexual trauma: A latent class analysis. *European Journal of Trauma & Dissociation, 1*(4), 100080. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.08.004>
- Godbout, N., Bigras, N., & Sabourin, S. (2017). *Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ)* [Unpublished manuscript]. Department of Psychology, University of Quebec in Montreal.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of *DSM-IV* borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry, 69*(4), 533–545. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>
- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., Karatzias, T., Bisson, J. I., & Roberts, N. P. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 136*(3), 313–322. <https://doi.org/10.1111/acps.12771>
- Hyland, P., Shevlin, M., Fyvie, C., Cloitre, M., & Karatzias, T. (2019). The relationship between *ICD-11* PTSD, complex PTSD, and dissociative experiences. *Journal of Trauma & Dissociation, 21*(1), 62–72. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1675113>
- IBM Corp. (2017). *IBM SPSS Statistics for Windows (Version 25.0)* [Software program]. Author.
- IsHak, W. W., Elbau, I., Ismail, A., Delaloye, S., Ha, K., Bolotaulo, N. I., Nashawati, R., Cassamassi, B., Wang, C. (2013). Quality of life in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry, 21*(3), 138–150. <https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e3182937116>
- Jowett, S., Karatzias, T., Shevlin, M., & Albert, I. (2019). Differentiating symptom profiles of *ICD-11* PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis in a multiply traumatized sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 11*(1), 36–45. <https://doi.org/10.1037/per0000346>

- 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. <https://doi.org/10.1002/jts.21848>
- Knefel, M., Tran, U. S., & Lueger-Schuster, B. (2016). The association of posttraumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder, and borderline personality disorder from a network analytical perspective. *Journal of Anxiety Disorders, 43*, 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.002>
- Landy, M. S., Wagner, A. C., Brown-Bowers, A., & Monson, C. M. (2015). Examining the evidence for complex posttraumatic stress disorder as a clinical diagnosis. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 24*(3), 215–236. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1002649>
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Research, 3*(4), 89–100. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.09.001>
- Lewis, K. L., & Grenyer, B. F. (2009). Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy. *Harvard review of psychiatry, 17*(5), 322–328. <https://doi.org/10.3109/10673220903271848>
- Linehan, M. M. (2014). *DBT skills training manual*. Guilford Press.
- Lo, Y., Mendell, N. R., & Rubin, D. B. (2001). Testing the number of components in a normal mixture. *Biometrika, 88*(3), 767–778. <https://doi.org/10.1093/biomet/88.3.767>
- Macintosh, H., Godbout, N., & Dubash, N. (2015). Borderline personality disorder: Disorder of trauma or personality, a review of the empirical literature. *Canadian Psychology, 56*(2), 227–241. <https://doi.org/10.1037/cap0000028>
- Masyn, K. (2013). Latent class analysis and finite mixture modeling. In T. D. Little (Ed.), *The Oxford handbook of quantitative methods in psychology* (Vol. 2, pp. 551–611). Oxford University Press.
- McLachlan, G. J. (1987). On bootstrapping the likelihood ratio test statistic for the number of components in a normal mixture. *Applied Statistics, 36*(3), 318–324. <https://doi.org/10.2307/2347790>
- Merz, E. L., & Roesch, S. C. (2011). A latent profile analysis of the five-factor model of personality: Modeling trait interactions. *Personality and Individual Differences, 51*(8), 915–919. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.07.022>
- Morgan, G. B., Hodge, K. J., & Baggett, A. R. (2016). Latent profile analysis with nonnormal mixtures: A Monte Carlo examination of model selection using fit indices. *Computational Statistics & Data Analysis, 93*, 146–161. <https://doi.org/10.1016/j.csda.2015.02.019>

- Muthén, B. (2003). Statistical and substantive checking in growth mixture modeling: Comment on Bauer and Curran (2003). *Psychological Methods*, 8(3), 369–377. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.8.3.369>
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2015). *Mplus user's guide*. Muthén & Muthén.
- Nylund, K. L., Asparouhov, T., & Muthén, B. O. (2007). Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: A Monte Carlo simulation study. *Structural Equation Modeling*, 14(4), 535–569. <https://doi.org/10.1080/10705510701575396>
- Oberski, D. (2016). Mixture models: Latent profile and latent class analysis. In J. Robertson & M. Kaptein (eds), *Modern statistical methods for HCI* (pp. 275–287). Springer.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572–581. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.015>
- Pavot, W., & Diener, E. (2013). *The Satisfaction With Life Scale*. <http://www.midss.ie>
- Raftery, A. E. (1995). Bayesian model selection in social research. *Sociological Methodology*, 25, 111–163. <https://doi.org/10.2307/271063>
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., Suvak, M. K., Wells, Shannon, S. Y. Stirman, W. & Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for *DSM-5*. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 241–251. <https://doi.org/10.1002/jts.21699>
- Scalabrini, A., Cavicchioli, M., Fossati, A., & Maffei, C. (2017). The extent of dissociation in borderline personality disorder: A meta-analytic review. *Journal of Trauma and Dissociation*, 18(4), 522–543. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1240738>
- Sclove, S. L. (1987). Application of model-selection criteria to some problems in multivariate analysis. *Psychometrika*, 52(3), 333–343. <https://doi.org/0033-3123/87/0900-SS02500.75/0>
- Shevlin, M., Hyland, P., Karatzias, T., Fyvie, C., Roberts, N., Bisson, J. I., Brewin, C. R., & Cloitre, M. (2017). Alternative models of disorders of traumatic stress based on the new *ICD-11* proposals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(5), 419–428. <https://doi.org/10.1111/acps.12695>
- Temes, C. M., Magni, L. R., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., Goodman, M., & Zanarini, M. C. (2017). Prevalence and severity of childhood adversity in adolescents with BPD, psychiatrically healthy adolescents, and adults with BPD. *Personality and Mental Health*, 11(3), 171–178. <https://doi.org/10.1002/pmh.1387>
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française [Toward a

- methodology for the transcultural validation of psychological questionnaires: Implications for research in the French language]. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 30(4), 662–680. <https://doi.org/10.1037/h0079856>
- van der Kolk, B., Pynoos, R., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J., Teicher, M. (2009). *Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V*. http://www.ctntraumatrain.org/uploads/4/6/2/3/46231093/dsm-v_proposal-dtd_taskforce.pdf
- Vaske, J. J., Beaman, J., & Sponarski, C. C. (2017). Rethinking internal consistency in Cronbach's alpha. *Leisure Sciences*, 39(2), 163–173. <https://doi.org/10.1080/01490400.2015.1127189>
- Wickrama, K. A. S., Lee, T. K., O'Neal, C. W., & Lorenz, F. O. (2016). *Multivariate applications series. Higher-order growth curves and mixture modeling with Mplus: A practical guide*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision)*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: The McLean screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 17(6), 568–573. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.6.568.25355>
- Zoellner, L. A., Bedard-Gilligan, M. A., Jun, J. J., Marks, L. H., & Garcia, N. M. (2013). The evolving construct of posttraumatic stress disorder (PTSD): *DSM-5* criteria changes and legal implications. *Psychological Injury and Law*, 6(4), 277–289. <https://doi.org/10.1521/psyc.65.4.289.20240>

Table 2.1 Fit Indices for Two- to Eight-Profile Models

Model	LL ^a	AIC	BIC	aBIC	LMR-A <i>p</i>	BLRT <i>p</i>	Entropy	% of sample per profile
2 profile	-3,181.36	6,212	6,515	6,435	.098	.000	0.94	84.8, 15.2
3 profile	-3,050.73	6,165	6,300	6,200	.021	.000	0.94	73.7, 19.7, 6.5
4 profile	-2,975.25	6,036	6,212	6,076	.486	.000	0.93	70.3, 14.2, 8.8, 6.7
5 profile	-2,918.82	5,941	6,154	5,989	.513	.000	0.90	66.7, 9.9, 12.0, 7.6, < 5
6 profile	-2,864.58	5,851	6,100	5,907	.709	.000	0.92	65.1, 11.9, 10.1, 5.3, < 5, < 5
7 profile	-2,825.18	5,790	6,076	5,854	.489	.000	0.92	64.5, 10.7, 7.5, 6.0, < 5, < 5, < 5
8 profile	-2,806.55	5,771	6,094	5,717	.651	.000	0.92	63.0, 10.9, 8.6, 5.8, < 5, < 5, < 5, < 5

Note. Bolding indicates the final solution. LL = log-likelihood; AIC = Akaike information criterion; BIC = Bayesian information criterion; aBIC = adjusted BIC; BLRT = bootstrapped likelihood ratio test; LMR-A = Lo–Mendell–Rubin adjusted likelihood ratio test.
^aThe best LL value was replicated in all models except for the eight-profile model.

Table 2.2 Mean z Scores of Indicator Variables for Each Profile and Comparison Tests With the Sample Mean

Indicator variable	Profile 1 (high PTSD symptoms)		Profile 2 (high CPTSD symptoms)		Profile 3 (high BPD symptoms)		Profile 4 (high CPTSD and BPD symptoms)		Profile 5 (low symptoms)	
	<i>M</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>p</i>
PTSD(1)	0.57	.003	1.12	< .001	-0.01	.987	2.58	< .001	-0.39	< .001
PTSD(2)	0.34	.032	1.63	< .001	-0.07	.856	2.58	< .001	-0.41	< .001
PTSD(3)	1.22	< .001	1.40	< .001	-0.20	.363	2.81	< .001	-0.51	< .001
PTSD(4)	0.03	.829	1.87	< .001	0.65	.027	2.83	< .001	-0.49	< .001
DSO(1)	0.14	.398	0.94	< .001	0.41	.041	1.66	.002	-0.31	< .001
DSO(2)	-0.15	.225	0.70	.019	1.07	.009	2.38	< .001	-0.37	< .001
DSO(3)	-0.29	.003	1.19	< .001	1.10	.012	2.25	< .001	-0.41	< .001
BPD	0.17	.746	0.88	.179	1.12	.004	1.22	.003	-0.40	< .001

Note. PTSD = posttraumatic stress disorder; CPTSD = complex posttraumatic stress disorder; DSO = disturbances in self-organization; BPD = borderline personality disorder; PTSD(1) = reexperiencing; PTSD(2) = avoidance; PTSD(3) = perception of threat; PTSD(4) = negative alterations in cognitions and mood; DSO(1) = affect regulation; DSO(2) = beliefs about oneself; DSO(3) = relationships.

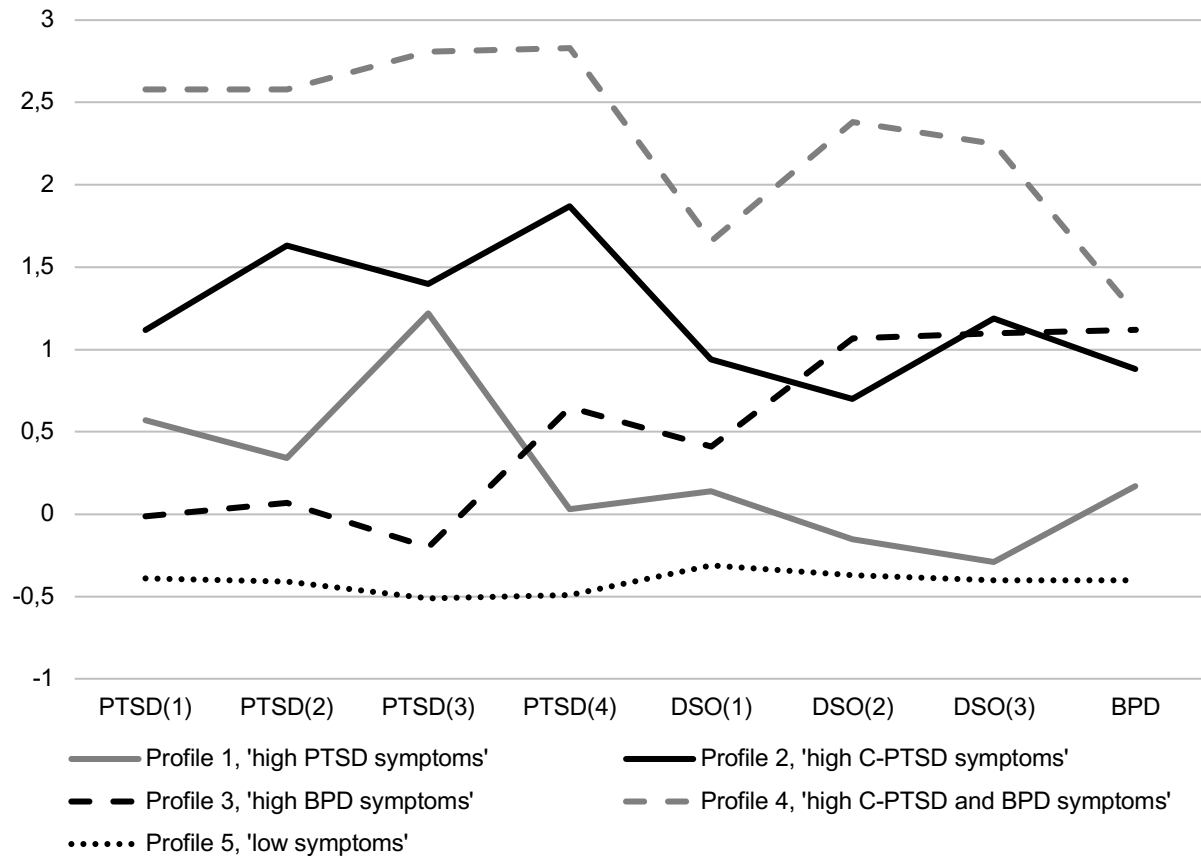
Table 2.3 Results From Wald Chi-Square Tests of Means Across Profiles for Cumulative Trauma Exposure, Dissociation, and Life Satisfaction

Auxiliary variables	Profile 1 (high PTSD symptoms)		Profile 2 (high CPTSD symptoms)		Profile 3 (high BPD symptoms)		Profile 4 (high CPTSD and BPD symptoms)		Profile 5 (low symptoms)		Global χ^2 test ^a	Pairwise χ^2 tests ^{b,c}
	<i>M</i>	<i>SE</i>	<i>M</i>	<i>SE</i>	<i>M</i>	<i>SE</i>	<i>M</i>	<i>SE</i>	<i>M</i>	<i>SE</i>		
Cumulative trauma exposure	3.26	0.28	4.01	0.41	5.10	0.55	4.24	0.45	2.72	0.11	35.75***	5 < 2**, 3***, 4**; 1 < 3**.
Dissociation	-0.03	0.18	0.58	0.34	1.85	1.44	1.40	0.51	-0.23	0.04	35.69***	5 < 2*, 4**; 1 < 4**.
Life satisfaction	-0.44	0.18	-0.53	0.22	-1.33	0.65	-0.83	0.34	0.27	0.05	46.83***	5 > 1*, 2***, 3***, 4**.

