

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

TRAUMA CUMULATIF EN ENFANCE ET SATISFACTION RELATIONNELLE À L'ÂGE
ADULTE : UNE PERSPECTIVE DYADIQUE AUPRÈS DE COUPLES DE LA POPULATION
GÉNÉRALE ET DE COUPLES NOUVELLEMENT PARENTS

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

MATHILDE BAUMANN

JANVIER 2026

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.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je peine à croire qu'aujourd'hui, je pose les derniers mots d'un chapitre marquant une belle partie de ma vie. Réaliser un doctorat est une chance, celle de s'engager dans un cheminement unique, jalonné de défis, de doutes, mais aussi de riches apprentissages et de rencontres. Celles et ceux qui l'ont emprunté reconnaîtront sans doute la particularité de cette expérience. Au fil de ces années, rythmées par les aléas de la vie, j'ai eu le privilège d'être entourée de personnes précieuses, dont la présence, le soutien et la confiance ont été déterminants.

Je souhaite d'abord exprimer ma gratitude à mon directeur, Claude Bélanger. Merci de m'avoir ouvert les portes du doctorat en psychologie et de m'avoir accompagnée avec autant de générosité. Être votre dernière étudiante avant votre retraite a été un immense honneur. Votre expertise, votre sympathie et votre humour ont marqué mon parcours et continueront de m'accompagner à l'avenir.

Je tiens également à remercier ma codirectrice, Natacha Godbout. Merci pour ta confiance constante, ta disponibilité et cette exigence bienveillante qui pousse toujours à se dépasser. Merci pour l'élan que tu insuffles, et pour ton engagement indéfectible auprès des personnes ayant vécu des traumatismes. Ton travail est une source d'inspiration et j'espère pouvoir, à mon tour, semer des graines pour des pratiques cliniques sensibles aux traumatismes tout au long de ma carrière.

Je remercie mes coautrices, Alison Paradis, Marie-Ève Daspe, Élise Villeneuve et Catherine Herba, pour la richesse de leurs contributions. Leurs regards ont grandement nourri les travaux qui composent cette thèse. Un merci tout particulier à Alison, dont la présence et l'influence ont été celles d'une troisième directrice. Je remercie également les membres du jury, Chantal Cyr, Audrey Brassard et Stella Gurreri, pour leurs retours éclairés qui ont permis d'affiner cette thèse.

Ma reconnaissance s'adresse aussi aux organismes qui ont soutenu financièrement cette recherche, ayant permis sa réalisation : le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FQRSC), le Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS) ainsi que l'Équipe Violence Sexuelle et Santé (ÉVISSA).

Je souhaite également remercier mes superviseuses cliniques, dont l'encadrement profondément humain a été un pilier de mon développement. Je suis reconnaissante d'avoir été encadrée avec tant d'empathie et de confiance. Merci pour cet espace sûr et rassurant que vous m'avez donné, qui a permis l'établissement d'une base solide à la construction de mon identité de psychologue.

Je remercie affectueusement mes collègues du laboratoire TRACE, ainsi que celles et ceux rencontrés durant mes cours et mes stages. Ne pas avancer seule dans ce parcours est un élément si précieux, que j'ai de la gratitude d'avoir pu être entourée d'une si belle façon. Un clin d'œil à Cloé et Roxanne, pour ce parcours partagé. Quel bonheur de voir les chercheuses en sexologie remarquables que vous êtes devenues. Cloé, merci d'avoir accepté cette équipe improvisée à l'origine d'une amitié précieuse. Comme dirait un célèbre renard « on ne voit bien qu'avec le cœur, l'essentiel est invisible pour les yeux ».

Merci à mes amis, vous qui êtes près et aussi plus loin... Merci pour vos présences lumineuses et rassurantes. Tous ces moments passés ensemble m'ont permis de tenir le cap. Je vous aime, de près, comme de loin. Un merci tout particulier à toi, Maïlys, mon amie de toujours, grandir à tes côtés est une chance. J'ai hâte de voir les autres belles étapes que nous partagerons ensemble.