Note. PTSD = posttraumatic stress disorder, CPTSD = complex posttraumatic stress disorder, BPD = borderline personality disorder, M = mean, SE = standard error

^a*df* = 4, *N* = 438. ^b*df* = 1, *N* = 438. ^cBetween-profile comparisons. Only significant pairwise chi-square tests results are presented. **p* < .05. ***p* < .01. ****p* < .001

Figure 2.1 Mean z Scores of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), Complex PTSD (CPTSD), and Borderline Personality Disorder (BPD) Symptoms for Each Profile in the Five-Profile Model



Note. DSO = disturbances in self-organization; PTSD(1) = reexperiencing; PTSD(2) = avoidance; PTSD(3) = perception of threat; PTSD(4) = negative alterations in cognitions and mood; DSO(1) = affect; DSO(2) = beliefs about oneself; DSO(3) = relationships.

Supplementary material

Figure 2.2 Plot of BIC value for the 2- to 8-profile model, showing an ‘elbow’ at the 6-profile model

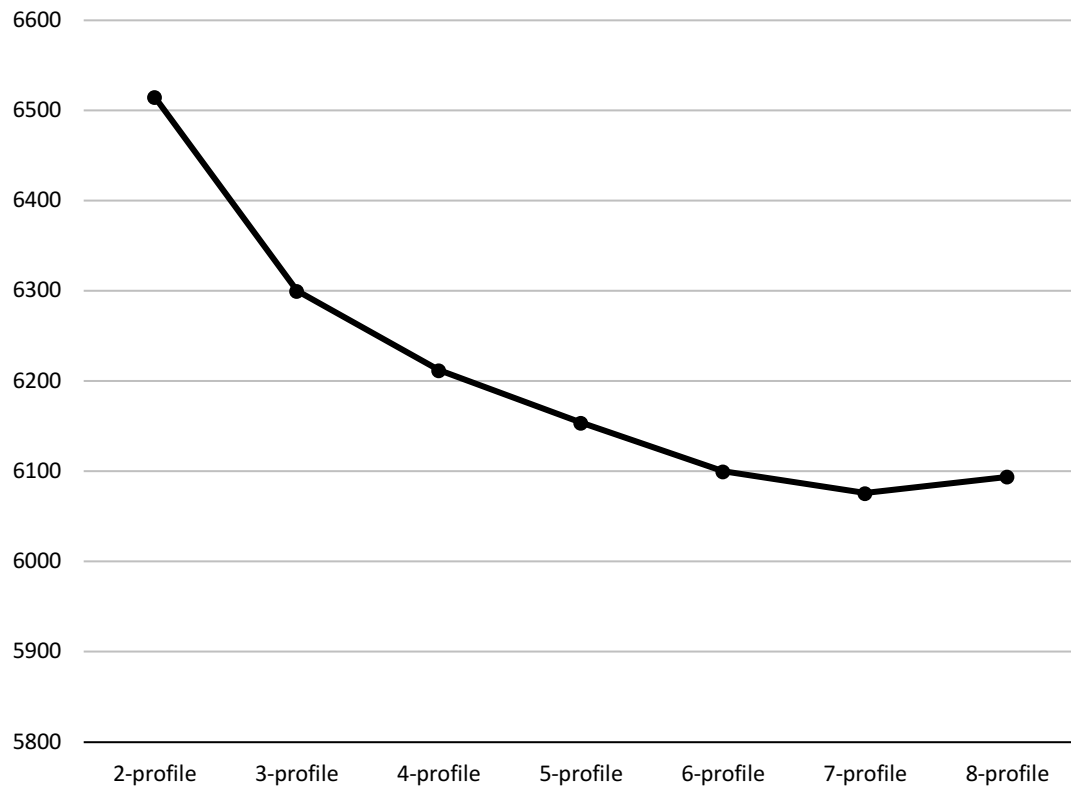
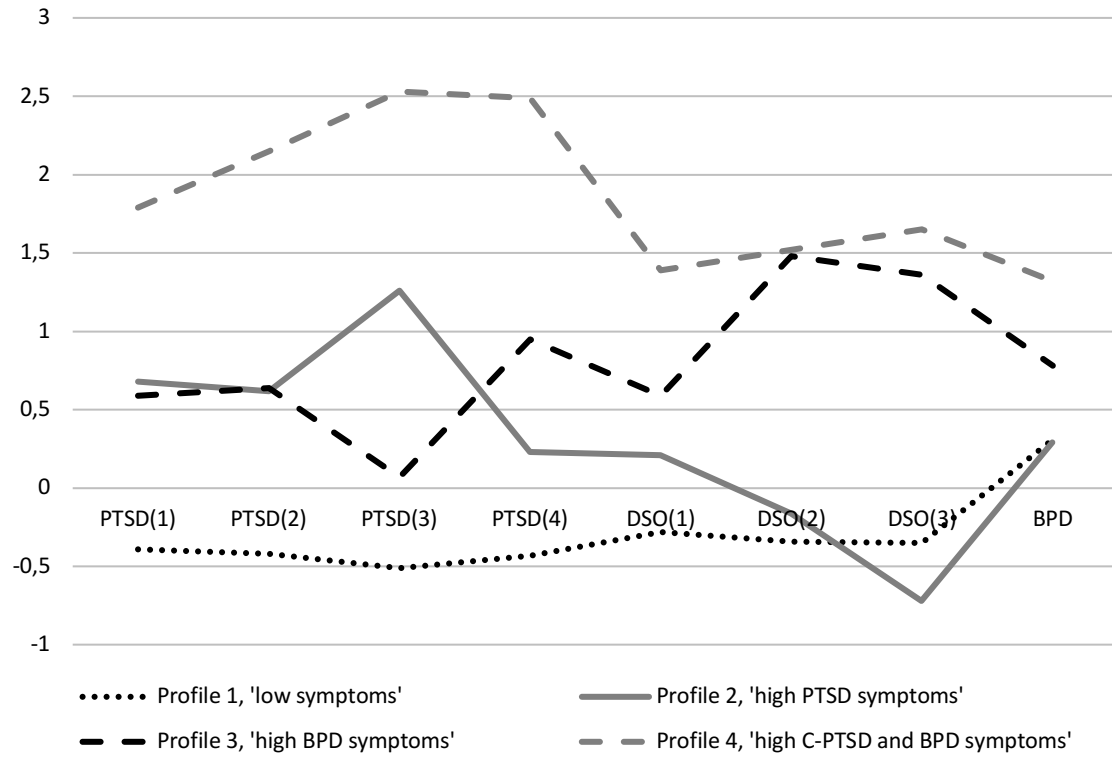
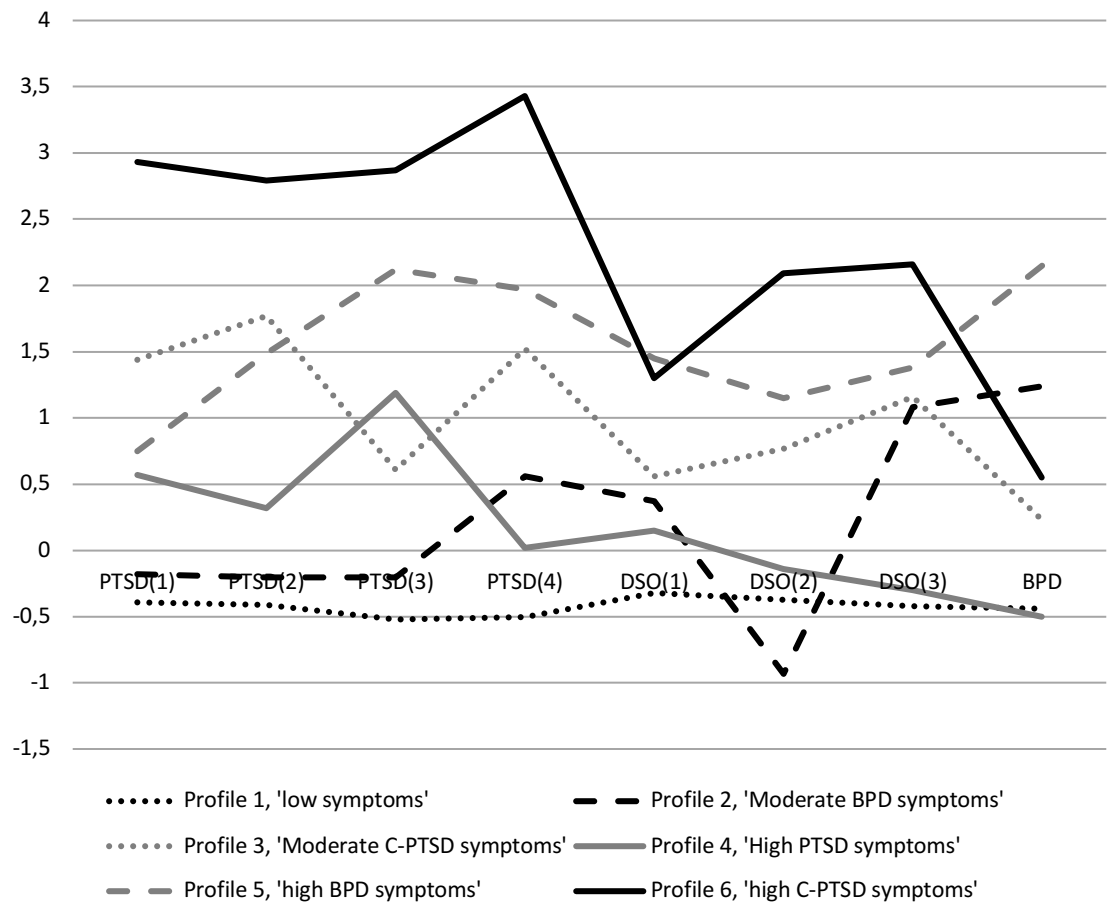


Figure 2.1 Mean z-scores of PTSD, CPTSD and BPD symptoms for each profile in the four-profile model



Note. PTSD(1) = ‘re-experiencing’, PTSD(2) = ‘avoidance’, PTSD(3) = ‘perception of threat’, PTSD(4) = ‘cognitions/mood’, DSO(1) = ‘affect regulation’, DSO(2) = ‘beliefs about oneself’, DSO(3) = ‘relationships’, BPD = borderline personality disorder

Figure 2.4 Mean z-scores of PTSD, CPTSD and BPD symptoms for each profile in the six-profile model



Note. PTSD(1) = ‘re-experiencing’, PTSD(2) = ‘avoidance’, PTSD(3) = ‘perception of threat’, PTSD(4) = ‘cognitions/mood’, DSO(1) = ‘affect regulation’, DSO(2) = ‘beliefs about oneself’, DSO(3) = ‘relationships’, BPD = borderline personality disorder

CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

Le premier objectif général de cette recherche doctorale (article 1) était de procurer une version francophone validée de l'International Trauma Questionnaire (ITQ), un instrument bref mesurant les symptômes de trouble de stress post-traumatique complexe (TSPTC). Les hypothèses étaient que la validité factorielle, la cohérence interne et la validité convergente de la version francophone de l'ITQ seraient satisfaisantes. Le deuxième objectif général de cette recherche doctorale (article 2) était d'étudier l'organisation des patrons de symptômes de TSPTC et de trouble de la personnalité limite (TPL). Les hypothèses étaient que les patrons de symptômes rapportés par les participantes révéleraient un profil de symptômes de TSPTC distinct des profils de symptômes de trouble de stress post-traumatique (TSPT) et de TPL, et que les profils résultants diffèreraient en termes de traumas interpersonnels cumulatifs en enfance, de dissociation et de satisfaction de vie. De manière générale, les résultats obtenus soutiennent les hypothèses, supportant la validité de la version francophone de l'ITQ, ainsi que l'émergence de groupes distincts d'individus présentant des symptômes caractéristiques du TSPT, du TSPTC et du TPL. Cette section débute avec une discussion des contributions principales de cette recherche doctorale. Dans ce sens, la première contribution générale, soit (1) la validation de l'ITQ, sera discutée en fonction des thèmes suivants : (1.1) la traduction de l'ITQ, (1.2) la cohérence interne, (1.3) la validité factorielle, et (1.4) la validité convergente. Ensuite, la deuxième contribution générale, soit (2) l'étude des distinctions et similarités entre les symptômes de TSPTC et d'autres construits, sera discutée en fonction des thèmes suivants : (2.1) les symptômes de TSPTC et de TPL, (2.2) les symptômes de TSPTC et l'Inventaire des capacités du soi altérées, et (2.3) les symptômes de TSPTC et d'altération négative des cognitions et de l'humeur. Les limites de cette recherche doctorale seront ensuite présentées, suivies de nos recommandations pour les recherches futures. Enfin, les implications cliniques de ces résultats de recherche sont mises en évidence. Une conclusion brève clora ce dernier chapitre de la thèse.

1. Traduction en français et validation de l'*International Trauma Questionnaire*

1.1 Traduction de l'ITQ

La première contribution de cette recherche est d'ordre méthodologique, puisqu'elle propose une version francophone de l'ITQ. En effet, nos travaux ont permis d'offrir une traduction en français des items de la version originale anglophone de l'ITQ. Suivant la méthode de « traduction renversée » (c.-à-d., *back translation*; Vallerand, 1989), l'ITQ a été traduit en français, puis la version française a été retraduite en anglais. Celle-ci a été présentée à Marylene Cloitre, l'auteure de la version originale du questionnaire et une pionnière dans le domaine du TSPTC. Des modifications ont été faites en réponse à ses rétroactions, jusqu'à ce que la version retraduite en anglais représente de façon satisfaisante la version originale anglophone. Dans le premier article de cette thèse, l'instrument a été validé. Puis, dans le deuxième article, il a été utilisé pour faire avancer les connaissances, montrant que les symptômes mesurés à l'aide de l'ITQ permettent un regroupement d'individus présentant des symptômes de TSPTC. Cette contribution s'inscrit dans un contexte où l'intérêt pour le diagnostic de TSPTC est en plein essor en Amérique du Nord comme au niveau international, notamment en raison du contexte sociopolitique actuel favorisant de l'augmentation de l'attention portée par le grand public sur le trauma (p. ex., mouvement #MeToo) et de la récente inclusion du TSPTC dans la CIM-11. Notre étude fait aussi partie d'un plus vaste projet ayant pour but de traduire et valider l'ITQ dans plusieurs langues et dialectes (25 langues jusqu'à présent; Redican et al. 2021), afin de diffuser à l'international (29 pays à travers six continents jusqu'à présent; Karatzias et al., 2018) une mesure brève et valide des symptômes de TSPTC tels que définis par la CIM-11. La version française de l'ITQ présente donc une grande pertinence sociale et scientifique, et pourra faciliter l'avancement des connaissances dans ce domaine en expansion par les chercheurs de la francophonie.

1.2 Validité factorielle

En deuxième lieu, cette recherche doctorale a permis une avancée d'ordre conceptuel en confirmant la structure factorielle de la version française de l'ITQ et, par extension, du diagnostic de TSPTC. Les résultats du premier article ont indiqué que, parmi les cinq modèles factoriels testés, un modèle

représentant le construit de TSPTC tel que défini par la CIM-11 était le mieux ajusté aux données. Dans ce modèle, le facteur de premier ordre ‘TSPT’ comprenait les facteurs de deuxième ordre ‘intrusion’, ‘éviterment’ et ‘réactivité’; alors que le facteur de premier ordre ‘perturbations de l’organisation du soi’ comprenait les facteurs de deuxième ordre ‘régulation des émotions’, ‘croyance par rapport à soi’ et ‘relations interpersonnelles’. De plus, les facteurs de premier ordre ‘TSPT’ et ‘perturbations de l’organisation du soi’ étaient corrélés entre eux. La deuxième étude a permis d’apporter du soutien empirique complémentaire à ces résultats en identifiant des profils de réponses à l’ITQ correspondant aux critères du TSPT et du TSPTC, soit une organisation de symptômes correspondant aux options diagnostics proposées par la CIM-11. Cette recherche doctorale présente donc les résultats d’analyses statistiques centrées sur le construit (analyses factorielles) et centrées sur la personne (analyses de profils latents) qui, ensemble, apportent un soutien à la validité de construit de la version francophone de l’ITQ. Plus largement, ces résultats s’inscrivent dans une longue lignée d’études ayant utilisé des instruments de mesure et méthodes statistiques (c.-à-d., analyses factorielles et analyses de classes/profils latents) variés pour vérifier empiriquement si les symptômes de TSPTC s’organisent selon ce qui a été théoriquement postulé (pour des recensions, voir Brewin et al., 2017 et Redican et al., 2021). Cette thèse permet donc de solidifier la confiance face à la structure factorielle du construit de TSPTC, en la répliquant dans un échantillon d’adultes francophones issus de la communauté.

1.3 Cohérence interne

Une troisième contribution de cette recherche doctorale touche l’exploration de la cohérence interne des sous-échelles de la version francophone de l’ITQ. Il s’agit d’une des premières études au sujet de la version finale en 12 items de l’ITQ à documenter la cohérence interne de chaque sous-échelle. En effet, les études passées (Cloitre et al., 2018; Murphy et al., 2020; Vallières et al., 2018) se sont penchées uniquement sur la cohérence interne totale de l’instrument et sur celle des échelles de ‘TSPT’ et de ‘perturbations de l’organisation du soi’, utilisant l’alpha de Cronbach. À notre connaissance, une seule autre étude a examiné la cohérence interne des sous-échelles l’ITQ (version norvégienne; Sele et al., 2020). Dans les deux articles de cette thèse, et donc dans deux sous-groupes d’un même échantillon, la cohérence interne des sous-échelles de la version francophone de l’ITQ

a été examinée à l'aide de méthodes statistiques appropriées pour un petit nombre d'items (c.-à-d., deux items; *composite reliability* et *McDonald's omega*). Les résultats ont révélé une cohérence interne satisfaisante pour toutes les échelles et sous-échelles, à l'exception de la sous-échelle 'régulation des émotions'. Ces résultats ont permis de mettre en lumière deux facettes reliées, mais distinctes au sein de la sous-échelle de 'régulation des émotions' : l'hypo-activation et l'hyper-activation émotionnelle. Les portraits cliniques des personnes souffrant de TSPTC pouvant être dominés par l'une ou l'autre de ces facettes, ou bien les deux à la fois (Terpou et al., 2019), il est théoriquement cohérent qu'une plus grande variabilité existe entre les deux items mesurant cette sous-échelle. Ces résultats représentent un rappel des particularités conceptuelles du construit de TSPTC, mais aussi un encouragement pour les chercheurs et cliniciens utilisant la version francophone de l'ITQ d'évaluer les items d'hypo- et d'hyper-activation séparément au besoin.

1.4 Validité convergente

Une quatrième contribution apportée par cette recherche doctorale touche l'exploration détaillée de la validité convergente de la version francophone de l'ITQ. Nos résultats présentés dans le premier article ont révélé que les mesures de traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance, de capacités du soi altérées et de satisfaction de vie étaient associées avec les échelles et sous-échelles de l'ITQ, dans la direction attendue et avec des tailles d'effet similaires à celles retrouvées dans les études passées (Murphy et al., 2020). Ces résultats se sont vus corroborés par ceux du deuxième article. En effet, les profils présentant des scores élevés aux sous-échelles de l'ITQ tendaient à rapporter davantage de traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance, de dissociation et d'insatisfaction de vie. Cette recherche se distingue toutefois des autres études de validation de l'ITQ dans sa version originale et dans ses versions traduites en d'autres langues étant donnée l'utilisation du *Steiger's Z test* pour comparer la force des corrélations obtenues. Les résultats du premier article révèlent ainsi des corrélations statistiquement plus fortes entre l'altération des capacités du soi et l'échelle de perturbations de l'organisation du soi, en comparaison avec l'échelle de TSPT. Encore une fois, le deuxième article corrobore et complète ces résultats en montrant que les profils présentant des scores plus élevés aux sous-échelles de perturbations de l'organisation du soi (c.-à-d., profil de symptômes TSPTC élevés; profil de symptômes TSPTC et TPL élevés) tendaient à présenter

davantage de traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance, de dissociation et d'insatisfaction de vie. Ainsi, à travers deux types d'analyses différentes (c.-à-d., corrélations et comparaisons de groupe), cette thèse indique que la version francophone de l'ITQ est associée avec des construits connexes de manière cohérente avec les études passées (Murphy et al., 2020; Vang et al., 2021; Hyland et al., 2019). Par extension, les résultats soutiennent la détresse et les difficultés de fonctionnement associées au TSPTC, en montrant que les personnes qui en souffrent démontrent aussi davantage de traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance, de dissociation, de capacités du soi altérées et d'insatisfaction de vie. Ultimement, la version francophone de l'ITQ s'est révélée être un outil aux qualités psychométriques satisfaisantes, ce qui est cohérent avec les résultats des études de validation de l'ITQ anglophone original (Cloitre et al., 2018). La version française de l'ITQ pourrait ainsi être utilisée avec confiance dans les études portant sur le TSPTC auprès de populations francophones.

2. Distinctions et similarités entre les symptômes de TSPTC et d'autres construits

2.1 Les symptômes de TSPTC et de TPL

Ensuite, cette recherche doctorale contribue au domaine d'études où elle s'inscrit en faisant ressortir que des profils d'individus présentant des symptômes de TSPTC d'une part, et des symptômes de TPL d'autre part, pouvaient être distingués. En effet, les cinq profils suivants ont émergé dans notre étude : (1) symptômes élevés de TSPT, (2) symptômes élevés de TSPTC, (3) symptômes élevés de TPL (et de perturbations de l'organisation du soi), (4) symptômes élevés de TSPTC et de TPL, et (5) symptômes faibles. En d'autres mots, un profil présentant des symptômes élevés de TSPTC se distinguait des profils présentant des symptômes élevés de TPL ou de TSPT. Ceci suggère que des individus peuvent présenter des patrons de symptômes se rapportant davantage au TSPTC d'une part, ou au TPL d'autre part. Ces résultats vont dans le sens des postulats théoriques selon lesquels ces deux troubles se distinguent par la présence de symptômes de TSPT classique dans le TSPTC, mais pas dans le TPL. Ils montrent également que les symptômes de perturbation de l'organisation du soi étaient présents dans le profil de symptômes TPL, et que les symptômes de TPL étaient présents (bien que non significatifs) dans le profil de symptômes de TSPTC. Ceci indique des

distinctions, mais aussi des parallèles conceptuels entre les symptômes de TSPTC et de TPL. D'un côté, les altérations émotionnelles décrites dans les diagnostics de TPL et de TSPTC sont similaires, avec l'hyper- et de l'hypo-activation émotionnelle au premier plan des deux portraits cliniques (Brewin et al., 2017). D'un autre côté, dans le TPL, la perception de soi et des autres est décrite comme instable, variant entre des positions d'extrêmes idéalisation et dévalorisation (American Psychological Association, 2013). Au contraire, dans le TSPTC, les perceptions de soi et des autres sont décrites comme stables : les croyances par rapport à soi demeureraient dans le pôle négatif, avec une impression d'être sans valeur et un sentiment de honte notamment, et une grande méfiance par rapport aux autres se témoignerait pas un évitement des relations (World Health Organization, 2019). En résumé, la peur d'être blessée serait au cœur du TSPTC, alors que c'est plutôt la peur d'être abandonné qui caractériserait le TPL (Ford et Courtois, 2014, p. 4).

Le fait que cette question ait été explorée dans un échantillon de la communauté représente également une contribution au domaine d'étude. Bien que des recherches passées aient permis de faire avancer le débat quant à la distinction entre ces deux diagnostics (Cloitre et al., 2014; Frost et al., 2018; Jowett et al., 2019; Saraiya et al., 2021), leurs résultats demeuraient mitigés. Des auteurs ont mis de l'avant la nécessité de répliquer ces résultats, spécialement dans des échantillons issus de la communauté (Ford et Courtois, 2021). L'une des lacunes identifiées dans les études passées était l'homogénéité des échantillons utilisés, qui étaient soit cliniques, soit gravement traumatisés. Notre étude se démarque par l'utilisation d'un échantillon de la communauté rapportant au moins un événement potentiellement traumatique, mais dont la moyenne de trois types de traumas rapportés était comparable à celle de la population générale (Finkelhor et al., 2009; Kessler et al., 2017). Alors que deux études passées avaient observé un profil de symptômes de TSPTC sans symptômes de TPL, aucune étude n'avait jusqu'à maintenant vu émerger un profil de symptômes de TPL sans symptômes de TSPT. C'est toutefois le cas dans notre étude. Cette recherche offre donc une confirmation supplémentaire et unique de la distinction entre les symptômes de TSPTC et de TPL dans un échantillon de la population générale, une contribution non négligeable au débat en cours.

De plus, cette recherche doctorale contribue à l'avancement des connaissances en soulignant non seulement les différences, mais aussi les caractéristiques communes aux problématiques du TSPTC, du TPL et de la comorbidité TSPTC/TPL. En effet, nos résultats ont généralement révélé davantage de traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance, de symptômes dissociatifs et d'insatisfaction de vie dans les profils de TSPTC, de TPL et de comorbidité TSPTC/TPL en comparaison aux autres profils (TSPT et symptômes faibles). Aucune disparité significative au niveau de ces variables n'a toutefois été observée entre ces trois profils d'intérêt. Ceci indique que, malgré leurs différences phénoménologiques, les diagnostics de TSPTC et de TPL seraient tous deux pertinents pour comprendre les impacts des traumatismes interpersonnels en enfance, ainsi que les problèmes de dissociation et d'insatisfaction de vie. Ces résultats confirment ceux des études d'analyses de profils latents et de classes latentes antérieures, qui avaient aussi identifié davantage de traumatismes en enfance et d'altération du fonctionnement chez les profils de TSPTC, de TPL et de TSPTC/TPL (Cloitre et al., 2014, Frost et al., 2018; Jowett et al., 2019), tout en ajoutant la variable de dissociation qui n'avait pas été explorée auparavant. Ils vont également dans le même sens que les résultats des analyses factorielles de Frost et son équipe (2020). En effet, leur exploration factorielle des symptômes de TSPTC et de TPL avait révélé que le modèle correspondant le mieux aux données comportait non seulement deux variables latentes distinctes de TSPTC et de TPL, mais aussi une variable latente commune à tous leurs symptômes. De ce fait, même si notre étude contribue au débat actuel en suggérant une distinction entre le TSPTC et le TPL, elle met également en garde contre une conceptualisation artificielle de ces troubles comme deux conditions dont les facteurs de risques et la présentation clinique divergent complètement. Au contraire, nos résultats indiquent qu'ils présentent plusieurs caractéristiques communes. L'ajout du TSPTC aux outils de classification pourrait ainsi offrir plus d'options aux cliniciens pour capturer les nuances des portraits cliniques des survivants de traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance dans leur évaluation diagnostique.

2.2 Les symptômes de TSPTC et l'Inventaire des capacités du soi altérées

Ensuite, l'examen précis des relations entre les symptômes de perturbations de l'organisation du soi tels que mesurés par l'ITQ et les capacités du soi altérées telles que mesurées par l'Inventaire

des capacités du soi altérées (*Inventory of Altered Self-Capacities*; IASC) nous informe sur les spécificités conceptuelles du TSPTC. Dans le premier article, l'utilisation du *Steiger's Z test* a permis une exploration spécifique des associations entre les sous-échelles de perturbations de l'organisation du soi et les variables convergentes d'altération des capacités du soi, soutenant partiellement les hypothèses de départ. En effet, il était attendu que les sous-échelles de perturbations de l'organisation du soi de l'ITQ soient plus fortement associées aux échelles de l'IASC mesurant des symptômes dans les mêmes domaines de vie : 'régulation des émotions' de l'ITQ avec 'dysrégulation émotionnelle' de l'IASC puisqu'ils sont liés au domaine des émotions; 'croyance par rapport à soi' de l'ITQ avec 'perturbations de l'identité' de l'IASC puisqu'ils sont liés au domaine de l'identité; et 'relations interpersonnelles' de l'ITQ avec 'conflits interpersonnels' de l'IASC puisqu'ils sont liés au domaine des relations. Les résultats soutiennent nos hypothèses avec des tailles d'effet moyennes, à l'exception de l'échelle de l'ITQ liée au domaine des relations ('relations interpersonnelles') qui était plus fortement liée à l'échelle de l'IASC liée à l'identité ('perturbations de l'identité'), plutôt qu'à celle liée aux relations ('conflits interpersonnels').

Ces résultats semblent représenter à la fois les similarités entre les sous-échelles de perturbations de l'organisation du soi et les échelles de l'IASC en termes de domaines de vies affectés, mais aussi des différences dans les symptômes précis qui sont mesurés. Notamment, dans le domaine de l'identité, la sous-échelle de perturbations de l'organisation du soi de l'ITQ mesure l'image de soi négative, alors que l'échelle de l'IASC mesure les fluctuations dans l'image de soi (Briere, 2000). Enfin, dans le domaine des relations, la sous-échelle de perturbations de l'organisation du soi de l'ITQ mesure l'évitement des relations, alors que l'échelle de l'IASC mesure les relations chaotiques. Ces distinctions rappellent celles détaillées plus tôt entre le TSPTC et le TPL. Dans ce sens, les études passées indiquent des corrélations de taille d'effet fortes ($r = 0,69 - 0,86$) entre les sous-échelles de l'IASC et une mesure de TPL (Briere et Runtz, 2002). Ceci indique que l'IASC pourrait potentiellement être davantage connexe au TPL qu'aux perturbations de l'organisation du soi, avec lequel notre étude révèle plutôt des corrélations de taille d'effet modérée ($r = 0,44 - 0,61$). Ainsi, les résultats du premier article pourraient contribuer, de manière indirecte, au débat actuel sur la distinction entre le TSPTC et le TPL. Il est donc cohérent que nos résultats aient révélé des

tailles d'effet moyennes (plutôt que fortes). Par conséquent, les résultats des articles 1 et 2 sont cohérents dans leur mise en lumière des spécificités du TSPTC en comparaison à d'autres construits connexes.

2.3 Les symptômes de TSPTC et d'altération négative des cognitions et de l'humeur

Une autre contribution importante de cette recherche doctorale est d'ordre conceptuel. À notre connaissance, il s'agit de la première étude qui inclut les symptômes d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur (*negative alterations of cognitions and mood*) dans l'exploration des profils latents en lien avec le TSPTC. Ceux-ci incluent l'amnésie dissociative, les croyances altérées par rapport à soi et aux autres, les distorsions cognitives sur les causes et conséquences de l'événement traumatique, l'état émotionnel négatif persistant, la perte d'intérêt, le sentiment de détachement d'autrui, et l'anhédonie (American Psychological Association, 2013). Le DSM-5 et la CIM-11 ont en commun dans leur diagnostic de TSPT les symptômes d'intrusion, d'évitement et de réactivité, mais différent dans leur inclusion des symptômes d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur d'une part, et de perturbations de l'organisation du soi d'autre part. Rappelons que les symptômes de perturbations de l'organisation du soi incluent des altérations touchant les 'croyances par rapport à soi', les 'relations interpersonnelles' et la 'régulation des émotions' (World Health Organization, 2019).

Des auteurs ont noté un certain chevauchement entre ces groupes de symptômes (Landy et al., 2015). Par exemple, les symptômes de perturbations de l'organisation du soi de 'régulation des émotions' pourraient présenter un chevauchement avec l'état émotionnel négatif persistant et l'anhédonie décrits dans les critères d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur. Les symptômes de perturbations de l'organisation du soi de 'relations interpersonnelles' pourraient présenter un chevauchement avec le sentiment de détachement face à autrui et les croyances altérées par rapport aux autres décrites dans les critères d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur. Enfin, les symptômes de perturbations de l'organisation du soi de 'croyances par rapport à soi' pourraient présenter un chevauchement avec les « croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même » (American Psychological Association, 2013; p. 321) décrites

dans le critère d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur. Une étude préliminaire de Karatzias et son équipe (2016) avait d'ailleurs montré que les symptômes d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur étaient plus fortement corrélés avec les symptômes de perturbations de l'organisation du soi qu'ils ne l'étaient avec les symptômes de TSPT (tels que définis par la CIM- 11).

L'inclusion des symptômes d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur dans nos analyses de profils latents nous a permis d'explorer comment les symptômes d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur et de perturbations de l'organisation du soi se répartissaient à travers les profils retrouvés. Plus précisément, nous avons pu vérifier si les symptômes d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur variaient de pair avec les autres symptômes de TSPT (intrusion, évitement, réactivité), formant un diagnostic cohérent, ou s'ils variaient plutôt de pair avec les symptômes de perturbations de l'organisation du soi, montrant potentiellement une certaine redondance avec eux. Les résultats ont indiqué que les symptômes d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur et de perturbations de l'organisation du soi ont varié en parallèle à travers les profils retrouvés : les profils qui ont émergé avaient soit à la fois des symptômes élevés d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur et de perturbations de l'organisation du soi (profils de symptômes élevés TSPTC, TPL et de TSPTC/TPL), soit à la fois des symptômes faibles d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur et de perturbations de l'organisation du soi (profils de symptômes faibles et de symptômes élevés de TSPT). Aucun profil n'avait donc de symptômes élevés d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur sans symptômes de perturbations de l'organisation du soi ou vice versa. Bien que préliminaires et donc limités dans leur portée, ces résultats laissent croire que les symptômes d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur pourraient s'apparenter davantage aux symptômes de perturbations de l'organisation du soi qu'aux autres symptômes de TSPT.

3. Limites

Malgré plusieurs percées intéressantes, cette recherche doctorale présente des limites. D'abord, les résultats ont été colligés à l'aide d'entrevues téléphoniques, alors que les questionnaires utilisés

sont habituellement remplis par écrit. Il est possible que des biais d'échantillonnage et de désirabilité sociale aient résulté de cette méthode. Certains impacts ont toutefois possiblement été palliés par le fait que les interviewers étaient des professionnels entraînés et qu'ils ne donnaient pas plus d'informations que ne l'aurait permis la simple lecture des instructions en début des questionnaires. Certaines études ont montré à cet égard que l'entrevue téléphonique est une méthode valide, même lorsque les variables mesurées sont de nature délicate (Kraus et Augustin, 2001). De plus, les mesures utilisées étaient auto rapportées et rétrospectives, ce qui pourrait également impliquer des biais, notamment mnémoniques. Nous avons aussi fait face à des défis liés à la recherche en français, avec l'usage de certains questionnaires (CCTQ, MSI) qui n'ont pas encore été validés dans leur version francophone. Notons tout de même que la cohérence interne pour ces questionnaires a été examinée et jugée satisfaisante.

Ensuite, une certaine homogénéité dans les caractéristiques des échantillons de cette recherche nous encourage à être prudents dans la généralisation des résultats. Par exemple, les participants étaient strictement de sexe féminin pour l'échantillon de la seconde étude (article 2), étaient tous dans des relations amoureuses stables, étaient en grande majorité d'orientation hétérosexuelle et étaient dans des contextes relativement favorisés (p. ex., financièrement, éducation). Alors qu'une grande étendue d'âge était retrouvée (18 à 84 ans), la moyenne d'âge était de près de 50 ans dans les deux études. Certaines de ces caractéristiques sont connues pour avoir des associations avec nos variables d'intérêt. En effet, le TSPT, le TSPTC et le TPL sont tous davantage prévalents chez les femmes (Arens et al., 2013; Greene et al., 2016; Sachser et al., 2017). Dans le TPL, une diminution des symptômes est typiquement observée avec l'âge (Arens et al., 2013) et la difficulté à maintenir des relations amoureuses à long terme fait souvent partie du portrait clinique de ces troubles (Gunderson et Links, 2014). Certaines de ces caractéristiques représentent également des facteurs de protection potentiels : avoir accès à des ressources financières et relationnelles pourrait avoir favorisé la résilience chez certains participants. Ceci aurait pu affecter les résultats, par exemple par la possible surreprésentation du profil de symptômes faibles. Dans ce même ordre d'idée, des symptômes relativement graves (TSPT, TSPTC et TPL) ont été mesurés dans un échantillon de la communauté. Bien qu'au moins un événement potentiellement traumatique devait être rapporté par les

participants de l'étude, le niveau de symptomatologie rapporté était relativement peu élevé. Notons toutefois que le nombre moyen de traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance rapportés était comparable à celui retrouvé dans des études épidémiologiques passées (c.-à-d., trois types de traumatismes rapportés en moyenne; Finkelhor et al., 2009; Kessler et al., 2017). Comme discuté précédemment, il s'agit là d'une force de cette recherche doctorale, qui se distingue de certaines études passées utilisant des échantillons cliniques ou gravement traumatisés. Par contre, ce choix comporte des inconvénients, notamment sur le plan statistique et au chapitre de la généralisation des résultats. Par exemple, la distribution non normale des symptômes de TSPT, TSPTC et TPL a rendu moins efficace l'utilisation des indices de fit pour choisir le modèle final des analyses de profils latents (surestimation du nombre de profils optimal), nécessitant l'utilisation de stratégies statistiques plus avancées (p. ex., *BIC value " elbows "*) et d'informations complémentaires d'ordre conceptuel.

Enfin, d'un point de vue conceptuel, l'utilisation de critères diagnostics provenant à la fois de la CIM-11 et du DSM-5 comporte des avantages et des inconvénients. D'une part, cette méthodologie a permis une certaine innovation dans l'analyse de nos résultats, puisque les liens entre les symptômes de perturbations de l'organisation du soi (TSPTC, CIM-11) et d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur (TSPT, DSM-5) ont rarement été étudiés. D'autre part, malgré plusieurs ressemblances, les diagnostics de TSPT, de TSPTC et de TPL tels que décrits dans le CIM-11 et dans le DSM-5 présentent des particularités découlant des valeurs priorisées par les organismes qui les parrainent. Par conséquent, ces construits ne sont pas nécessairement interchangeables. Bien qu'ils soient fondamentalement similaires dans leur essence, il existe des nuances pouvant les départager (p. ex., nombre de symptômes nécessaires au diagnostic, formulation), avec comme conséquence que les mêmes individus pourraient recevoir des diagnostics différents en fonction de la nosologie utilisée. Dans le même sens, certains critères présents dans la CIM-11 et dans le DSM-5 ne faisaient pas partie des instruments que nous avons utilisés pour mesurer les troubles à l'étude. Par exemple, les symptômes de TPL sont décrits comme apparaissant au début de l'âge adulte, alors que les symptômes de TSPT et de TSPTC sont, par contraste, décrits comme apparaissant à la suite d'un ou plusieurs événements traumatiques. Nous

n'avons toutefois pas de données spécifiques sur le moment d'apparition des symptômes, la détresse subjective ou l'altération du fonctionnement. Ces informations auraient pu être utiles pour préciser davantage les différences entre le TSPT, le TSPTC et le TPL.

4. Pistes de recherches futures

Cette recherche doctorale ouvre la porte à plusieurs pistes de recherches futures. D'abord, les résultats devraient être répliqués afin de pallier les limites identifiées. En ce qui a trait à la première recherche (article 1), il serait pertinent de valider la version française de l'ITQ dans un échantillon clinique ou présentant des niveaux plus élevés de traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance afin d'être en mesure de généraliser les résultats à cette population. Il serait également important de vérifier la validité du questionnaire dans d'autres régions de la francophonie (p. ex., en Europe, en Afrique du Nord ou à Madagascar) et, si nécessaire, de créer des versions francophones du questionnaire qui leur sont mieux adaptées. Concernant les résultats de la seconde recherche (article 2), où la distinction entre le TSPTC et le TPL a été explorée, il serait avantageux de faire les mêmes analyses dans un échantillon plus hétérogène sur le plan du sexe, de l'âge, de l'orientation sexuelle, de la diversité culturelle, et du statut relationnel. Il serait également intéressant de mesurer les variables d'intérêt avec des entrevues semi-structurées administrées par des cliniciens (p. ex., *The International Trauma Interview for ICD-11 PTSD and Complex PTSD*, Cloitre et Bisson, 2019; et *The Structured Clinical Interview for DSM-5*, First et al., 2016) plutôt que par des questionnaires auto-rapportés. Les résultats ainsi recueillis pourraient être plus exacts puisque soumis au jugement clinique de professionnels formés et aguerris. Enfin, pour consolider la solidité des résultats présentés dans cette thèse, les questionnaires francophones qui n'ont pas encore été validés (CCTQ, MSI) devraient faire l'objet d'études de validation. En outre, alors que la pertinence de la version francophone de l'ITQ a été montrée dans le domaine de la recherche, il serait utile pour les chercheurs de continuer à se pencher sur son utilité clinique comme outil de dépistage du TSPTC (voir Cloitre et al., 2021).

En contribuant à un débat actuel au sujet de la pertinence du TSPTC, cette recherche doctorale s'inscrit dans un plus large effort visant à déterminer si ce diagnostic pourrait avoir sa place dans

une prochaine version du DSM. Les études futures en ce sens gagneraient à continuer de recueillir des données pour éventuellement arriver à une résolution de cette question. Une avenue intéressante concerne l'exploration de la distinction entre le TSPTC et d'autres troubles présents dans le DSM-5, outre ceux qui ont été étudiés ici (TSPT et TPL). Des études pourraient utiliser les analyses de profils latents ou les analyses de classes latentes pour vérifier la distinction entre le TSPTC et les troubles dépressifs (critique apportée par Resick et al., 2012), les troubles de somatisation (critique apportée par Wright et al., 2021) et les troubles dissociatifs, par exemple. De plus, cette recherche ouvre la discussion sur la relation entre le groupe de symptômes d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur ajouté récemment au DSM-5 et les symptômes de perturbations de l'organisation du soi inclus dans la CIM-11. Des études futures pourraient faire l'évaluation des symptômes d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur et de perturbations de l'organisation du soi chez les mêmes individus par des cliniciens expérimentés, pour avoir une estimation plus précise du niveau de chevauchement qui existe entre ces deux groupes de symptômes. Il serait intéressant de faire, par la suite, une comparaison de leur sensibilité, de leur valeur discriminante, de leur organisation factorielle et de leur pertinence clinique. Recueillir l'opinion des cliniciens experts dans les domaines du trauma et des troubles de la personnalité à l'aide de recherches qualitatives pourrait également être une manière pertinente de continuer à faire avancer le débat actuel et de mieux comprendre les enjeux cliniques présents sur le terrain.

Cette recherche doctorale met également en lumière les traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance, les expériences de dissociation et les altérations de la satisfaction de vie qui sont communes au TSPTC et au TPL. Davantage de recherches seraient nécessaires pour déterminer quels éléments peuvent expliquer, suite à un historique traumatique en enfance, l'émergence différentielle de symptômes de TPL, de TSPTC ou de la comorbidité TSPTC/TPL à l'âge adulte. Dans ce sens, explorer le rôle des facteurs psychologiques, sociaux, systémiques, génétiques et neurologiques contribuant au développement et au maintien de l'un ou l'autre de ces troubles serait une étape importante. Ceci permettrait éventuellement d'arriver à un modèle théorique compréhensif et cliniquement utile du développement du TSPTC, comprenant non seulement une conception fine de l'impact des traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance (p. ex., modèle du trauma au soi;

Briere, 2002), mais aussi de leur interaction avec d'autres facteurs biopsychosociaux. Par ailleurs, en se questionnant sur les similarités entre le TSPT, le TPL et le TSPTC—incluant celles mises en relief dans cette étude doctorale—des experts du domaine (Ford et Courtois, 2021; Giourou et al., 2018) ont mis de l'avant une hypothèse intéressante : que ces troubles pourraient représenter un continuum de réponses post-traumatiques, dans lequel les réponses biologiques au stress (*fight-flight-freeze*) se maintiendraient dans le temps et deviendraient inadaptées. Le TSPT constituerait donc un maintien de la réponse *freeze*, le TSPTC serait caractérisé par un maintien des réponses *freeze* et *flight*, et le TPL un maintien de la réponse *fight*. Cette hypothèse se trouve à un stade très embryonnaire, mais pourrait représenter un point de départ pour les études futures s'intéressant à cet enjeu (p. ex., neuro-imagerie). Enfin, alors que cette recherche doctorale permet d'avoir une illustration figée dans le temps des symptômes de TSPTC et de TPL à l'âge adulte, des études longitudinales futures pourraient s'affairer à mieux comprendre les trajectoires symptomatologiques des survivants de traumas interpersonnels cumulatifs en enfance aux différentes étapes de leur développement (enfance, adolescence, âge adulte, période gériatrique).

5. Implications cliniques

Bien que cette recherche doctorale ait été menée dans un échantillon de la communauté et que les questions explorées soient d'ordre théorique, des implications cliniques et pratiques peuvent en être dégagées. En confirmant la structure factorielle du TSPTC et sa distinction avec d'autres troubles en apparence similaires (TSPT, TPL), cette recherche s'inscrit dans un courant d'études supportant l'utilité du construit de TSPTC. Dans ce sens, il est intéressant de considérer les avantages potentiels de l'inclusion de ce diagnostic dans les outils de classification des troubles mentaux (c.-à-d., dans la CIM-11, et potentiellement dans une prochaine version du DSM). Premièrement, cet ajout pourrait offrir aux organismes, aux cliniciens et aux clients un langage commun pour décrire les difficultés spécifiques au TSPTC. Deuxièmement, ceci pourrait promouvoir l'avancement et la diffusion de connaissances au sujet du TSPTC. Troisièmement, les clients pourraient avoir plus facilement accès à des traitements spécialisés, et les thérapeutes pourraient avoir plus facilement accès à de la formation en lien avec ces traitements. Finalement, le diagnostic de TSPTC, qui se veut une description holistique des impacts des traumas interpersonnels cumulatifs en enfance,

pourrait réduire la confusion découlant des comorbidités multiples avec lesquelles cette population peut être diagnostiquée (p. ex., comorbidité TSPT/TPL), les symptômes pouvant être expliqués de manière intégrée et non comme l'amalgame d'entités séparées.

Cette recherche encourage également les cliniciens à bien se former pour offrir les traitements actuellement disponibles et supportés par les évidences dans les domaines du TSPT, du TSPTC et du TPL. Découlant du modèle du traitement émotionnel de l'information (Foa et al., 1989; Rauch et Foa, 2006), les techniques d'exposition prolongée et in vivo (Foa et al., 2007) ont été développées pour atténuer les structures de peur traumatiques en diminuant les comportements d'évitement face aux stimuli associés au trauma. L'efficacité de ces techniques a été démontrée pour les clients souffrant de TSPT (McLean et al., 2021), avec certaines considérations à tenir en compte lorsque des symptômes additionnels ou comorbidités sont présents (p. ex., TPL; Harned et al., 2018). Découlant du modèle biopsychosocial, la thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993) a été développée pour favoriser l'apprentissage d'habiletés de régulation des émotions notamment, avec une emphase sur la validation—des éléments ayant potentiellement fait défaut dans l'histoire développementale des clients souffrant d'un TPL. L'efficacité de cette thérapie a été démontrée (Stoffers-Winterling et al., 2022). Un traitement composite auquel des techniques d'exposition prolongée et in vivo sont ajoutées à la thérapie comportementale dialectique semble d'ailleurs efficace pour réduire les symptômes de la comorbidité TSPT/TPL (Harned et al., 2018; Bohus et al., 2020). Dans ce sens, des traitements séquentiels ont été mis de l'avant par des experts du domaine pour le traitement du TSPTC (p. ex., Ford et Courtois, 2014). Ceux-ci comprennent une première phase de stabilisation et de développement de stratégies d'adaptation, suivie par une deuxième phase de travail sur l'intégration des souvenirs traumatiques, et, dans certains cas, une troisième phase d'engagement dans la communauté. Les traitements séquentiels sont recommandés par l'Internationale Society for Traumatic Studies (ISTSS Guidelines Committee, 2019) et soutenus par les études probantes (Coventry et al., 2020), bien qu'il existe une grande homogénéité dans les modalités proposées. Au fil des efforts cliniques et scientifiques, de plus en plus d'information devrait être rendue disponible pour guider les cliniciens dans leur travail auprès des clients souffrant d'un TSPTC.

Ensuite, en offrant un soutien empirique au diagnostic de TSPTC, cette recherche s'inscrit dans un changement de paradigme favorisant une plus grande sensibilisation face aux impacts des traumas, dans lequel la posture du clinicien passerait d'un questionnement de « qu'est-ce qui ne va pas chez vous ? » (« what is wrong with you? ») vers une considération ciblant plutôt « qu'est-ce qui vous est arrivé ? » (« what happened to you ? »; Sweeney et al., 2018). Cela fait écho au Modèle du trauma au soi (Briere, 2002), selon lequel les séquelles traumatiques sont comprises comme allant au-delà des symptômes classiques d'intrusion, d'évitement et d'activation. Les traumas sont alors compris comme ayant un impact important, voire structurel, sur plusieurs sphères de la vie, dont les émotions, les relations et l'identité. De plus en plus, cette philosophie est encouragée par les études empiriques et reconnue par les spécialistes, tel qu'en démontre l'inclusion du diagnostic de TSPTC dans la CIM-11. Poser un diagnostic de TSPTC lorsque pertinent représenterait une occasion pour les cliniciens et leurs clients de conceptualiser les symptômes comme plus directement reliés aux expériences traumatiques, facilitant ainsi la création de sens et réduisant la honte et le stigma associés aux symptômes. De plus, en faisant valoir l'importante prévalence des traumas interpersonnels cumulatifs en enfance rapportés par les clients souffrant de symptômes de TPL, cette recherche encourage ce changement de paradigme de manière transdiagnostique. Il est à espérer que l'intérêt grandissant pour le TSPTC soit indicatif d'un mouvement plus général vers des approches sensibles au trauma.

Dans ce sens, la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (2014) identifie quatre conditions sous-jacentes aux approches sensibles au trauma (les quatre « r ») : réaliser, reconnaître, répondre et résister à re-traumatiser.

Premièrement, les pratiques sensibles aux traumas invitent à *réaliser* l'ampleur des traumas, leur prévalence et leurs impacts. La philosophie derrière le diagnostic de TSPTC s'inscrit dans cette approche, puisqu'il se veut une description plus juste de l'éventail des symptômes pouvant survenir en réponse aux traumas interpersonnels cumulatifs en enfance. Cette recherche doctorale met l'emphase sur la prévalence importante de ces traumas, même dans des échantillons issus de la communauté, et leur association avec des symptômes non seulement de TSPTC, mais aussi de TPL. Ces éléments démontrent bien l'envergure de la prévalence et des impacts des traumas.

Deuxièmement, ces pratiques invitent à *reconnaître* les signes et manifestations post-traumatiques chez les survivant.e.s. L'inclusion du diagnostic de TSPTC dans les outils d'évaluation et de classification représente un pas dans cette direction, puisqu'elle favorise une compréhension plus inclusive des manifestations et des répercussions des traumas. La traduction de l'ITQ en français rend également disponible un outil bref pouvant contribuer au dépistage des symptômes post-traumatiques complexes.

Troisièmement, l'emphase est mise sur l'importance d'offrir des *réponses* adéquates aux survivant.e.s, qui sont basées sur les données probantes et qui considèrent leurs besoins et leurs réalités particulières. En faisant ressortir la pertinence du diagnostic de trouble de stress post-traumatique complexe et le rôle des traumas interpersonnels cumulatifs en enfance dans le TPL, cette recherche doctorale va dans le sens de favoriser le perfectionnement et l'évaluation de traitements efficaces pour traiter les symptômes de TSPT, de TSPTC, et de TPL, ainsi que le transfert des connaissances à sujet.

Quatrièmement, les pratiques sensibles aux traumas mettent l'emphase sur l'importance prioritaire de *résister à re-traumatiser* les survivant.e.s. En examinant les liens entre les expériences traumatiques en enfance et les symptômes de diagnostics typiquement liés aux expériences de trauma, cette recherche doctorale encourage le développement de l'empathie et la diminution du stigma lié à ces conditions de santé mentale. Par ailleurs, une vision plus ajustée et inclusive des impacts des traumas semble essentielle pour éviter la re-traumatisation, puisqu'elle pourrait permettre aux professionnels d'être plus conscients des zones de vulnérabilité des survivant.e.s et des impacts possibles de leurs interventions. Ultimement, cette recherche doctorale met de l'avant l'importance d'adopter une approche basée sur les évidences scientifiques, informée et sensible, afin de favoriser le rétablissement de cette population vulnérable.

6. Conclusion

En conclusion, cette recherche doctorale s'inscrit dans un effort scientifique concerté pour approfondir les connaissances sur le diagnostic de TSPTC. Le premier volet de la recherche (article

1) contribue à ce mouvement en rendant disponible et validant la version francophone de l'ITQ, un questionnaire mesurant les symptômes de TSPTC. Sous-jacent à cet objectif principal, cet article a permis de préciser avec davantage de finesse la cohérence interne et la validité convergente des échelles et des sous-échelles de l'ITQ et de confirmer la validité factorielle spécifique à l'ITQ et plus globale du construit de TSPTC. Le deuxième volet de la recherche (article 2) a comme contribution principale l'examen des patrons de symptômes de TSPTC et le TPL. Cet article a mis de l'avant les distinctions et caractéristiques communes au TSPT, au TSPTC et au TPL. Il s'est démarqué des études passées par son utilisation d'un échantillon de la communauté et par l'exploration des symptômes d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur. Ces résultats doivent être considérés en tenant compte des limites de cette recherche doctorale, qui touchent des aspects méthodologiques et conceptuels. Ils ouvrent également la porte à diverses recherches futures portant sur des thèmes autant associés à la recherche fondamentale qu'appliquée. Enfin, ils ont des implications cliniques intéressantes, qui soulignent l'importance pour les intervenants de considérer les impacts de traumatismes interpersonnels cumulatifs en enfance avec la compréhension empathique profonde ainsi que les connaissances théoriques et pratiques nécessaires pour les traiter efficacement.

APPENDICE A

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :	Traumas interpersonnels et santé psycho-relationnelle des couples adultes émergents.
Chercheur responsable :	Natacha Godbout, Ph.D., Université du Québec à Montréal
Co-Chercheurs :	Martine Hébert, Ph.D., Université du Québec à Montréal Stéphane Sabourin, Ph.D., Université Laval Yvan Lussier, Ph.D., Université du Québec à Trois-Rivières
Coordonnatrices :	Caroline Dugal, caroline.dugal24@gmail.com; Gaëlle Cyr, gaellecyr@hotmail.ca;
Organisme de financement :	IRSC , Instituts de recherche en santé du Canada, Subvention Projet

Préambule

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Au besoin, n'hésitez pas à communiquer avec les coordonnatrices du projet.

Objectifs du projet

La relation de couple est la relation la plus importante pour une majorité d'adultes. Or, certains facteurs tels que les traumas interpersonnels à l'enfance (TIE : expérience d'abus et de négligence) peuvent être liés à des difficultés relationnelles (ex. difficultés de communication, détresse conjugale). C'est pourquoi il importe de comprendre les facteurs psychologiques et relationnels pouvant mener aux difficultés relationnelles, ou au contraire, favoriser le développement de relations saines. La présente étude vise à identifier des variables pouvant favoriser la santé psycho-relationnelle des individus, qu'ils soient victimes de TIE ou non.

Nature de la participation

Votre participation consiste à répondre, à deux reprises (aujourd'hui et dans un an), à un questionnaire en ligne, qui nécessitera environ 45 à 60 minutes de votre temps. Le questionnaire porte sur vos expériences relationnelles (ex. soutien parental, négligence ou violence en enfance) et à l'âge adulte (soutien du partenaire, violence, attachement, communication, satisfaction conjugale et sexuelle), ainsi que votre bien-être psychologique (bonheur, symptômes dépressifs ou anxieux).

Avantages

Il peut être bénéfique pour vous de réfléchir à ce que vous avez vécu ou vivez actuellement en répondant au questionnaire. Les relations de couple peuvent être complexes et votre participation pourrait vous amener des réflexions ou discussions intéressantes avec votre partenaire. Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances dans les domaines de la psychologie et de

la sexologie puisqu'elle nous permettra de recueillir de l'information sur le fonctionnement psychologique, conjugal et sexuel des adultes en couple. Ceci nous permettra de mieux comprendre votre vécu et vos besoins, dans le but ultime d'améliorer les services de santé, d'intervention et de prévention qui vous sont offerts.

Risques et inconvénients

Certaines questions pourraient raviver des émotions désagréables. Vous n'êtes pas obligé de répondre aux questions qui vous rendent mal à l'aise. Vous pouvez également suspendre votre participation momentanément. Une liste de références vous sera remise et vous pouvez contacter l'équipe de recherche pour d'autres références.

Compensation

Vous avez l'option de recevoir

- a) une somme de 10\$ à titre de compensation pour votre contribution au projet.
OU
- b) **de participer au tirage pour gagner un prix de 100\$ (1 chance sur 50 de gagner). Les participants gagnants seront contactés par courriel dans la semaine suivant le tirage qui aura lieu une fois la collecte des données terminée.**

Confidentialité

Les renseignements recueillis seront confidentiels et conservés sur un ordinateur verrouillé du laboratoire de la responsable de l'étude auquel seuls l'équipe de recherche a accès. Afin de protéger votre identité et la confidentialité de vos données, vos réponses aux questionnaires seront liées à un code alphanumérique et seule la responsable et coordonnatrice auront accès à vos données nominatives. Aucune publication ou communication ne contiendra de renseignements permettant de vous identifier. Les données seront supprimées sept ans après la fin de la recherche.

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, que vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps, sans préjudice de quelque nature que ce soit, et sans avoir à vous justifier.

Suivi

Où préférez-vous que l'invitation à participer au 2^e temps (dans 1 an) vous soit envoyée, **vous serez alors libre d'accepter ou non de participer.**

Adresse postale : _____

Adresse courriel : _____

Téléphone : _____

Acceptez-vous une utilisation de vos données de recherche **anonymes** dans d'autres projets de recherche similaires (ex. groupée à d'autres données internationales pour comparer les couples dans divers pays) ? Vous êtes libre de refuser cette utilisation secondaire.

- J'accepte que mes données anonymes puissent être utilisées dans d'autres projets de recherche
- Je refuse que mes données puissent être utilisées dans d'autres projets de recherche

Responsabilité

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, ou les institutions impliquées de leurs obligations civiles et professionnelles.

Personnes-ressources :

Vous pouvez contacter la coordonnatrice du projet au numéro (514) 987-3000 poste 2752. Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a approuvé ce projet et en assure le suivi, vous pouvez contacter la coordonnatrice du Comité au numéro 987-3000 poste 7753 ou par courriel à l'adresse : ciereh@uqam.ca.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec le bureau de l'ombudsman de l'UQAM (Courriel: ombudsman@uqam.ca; Téléphone: (514) 987-3151).

Remerciements : Votre collaboration est importante à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

Consentement du participant : Je reconnais avoir lu et compris ce formulaire. Je comprends les objectifs du projet et ce que ma participation implique. Je confirme avoir disposé du temps nécessaire pour réfléchir à ma décision de participer. Je reconnais avoir eu la possibilité de contacter le responsable du projet (ou son délégué) afin de poser toutes les questions concernant ma participation et que l'on m'a répondu de manière satisfaisante le cas échéant. Je comprends que je peux me retirer du projet en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Je consens volontairement à participer à ce projet de recherche.

J'accepte de participer à cette étude

Oui _____ Non _____

APPENDICE B

CERTIFICATS D'APPROBATION ÉTHIQUE



CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

No. de certificat : 2017-1284
Date : 2022-04-04

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a examiné le rapport annuel pour le projet mentionné ci-dessous et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (janvier 2020) de l'UQAM.

Protocole de recherche

Chercheur principal : Natacha Godbout
Unité de rattachement : Département de sexologie
Titre du protocole de recherche : Traumas interpersonnels et la santé psycho-relationnelle chez les couples adultes émergents
Source de financement (le cas échéant) : s.o.
Date d'approbation initiale du projet : 2016-12-06

Équipe de recherche

Cochercheurs UQAM : Martine Hébert
Cochercheurs externes : Stéphane Sabourin (Université Laval); Yvan Lussier (UQTR)
Étudiants réalisant un projet de mémoire : Valérie Hémond-Dussault
Étudiants réalisant un projet de thèse : Mathilde Baumann; Éliane Dussault

Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approuvé par le CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiquées rapidement au comité.

Tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiqué au comité. Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide jusqu'au **2023-04-01**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificat.

Louis-Philippe Auger
Coordonnateur du CIEREH

Pour: Yanick Farmer
Professeur
Président du CIEREH



AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

No. de certificat : 2017-1284

Date : 2022-04-08

Titre du projet : Trouble de stress post-traumatique complexe : Validation d'une mesure francophone et distinction avec le trouble de la personnalité limite

Nom de l'étudiante : Gaëlle Gyr (CYRG29629408)

Programme d'étude : Doctorat en sexologie

Direction de recherche : Natacha Godbout

Unité de rattachement : Département de sexologie

OBJET : Avis final de conformité - doctorat

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) confirme que Gaëlle Gyr a réalisé sa thèse de doctorat sous la direction de Natacha Godbout conformément aux normes et politiques éthiques en vigueur, en tant que membre de l'équipe de recherche pour le projet couvert par le certificat d'éthique no. 2017-1284.

Merci de bien vouloir inclure le présent document et du certificat d'éthique susmentionné en annexe de votre travail de recherche.

Les membres du CIEREH vous félicitent pour la réalisation de votre recherche et vous offrent leurs meilleurs vœux pour la suite de vos activités.

Louis-Philippe Auger
Coordonnateur du CIEREH

Pour: Yanick Farmer
Professeur
Président du CIEREH

APPENDICE C

QUESTIONNAIRES

International Trauma Questionnaire (français)

Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes et symptômes qu'ont parfois les gens en réponse à des expériences de vie stressantes ou traumatiques. S'il vous plaît indiquer l'expérience qui vous perturbe le plus et répondre aux questions par rapport à cette expérience.

Expérience :

- a) Expérience à caractère sexuel
- b) Violence physique des parents (ou ceux qui prenaient soins de vous)
- c) Négligence des parents (ou ceux qui prenaient soins de vous)
- d) Violence conjugale entre vos parents (ou ceux qui prenaient soins de vous)
- e) Intimidation
- f) Maladie mentale ou abus de substance (alcool, drogues) de vos parents (ou ceux qui prenaient soins de vous)
- g) Mort d'un proche
- h) Catastrophe naturelle ou accident
- i) Autre, précisez _____
- j) Aucune

Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes ou de symptômes parfois rapportés par les personnes qui ont vécu un événement stressant ou traumatique. S'il vous plaît lire chaque item attentivement, puis entourer le chiffre à droite qui indique le mieux à quel point vous avez été dérangé par ce problème au cours du dernier mois.

À quel point est-ce vrai de vous ?	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
1. Avoir des rêves perturbants dans lesquels se rejoue une partie de l'expérience ou qui sont clairement en lien avec l'expérience ?	0	1	2	3	4
2. Avoir des images ou des souvenirs forts qui vous viennent à l'esprit, comme si l'expérience se passait à nouveau ici et maintenant ?	0	1	2	3	4
3. Éviter les rappels internes de l'expérience (ex., pensées, sentiments ou sensations physiques) ?	0	1	2	3	4
4. Éviter les rappels externes de l'expérience (ex., personnes, lieux, conversations, objets, activités ou situations) ?	0	1	2	3	4
5. Être « super-alerte », vigilant ou sur ses gardes ?	0	1	2	3	4

6. Vous sentir « sur les nerfs » ou sursauter facilement ?	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes ou de symptômes parfois rapportés par les personnes qui ont vécu un événement stressant ou traumatique. Les questions font référence à votre manière typique de vous sentir, de vous percevoir et d'entrer en relation avec les autres. Répondez aux items suivants en notant à quel point chacun est vrai pour vous.

À quel point est-ce vrai de vous ?	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
7. Quand je suis bouleversé, ça me prend beaucoup de temps pour me calmer.	0	1	2	3	4
8. J'ai l'impression d'être insensible ou émotionnellement éteint.	0	1	2	3	4
9. J'ai l'impression d'être un échec.	0	1	2	3	4
10. J'ai l'impression que je ne vauds rien.	0	1	2	3	4
11. Je me sens distant ou coupé des autres.	0	1	2	3	4
12. Je trouve difficile de rester proche des autres émotionnellement.	0	1	2	3	4

Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536-546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>

Cyr, G., Belanger, C., & Godbout, N. (2022). French translation and validation of the International Trauma Questionnaire in a Canadian community sample. *Child Abuse & Neglect*, 128, 105627. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105627>

PTSD Checklist for DSM-5 (français)

En gardant en tête le pire évènement vécu, lisez attentivement chacun des problèmes et encerclez un des chiffres à droite pour indiquer à quel point vous avez été dérangé par ce problème au cours du dernier mois.

Au cours du dernier mois, à quel point avez-vous été dérangé par :

	0	1	2	3	4
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement	
1. Le fait d'avoir de la difficulté à vous souvenir de certaines parties importantes de l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
2. Le fait d'avoir de fortes croyances négatives de vous-même, d'autrui ou du monde (par exemple, avoir des pensées telles que « Je suis mauvais, il y a quelque chose qui ne va vraiment pas chez moi, on ne peut faire confiance à personne, le monde est tout à fait dangereux ») ?	0	1	2	3	4
3. Le fait de vous blâmer ou de blâmer quelqu'un d'autre pour l'expérience stressante et/ou pour ce qui s'est produit par la suite ?	0	1	2	3	4
4. La présence de fortes émotions négatives telles que la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte ?	0	1	2	3	4
5. La perte d'intérêt pour les activités que vous aimiez auparavant ?	0	1	2	3	4
6. Un sentiment d'éloignement ou d'isolement vis-à-vis des autres ?	0	1	2	3	4
7. Le fait d'avoir de la difficulté à ressentir des émotions positives (par exemple, être incapable de ressentir de la joie ou de ressentir de l'amour pour vos proches) ?	0	1	2	3	4

Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-5* (PCL-5). *PloS one*, *11*(10), 1–16.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645>

Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-5* (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, *28*(6), 489–498.
<https://doi.org/10.1002/jts.22059>

McLean Screening Instrument for BPD (français)

De manière typique :

1. Mes relations intimes sont troublées par des disputes ou des ruptures répétées (se quitter et réconcilier).	Oui / Non
2. Je me suis blessé.e physiquement de manière délibérée (ex. me frapper, me couper, me brûler) ou j'ai fait une tentative de suicide.	Oui / Non
3. J'ai vécu des problèmes d'impulsivité (ex. (ex. boulimie, dépenses, abus d'alcool ou de drogue, conduite dangereuse, comportements sexuels à risque)?).	Oui / Non
4. Je suis d'humeur extrêmement changeante.	Oui / Non
5. Il m'arrive de me sentir très en colère ou d'agir de manière colérique ou sarcastique.	Oui / Non
6. Il m'arrive d'être méfiant/e envers les autres	Oui / Non
7. Il m'arrive de me sentir irréel/le, ou comme si les choses autour de moi étaient irréelles	Oui / Non
8. Je me sens vide	Oui / Non
9. J'ai l'impression de ne pas savoir qui je suis ou de ne pas avoir d'identité propre	Oui / Non

Traduction libre de :

Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: The McLean screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders, 17*(6), 568–573. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.6.568.25355>

Questionnaire des Traumas Cumulatifs en Enfance

Avant l'âge de 18 ans, combien de fois par année les incidents suivants se sont-ils produits? Rapportez-vous à **une année typique**, en référence à vos parents ou ceux qui prenaient soin de vous

0	1	2	3	4	5	6
Jamais	1 fois par année	2-5 fois par année	6-10 fois par année	1 fois par mois	1 fois par semaine	Chaque jour ou presque

L'un de mes parents (ou les deux)

1. A eu du mal à me comprendre ou à comprendre mes besoins.	0 1 2 3 4 5 6
2. M'ignorait ou n'était pas là quand j'avais besoin.	0 1 2 3 4 5 6
3. Pas donné de repas, de bains réguliers, de vêtements propres ou soin médical dont j'avais besoin.	0 1 2 3 4 5 6
4. Fait sentir comme si je ne comptais pas.	0 1 2 3 4 5 6
5. Dit que j'étais bon/ne à rien ou des choses blessantes.	0 1 2 3 4 5 6
6. Humilié/e, rabaissé/e ou ridiculisé/e.	0 1 2 3 4 5 6
7. Poussé/e ou bousculé/e.	0 1 2 3 4 5 6
8. Frappé ou donné un coup de poing ou un coup de pied.	0 1 2 3 4 5 6
9. Frappé/e avec un objet (ceinture, bâton, etc.) ou brûlé.	0 1 2 3 4 5 6
10. Giflé/e ou frappé sur les fesses.	0 1 2 3 4 5 6

Par rapport à mes parents (ou ceux qui prenaient soin de moi)

11. Mes parents se disaient des bêtises, se criaient par la tête, ou se rabaissaient.	0 1 2 3 4 5 6
12. Mes parents se bouscullaient, se frappaient, se battaient ou se lançaient des objets.	0 1 2 3 4 5 6

À l'école, au secondaire, ou dans mon quartier

13. J'ai été intimidé/e ou harcelé/e par un jeune ou un groupe de jeunes (l'intimidation ou « bullying » réfère à tout comportement verbal ou physique agressif avec tentative de domination).	0 1 2 3 4 5 6
--	---------------

Expériences sexuelles durant l'enfance

Un acte à caractère sexuel consiste en tout geste, avec ou sans contact sexuel : caresse, baiser, jeu sexuel, attouchement sexuel, pénétration orale, vaginale ou anale, proposition verbale à caractère sexuel, exposition à des scènes sexuelles, etc. En vous rapportant à cette définition :

A) Avant l'âge de 16 ans, avez-vous eu un acte à caractère sexuel avec l'une des personnes suivantes (encerclez tout ce qui s'applique) :

- a) Personne connue ayant **au moins 5 ans de plus que vous** s (ami/e, ami/e de la famille, voisin/e, etc.)
- b) Personne/s inconnue/s ayant **au moins 5 ans de plus que vous**
- c) Personne/s en position d'autorité (enseignant/e, gardien/ne, entraîneur/e, etc.)
- d) Membre/s de la famille élargie (oncle/tante, cousin/e, grand-père/mère, etc.) ayant **au moins 5 ans de plus que vous**
- e) Membre/s de la fratrie (frère/sœur, demi-frère/sœur) ayant **au moins 5 ans de plus que vous**
- f) Père biologique ou figure paternelle (p. ex., beau-père)
- g) Mère biologique ou figure maternelle (p. ex., belle-mère)
- h) Non, je n'ai jamais eu aucun acte à caractère sexuel avec l'une des personnes précédentes

B) Avant l'âge de 18 ans, avez-vous eu un acte à caractère sexuel **non-désiré** avec l'une des personnes suivantes (encerclez tout ce qui s'applique) :

- a) Partenaire/s amoureux/se/s
- b) Membre/s de la fratrie (frère/sœur, demi-frère/sœur)
- c) Cousin/e ou autre/s membre/s de la famille élargie
- d) Ami/e, voisin/e ou autre/s personne/s connue/s
- e) Personne/s inconnue/s
- f) Figure parentale
- g) Non, je n'ai jamais eu aucun acte à caractère sexuel **non-désiré** avant l'âge de 18 ans. ***Si répondu NON aux deux sous-questions (A et B), veuillez passer directement à la section : APRÈS l'âge de 18 ans.**

Godbout, N., Bigras, N., & Sabourin, S. (2017). *Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ)* [Unpublished manuscript]. Department of Psychology, University of Quebec in Montreal.

Échelle de Satisfaction de Vie

A l'aide de l'échelle ci-dessous, indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés :

	1		2		3		4		5		6		7
	Fortement en désaccord		En désaccord		Légèrement en désaccord		Ni en désaccord ni en accord		Légèrement en accord		En accord		Fortement en accord
1. En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.													
2. Mes conditions de vie sont excellentes.													
3. Je suis satisfait/e de ma vie.													
4. Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie													
5. Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien.													

Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., et Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale" [Satisfaction with Life Scale: French-Canadian Validation of the "Satisfaction With Life Scale"]. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(2), 210-223.
<http://dx.doi.org/10.1037/h0079854>

Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

Trauma Symptoms Inventory – Échelle de Dissociation (français)

Durant les **6 derniers mois**, à quelle fréquence vous êtes-vous ou avez-vous :

	1	2	3	4
	Jamais	Très rarement	Quelques fois	Souvent
1. Eu l'impression d'être dans un rêve	1	2	3	4
2. Faites dire que vous n'êtes pas suffisamment attentif/ve à tout ce qui se passe autour de vous	1	2	3	4
3. Eu la sensation d'être en dehors de votre corps	1	2	3	4
4. Eu l'impression d'avoir deux ou plusieurs personnes à l'intérieur de vous-même	1	2	3	4
5. Eu la sensation que tout était irréel autour de vous	1	2	3	4
6. Eu la sensation de ne pas être vraiment vous-même	1	2	3	4
7. Été absent/e ou dans la lune	1	2	3	4
8. Eu des difficultés à vous souvenir des détails d'un événement désagréable que vous avez vécu	1	2	3	4
9. Retrouvé quelque part sans savoir comment vous êtes arrivé/e là	1	2	3	4
10. Eu la sensation de vous voir vous-même de l'extérieur	1	2	3	4

Briere, J. (2011). *Trauma Symptom Inventory* (2nd ed.). Psychological Assessment Resources.

Bigras, N., Godbout, N., Hébert, M., & Sabourin, S. (2017). Cumulative adverse childhood experiences and sexual satisfaction in sex therapy patients: What role for symptom complexity?. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(3), 444-454. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.013>

Inventaire des Capacités du Soi Altérées – échelles de Dysrégulation Émotionnelle, de Conflits Interpersonnels et de Perturbations de L'identité

Au cours des **6 derniers mois**, combien de fois avez-vous expérimenté ce qui suit :

	1	2	3	4	5
	Jamais	Une fois ou deux	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Des problèmes dans vos relations avec les autres.	1	2	3	4	5
2. Avoir l'impression que vous ne vous connaissez pas très bien.	1	2	3	4	5
3. Ne pas être capable de vous calmer.					
4. Ne pas vous entendre avec des gens.	1	2	3	4	5
5. Souhaiter vous comprendre mieux.	1	2	3	4	5
6. Avoir de la difficulté à vous calmer une fois que vous étiez en colère.	1	2	3	4	5
7. Vous disputer avec des gens.	1	2	3	4	5
8. Sentir que vous ne comprenez pas vos propres comportements.	1	2	3	4	5
9. Être hors de contrôle émotionnellement.	1	2	3	4	5
10. Avoir beaucoup de hauts et de bas dans vos relations avec les gens.	1	2	3	4	5
11. Être confus/e à propos de ce que vous vouliez dans la vie.	1	2	3	4	5
12. Ne pas avoir été capable de contrôler votre colère.	1	2	3	4	5
13. Avoir des conflits dans vos relations.	1	2	3	4	5
14. Vous sentir comme si vous n'aviez pas d'identité.	1	2	3	4	5
15. Souhaiter vous calmer, mais ne pas en être capable.	1	2	3	4	5
16. Vous fâcher contre un/e ami/e ou un/e amoureux/se.	1	2	3	4	5
17. Oublier qui vous êtes et ce que vous voulez en présence des gens.	1	2	3	4	5
18. Ressentir des changements d'humeur rapides.	1	2	3	4	5
19. Avoir des difficultés à vous entendre avec des gens au travail, à l'école ou dans votre voisinage.	1	2	3	4	5
20. Devenir confus/e à propos de ce que vous désiriez quand vous étiez avec d'autres personnes.	1	2	3	4	5
21. Éprouver beaucoup de hauts et de bas dans vos sentiments.	1	2	3	4	5
22. Avoir des désaccords avec des gens.	1	2	3	4	5
23. Avoir l'impression de devenir quelqu'un d'autre avec certaines personnes.	1	2	3	4	5
24. Vous bagarrer avec des gens.	1	2	3	4	5
25. Perdre votre identité au sein d'une relation.	1	2	3	4	5
26. Devenir heureux pour de courtes périodes de temps, mais qui ne durent pas.	1	2	3	4	5

Bigras, N., & Godbout, N. (2020). Validation francophone de l'Inventaire des capacités du soi altérées au sein d'adultes de la communauté et d'un échantillon clinique [French validation of the Inventory of Altered Self-Capacities in adults from the community and a clinical sample]. *Canadian Journal of Behavioral Sciences/Revue Canadienne des sciences du comportement*, 52(4), 285–298. <https://doi.org/10.1037/cbs0000177>

Briere, J. (2000). *Inventory of Altered Self Capacities (IASC)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

RÉFÉRENCES

- Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K., & Sareen, J. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada, *Canadian Medical Association journal*, *186*(9), E324-E332. doi : 10.1503/cmaj.131792
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Arens, E. A., Stopsack, M., Spitzer, C., Appel, K., Dudeck, M., Völzke, H., Grabe, H. J. et Barnow, S. (2013). Borderline personality disorder in four different age groups: a cross-sectional study of community residents in Germany. *Journal of personality disorders*, *27*(2), 196-207. https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_072
- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-5* (PCL-5). *PloS one*, *11*(10), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645>
- Ball, J. S. et Links, P. S. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: Evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, *11*(1), 63–68. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0010-4>
- Beltran, R. O., Silove, D. et Llewellyn, G. M. (2009). Comparison of ICD-10 diagnostic guidelines and research criteria for enduring personality change after catastrophic experience. *Psychopathology*, *42*(2), 113-118. <https://doi.org/10.1159/000204761>.
- Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Lueger-Schuster, B. et Shevlin, M. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and anxiety*, *35*(3), 264-274. doi: 10.1002/da.22723
- Bigras, N., et Godbout, N. (2020). Validation francophone de l’Inventaire des capacités du soi altérées au sein d’adultes de la communauté et d’un échantillon clinique [French validation of the Inventory of Altered Self-Capacities in adults from the community and a clinical sample]. *Canadian Journal of Behavioral Sciences/Revue Canadienne des sciences du comportement*, *52*(4), 285–298. <https://doi.org/10.1037/cbs0000177>
- Bigras, N., Godbout, N., Hébert, M., & Sabourin, S. (2017). Cumulative adverse childhood experiences and sexual satisfaction in sex therapy patients: What role for symptom complexity?. *The Journal of Sexual Medicine*, *14*(3), 444-454. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.013>

- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., et Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale" [Satisfaction with Life Scale: French-Canadian Validation of the "Satisfaction With Life Scale"]. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(2), 210-223.
<http://dx.doi.org/10.1037/h0079854>
- Błaż-Kapusta, B. (2008). Disorders of extreme stress not otherwise specified (DESNOS)—a case study. *Archives of Psychiatry & Psychotherapy*, 10(2), 5-11. Repéré à :
http://w.archivespp.pl/uploads/images/2008_10_2/5_p___Archives%202_08.pdf
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for *DSM-5* (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498.
<https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P. A., Stiglmayr, C., Schmahl, C. et Priebe, K. (2020). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder (DBT-PTSD) compared with cognitive processing therapy (CPT) in complex presentations of PTSD in women survivors of childhood abuse: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 77(12), 1235-1245.
[doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.2148](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2148)
- Brewin, C. R. (2013). "I wouldn't start from here:" An alternative perspective on PTSD from the *ICD-11*: Comment on Friedman (2013). *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 557–559.
<https://doi.org/10.1002/jts.21843>
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suziki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical psychology review*, 58, 1-15.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., Schnyder, U. et Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: life after criterion A. *Journal of traumatic stress*, 22(5), 366-373.
<https://doi.org/10.1002/jts.20443>
- Briere, J. (2000). *Inventory of Altered Self Capacities (IASC)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. Dans J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, T. Reid, et C. Jenny (dir.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2^e ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Briere, J. (2011). *Trauma Symptom Inventory* (2nd ed.). Psychological Assessment Resources.

- Briere, J., Kaltman, S., et Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 21*(2), 223–226. <http://doi.org/10.1002/jts.20317>
- Briere, J., et Rickards, S. (2007). Self-awareness, affect regulation, and relatedness: Differential sequels of childhood versus adult victimization experiences. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 195*(6), 497-503.
- Briere, J. et Scott, C. (2014). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment, 2nd edition, DSM-5 update*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Briere, J. et Runtz, M. (2002). The inventory of altered self-capacities (IASC) a standardized measure of identity, affect regulation, and relationship disturbance. *Assessment, 9*(3), 230-239. <https://doi.org/10.1177/1073191102009003002>
- Cloitre, M. (2020). ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations. *The British Journal of Psychiatry, 216*(3), 129-131. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.43>
- Cloitre, M. et Bisson, J. (2019). The International Trauma Interview for ICD-11 PTSD and Complex PTSD: Case Analysis and Differential Diagnosis. *Europeau Journal of Psychotraumatology, 10*, 5. 1643555 <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1643555>.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C. et Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS Expert Clinician Survey on Best Practices. *Journal of Traumatic Stress, 24*(6), 615–627. <https://doi.org/10.1002/jts.20697>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B. et Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 5*(1), 1–10. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097>
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T. et Shevlin, M. (2019). ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in the United States: A Population-Based Study. *Journal of Traumatic Stress, 32*(6), 833–842. <https://doi.org/10.1002/jts.22454>
- Cloitre, M., Hyland, P., Prins, A. et Shevlin, M. (2021). The international trauma questionnaire (ITQ) measures reliable and clinically significant treatment-related change in PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology, 12*(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1930961>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-

- report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536-546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J. et Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399–408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Hinesley, J., Chan, R. F., Aberg, K. A., Fairbank, J. A., van den Oord, E. J. C. G. et Costello, E. J. (2018). Association of childhood trauma exposure with adult psychiatric disorders and functional outcomes. *JAMA network open*, 1(7), e184493-e184493. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.4493
- Coventry, P. A., Meader, N., Melton, H., Temple, M., Dale, H., Wright, K., Cloitre, M., Karatzias, T., Bisson, J., Roberts, N. P., Brown, J. V. E., Barbui, C., Churchill, K., McMillan, D. et Gilbody, S. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. *PLoS medicine*, 17(8), e1003262. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262>
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., et Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Dunn, E. C., Nishimi, K., Powers, A. et Bradley, B. (2017). Is developmental timing of trauma exposure associated with depressive and post-traumatic stress disorder symptoms in adulthood? *Journal of Psychiatric Research*, 84, 119–127. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.09.004>
- Eitinger, L. (1961). Pathology of the concentration camp syndrome: Preliminary report. *Archives of General Psychiatry*, 5(4), 371-379. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710160051006
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. et Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Finkelhor, D. (2008). *Childhood victimization: Violence, crime, and abuse in the lives of young people*. New York: Oxford University Press.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., et Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child abuse et neglect*, 31(1), 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>

- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., et Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse and Neglect*, 33(7), 403–411. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.09.012>
- Finkelhor, D., Turner, H., Hamby, S. L., et Ormrod, R. (2011). Polyvictimization: Children's Exposure to Multiple Types of Violence, Crime, and Abuse. *Juvenile Justice Bulletin*. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S. et Spitzer, R. L. (2016). *User's guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5® disorders: Clinical version*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Foa, E. B., Hembree, E. et Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Foa, E. B., Steketee, G. et Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior therapy*, 20(2), 155-176. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80067-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80067-X)
- Forbes, D., Lockwood, E., Phelps, A., Wade, D., Creamer, M., Bryant, R. A., . . . O'Donnell, M. (2014). Trauma at the hands of another: Distinguishing PTSD patterns following intimate and nonintimate interpersonal and noninterpersonal trauma in a nationally representative sample. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(2), 147-153. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.13m08374>
- Ford, J. D. et Courtois, C. A. (2021). Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 8(1), 1-21. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00155-9>
- Ford, J. D. et Courtois, C. A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-9>
- Ford, J. D., Elhai, J. D., Connor, D. F., et Frueh, B. C. (2010). Poly-Victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 46(6), 545–552. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.11.212>
- Frías, Á. et Palma, C. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: A review. *Psychopathology*, 48(1), 1–10. <https://doi.org/10.1159/000363145>
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T. et Rosenvinge, J. H. (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of

- research. *Journal of affective disorders*, 145(2), 143-155.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.004>
- Frost, R., Hyland, P., Shevlin, M. et Murphy, J. (2018). Distinguishing complex PTSD from borderline personality disorder among individuals with a history of sexual trauma: A latent class analysis. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1(4), 100080.
<https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.08.004>
- Frost, R., Hyland, P., Shevlin, M. et Murphy, J. (2020). Distinguishing Complex PTSD from Borderline Personality Disorder among individuals with a history of sexual trauma: A latent class analysis. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(1), 100080.
<https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.08.004>
- Gaebel, W., Stricker, J., Riesbeck, M., Zielasek, J., Kerst, A., Meisenzahl-Lechner, E., Köllner, V., Rose, M., Hofmann, T., Schäfer, I., Lotzin, A., Briken, P., Klein, V., Brunner, F., Keeley, J. W., Brechbiel, J., Rebello, T. J., Andrews, H. F., Reed, G. M., ... Falkai, P. (2020). Accuracy of diagnostic classification and clinical utility assessment of ICD-11 compared to ICD-10 in 10 mental disorders: findings from a web-based field study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 270(3), 281–289.
<https://doi.org/10.1007/s00406-019-01076-z>
- Giourou, E., Skokou, M., Andrew, S. P., Alexopoulou, K., Gourzis, P. et Jelastopulu, E. (2018). Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma?. *World journal of psychiatry*, 8(1), 12-19. doi: 10.5498/wjp.v8.i1.12
- Godbout, N., Bigras, N., & Sabourin, S. (2017). *Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ)* [Unpublished manuscript]. Department of Psychology, University of Quebec in Montreal.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P. et Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of *DSM-IV* borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533–545. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>
- Greene, T., Neria, Y., et Gross, R. (2016). Prevalence, detection and correlates of PTSD in the primary care setting: A systematic review. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 23(2), 160-180.
- Gunderson, J. G. et Links, P. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Hansen, M., Vægter, H. B., Cloitre, M. et Andersen, T. E. (2021). Validation of the Danish International Trauma Questionnaire for posttraumatic stress disorder in chronic pain

- patients using clinician-rated diagnostic interviews. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1880747>
- Harned, M. S., Gallop, R. J. et Valenstein-Mah, H. R. (2018). What changes when? The course of improvement during a stage-based treatment for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Psychotherapy research*, 28(5), 761-775. doi: 10.1080/10503307.2016.1252865
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. doi: 10.1002/jts.2490050305
- Ho, G. W. K., Karatzias, T., Cloitre, M., Chan, A. C. Y., Bressington, D., Chien, W. T., ... Shevlin, M. (2019). Translation and validation of the Chinese ICD-11 International Trauma Questionnaire (ITQ) for the Assessment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD). *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1608718. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1608718>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L. et Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M. et Cloitre, M. (2019). Examining the Discriminant Validity of Complex Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder Symptoms: Results From a United Kingdom Population Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 32(6), 855–863. <https://doi.org/10.1002/jts.22444>
- Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallières, F., McElroy, E., Elklit, A., Christoffersen, M. et Cloitre, M. (2017). Variation in post-traumatic response: the role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(6), 727–736. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1350-8>
- Ingram, R. E. et Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-Stress Models. Dans B.L. Hankin et J. R. Z. Abela (dir.), *Development of Psychopathology: A vulnerability stress perspective* (pp. 32-46). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- IsHak, W. W., Elbau, I., Ismail, A., Delaloye, S., Ha, K., Bolotaulo, N. I., Nashawati, R., Cassamassi, B., Wang, C. (2013). Quality of life in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(3), 138–150. <https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e3182937116>
- ISTSS Guidelines Committee. (2019). *ISTSS Guidelines Position Paper on Complex PTSD in Adults*. Repéré à : [https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_CPTSD-Position-Paper-\(Adults\)_FNL.pdf.aspx](https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_CPTSD-Position-Paper-(Adults)_FNL.pdf.aspx)

- Jowett, S., Karatzias, T., Shevlin, M. et Albert, I. (2019). Differentiating symptom profiles of ICD-11 PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis in a multiply traumatized sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(1), 36–45. <https://doi.org/10.1037/per0000346>
- Jowett, S., Karatzias, T., Shevlin, M. et Albert, I. (2020). Differentiating symptom profiles of ICD-11 PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis in a multiply traumatized sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(1), 36–45. <https://doi.org/10.1037/per0000346>
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Roberts, N. P. et Brewin, C. R. (2018). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European journal of psychotraumatology*, 8, 1-6. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1418103>
- Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., Hyland, P., Maercker, A., Ben-Ezra, M., Coventry, P., Mason-Roberts, S., Bradley, A. et Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 49(11), 1761-1775. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000436>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., Roberts, N., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Cloitre, M. (2016). An initial psychometric assessment of an ICD-11 based measure of PTSD and complex PTSD (ICD-TQ): Evidence of construct validity. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 73–79. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.009>
- Keeley, J. W., Reed, G. M., Roberts, M. C., Evans, S. C., Robles, R., Matsumoto, C., Brewin, C. R., Cloitre, M., Perkonig, A., Rousseau, C., Gureje, O., Lovell, A. M., Sharan, P. et Maercker, A. (2016). Disorders specifically associated with stress: A case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(2), 109–127. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.09.002>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J. P., Levinson, D., Navarro-Mateu, F., ... et Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Knefel, M., Tran, U. S. et Lueger-Schuster, B. (2016). The association of posttraumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder, and borderline personality disorder from a network analytical perspective. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.002>

- Kraus, L. et Augustin, R. (2001). Measuring alcohol consumption and alcohol-related problems: Comparison of responses from self-administered questionnaires and telephone interviews. *Addiction*, 96(3), 459-471. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.9634599.x>
- Landy, M. S., Wagner, A. C., Brown-Bowers, A. et Monson, C. M. (2015). Examining the evidence for complex posttraumatic stress disorder as a clinical diagnosis. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(3), 215–236. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1002649>
- Lewis, K. L. et Grenyer, B. F. (2009). Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy. *Harvard review of psychiatry*, 17(5), 322–328. <https://doi.org/10.3109/10673220903271848>
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, USA: Guilford press.
- Macintosh, H., Godbout, N. et Dubash, N. (2015). Borderline personality disorder: Disorder of trauma or personality, a review of the empirical literature. *Canadian Psychology*, 56(2), 227–241. <https://doi.org/10.1037/cap0000028>
- Maercker, A. (2021). Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 1-4. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00148-8>
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., Rousseau, C., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissnecker, I., Wessely, S. C., First, M. B. et Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198–206. <http://doi.org/10.1002/wps.20057>
- McLean, C. P., Levy, H. C., Miller, M. L. et Tolin, D. F. (2021). Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 91, 102115. doi: 10.1016/j.cpr.2021.102115.
- O'Donnell, M. L., Schaefer, I., Varker, T., Kartal, D., Forbes, D., Bryant, R. A., Silove, D., Creamer, M., McFarlane, A., Malhi, G., Felmingham, K., Van Hoof, M., Hadzi-Pavlovic, D., Nickerson, A. et Steel, Z. (2017). A systematic review of person-centered approaches to investigating patterns of trauma exposure. *Clinical Psychology Review*, 57, 208-225. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.009>
- Ogle, C. M., Rubin, D. C. et Siegler, I. C. (2013). The impact of the developmental timing of trauma exposure on PTSD symptoms and psychosocial functioning among older adults. *Developmental psychology*, 49(11), 1-18. doi: 10.1037/a0031985

- Pelcovitz, D., Van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S. et Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of traumatic Stress, 10*(1), 3-16. <https://doi.org/10.1002/jts.2490100103>
- Platt, M. G., Luoma, J. B. et Freyd, J. J. (2017). Shame and dissociation in survivors of high and low betrayal trauma. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 26*(1), 34-49. <https://doi.org/10.1080/10926771.2016.1228020>
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H. et Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 141*(1), 6-20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
- Rauch, S., et Foa, E. (2006). Emotional processing theory (EPT) and exposure therapy for PTSD. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 36*(2), 61–65. <http://doi.org/10.1007/s10879-006-9008-y>
- Redican, E., Nolan, E., Hyland, P., Cloitre, M., McBride, O., Karatzias, T., Murphy, J., & Shevlin, M. (2021). A systematic literature review of factor analytic and mixture models of ICD-11 PTSD and CPTSD using the International Trauma Questionnaire. *Journal of anxiety disorders, 1*-17. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102381>
- Reed, G. M., Sharan, P., Rebello, T. J., Keeley, J. W., Elena Medina-Mora, M., Gureje, O., Ayuso-Mateos, J. L., Kanba, S., Khoury, B., Kogan, C. K., Krasnov, V. N., Maj, M., de Jesus Mari, J., Strein, D. J., Zhao, M., Akiyama, T., Andrews, H. F., Asevedo, E., Cheour, M., ... et Pike, K. M. (2018). The ICD-11 developmental field study of reliability of diagnoses of high-burden mental disorders: results among adult patients in mental health settings of 13 countries. *World psychiatry, 17*(2), 174-186. <https://doi.org/10.1002/wps.20524>
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., Suvak, M. K., Wells, Shannon, S. Y. Stirman, W. et Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress, 25*(3), 241–251. <https://doi.org/10.1002/jts.21699>
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van Der Kolk, B. et Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress, 10*(4), 539-555. [https://doi.org/0894-9867/97/1000-0539\\$12.50/1](https://doi.org/0894-9867/97/1000-0539$12.50/1)
- Sachser, C., Keller, F., et Goldbeck, L. (2017). Complex PTSD as proposed for ICD-11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 58*(2), 160–168. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12640>

- Saraiya, T. C., Fitzpatrick, S., Zumberg-Smith, K., López-Castro, T., E. Back, S. et A. Hien, D. (2021). Social–Emotional Profiles of PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder Among Racially and Ethnically Diverse Young Adults: A Latent Class Analysis. *Journal of Traumatic Stress, 34*(1), 56–68. <https://doi.org/10.1002/jts.22590>
- Sele, P., Hoffart, A., Bækkelund, H. et Øktedalen, T. (2020). Psychometric properties of the International Trauma Questionnaire (ITQ) examined in a Norwegian trauma-exposed clinical sample. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1796187>
- Steine, I. M., Winje, D., Krystal, J. H., Bjorvatn, B., Milde, A. M., Grønli, J., Nordhus, I. H. et Pallesen, S. (2017). Cumulative childhood maltreatment and its dose-response relation with adult symptomatology: Findings in a sample of adult survivors of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect, 65*, 99–111. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.008>
- Stoffers-Winterling, J. M., Storebø, O. J., Kongerslev, M. T., Faltinsen, E., Todorovac, A., Jørgensen, M. S., Sales, C. P., Edemann Callesen, H., Pereira Ribeiro, J., Völlm, B. A., Lied, K. et Simonsen, E. (2022). Psychotherapies for borderline personality disorder: a focused systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 1-15*. doi:10.1192/bjp.2021.204
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *Trauma-informed care in behavioral health services*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS Publication No. (SMA) 13-4801. Substance Abuse and Mental Health Services.
- Sweeney, A., Filson, B., Kennedy, A., Collinson, L. et Gillard, S. (2018). A paradigm shift: relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych advances, 24*(5), 319-333. doi: 10.1192/bja.2018.29
- Terpou, B. A., Harricharan, S., McKinnon, M. C., Frewen, P., Jetly, R. et Lanius, R. A. (2019). The effects of trauma on brain and body: A unifying role for the midbrain periaqueductal gray. *Journal of neuroscience research, 97*(9), 1110-1140. <https://doi.org/10.1002/jnr.24447>
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française [Toward a methodology for the transcultural validation of psychological questionnaires: Implications for research in the French language]. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 30*(4), 662-680. <http://dx.doi.org/10.1037/h0079856>
- Vallières, F., Ceannt, R., Daccache, F., Abou Daher, R., Sleiman, J., Gilmore, B. et Hyland, P. (2018). ICD-11 PTSD and complex PTSD amongst Syrian refugees in Lebanon: the factor structure and the clinical utility of the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 138*(6), 547–557. doi:10.1111/acps.12973.

- van der Kolk, B., Pynoos, R., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J., Teicher, M. (2009). *Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V*. Repéré à : http://www.ctntraumatrainig.org/uploads/4/6/2/3/46231093/dsm-v_proposal-dtd_taskforce.pdf
- Watts, J. (2019). Problems with the ICD-11 classification of personality disorder. *The Lancet Psychiatry*, 6(6), 461-463. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30127-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30127-0)
- World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th Revision). Retrieved from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Wright, L. A., Roberts, N. P., Lewis, C., Simon, N., Hyland, P., Ho, G. W., McElrow, E. et Bisson, J. I. (2021). High prevalence of somatisation in ICD-11 complex PTSD: A cross sectional cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 148, 110574. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110574>
- Zanarini, M. C., Hörz, S., Frankenburg, F. R., Weingeroff, J., Reich, D. B. et Fitzmaurice, G. (2011). The 10-year course of PTSD in borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(5), 349–356. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01717.x>
- Zoellner, L. A., Bedard-Gilligan, M. A., Jun, J. J., Marks, L. H. et Garcia, N. M. (2013). The evolving construct of posttraumatic stress disorder (PTSD): *DSM-5* criteria changes and legal implications. *Psychological Injury and Law*, 6(4), 277–289. <https://doi.org/10.1521/psyc.65.4.289.20240>