À ma famille, et plus particulièrement à ma mère et à mon beau-père. Merci pour votre présence indéfectible au fil de ces années d'études à l'étranger. Merci d'avoir soutenu mes choix, même lorsqu'ils impliquaient la distance. Merci de croire en moi, souvent plus fort que moi-même. Votre soutien a rendu ce parcours, non seulement possible, mais aussi plus doux.

Enfin, à Marius, mon partenaire de vie et pour la suite de nos vies. Ton regard artistique a su apporter plus de légèreté à mon esprit, qui, bien souvent, réfléchit un peu trop. Ton soutien, ton amour, ton humour qui provoquent mes rires ont été mes ancrages au quotidien. Tu es bien plus que tu ne le penses. D'ailleurs, j'ai été fièrement propulsée par toi tout au long de ce doctorat (dédicace à Cloé). Merci pour tout ce que tu es et tout ce que nous construisons ensemble.

Pour conclure, je souhaite remercier celles et ceux qui, par leurs gestes visibles ou plus discrets, ont contribué à nourrir et soutenir ce projet. Merci de m'avoir accompagnée dans cette aventure à la fois humaine et scientifique.

DÉDICACE

Aux personnes qui portent les cicatrices des
expériences passées.

Cette thèse est consacrée à votre résilience et à
votre capacité à transformer les ombres en
lumière.

Comme le chantait Leonard Cohen : *“There is a
crack in everything, that's how the light gets in.”*

Que ces fissures soient les portes d’entrée vers
votre lumière et que vos relations soient des
refuges.

*“When you're on the outside, baby, and you can't
get in - I will show you, you're so much better
than you know - When you're lost, and you're
alone, and you can't get back again - I will find
you, darling, and I will bring you home - And if
you want to cry, I am here to dry your eyes.”*

Sade – By your side

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
DÉDICACE.....	iv
LISTE DES FIGURES.....	viii
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	x
RÉSUMÉ.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCTION.....	3
CHAPITRE 1 CONTEXTE THEORIQUE	6
1.1 Traumas interpersonnels et trauma cumulatif vécus en enfance : définitions et prévalences ..	6
1.1.1 Traumas interpersonnels en enfance	6
1.1.2 Trauma cumulatif en enfance.....	9
1.2 Répercussions d'un historique de trauma cumulatif en enfance sur l'ajustement relationnel à l'âge adulte	11
1.2.1 Définition de la satisfaction relationnelle	12
1.2.2 L'importance d'une perspective dyadique	13
1.2.3 Trauma cumulatif et satisfaction relationnelle à l'âge adulte	14
1.2.3.1 Satisfaction relationnelle des couples accueillant un enfant	15
1.2.3.2 Trauma cumulatif et satisfaction relationnelle des couples accueillant un enfant	16
1.3 Cadres théoriques.....	17
1.4 Facteurs modulant la relation entre le trauma cumulatif et la satisfaction relationnelle	20
1.4.1 Le rôle de l'attachement romantique.....	20
1.4.2 Le rôle de l'alliance parentale	24
1.5 Pertinence de la thèse en fonction des limites empiriques actuelles	27
1.6 Objectifs et hypothèses	28
1.6.1 Étude 1	29
1.6.2 Étude 2	30
1.6.3 Étude 3	31
1.7 Méthodologie.....	31
CHAPITRE 2 A Safe Haven through Attachment: A Dyadic Perspective on the Association between Cumulative Childhood Trauma and Relationship Satisfaction.....	34

2.1	Introduction.....	38
2.1.1	CCT and Relationship Satisfaction	38
2.1.2	The Importance of Using a Dyadic Perspective when Studying Relationship Satisfaction 39	
2.1.3	Attachment Theory.....	39
2.1.4	The Role of Romantic Attachment in Relationship Well-Being	40
2.1.5	Objectives and Hypotheses	41
2.2	Method.....	41
2.2.1	Procedure and Participants.....	41
2.2.2	Measures	42
2.2.3	Data Analysis	43
2.3	Results.....	45
2.3.1	Descriptive and Preliminary Statistics	45
2.3.2	Final model.....	45
2.4	Discussion.....	46
2.4.1	Cumulative Childhood Trauma and Relationship Satisfaction: Dyadic Effects	46
2.4.2	The Moderating Role of Attachment Avoidance	47
2.4.3	Limitations and Future Research	48
2.4.4	Clinical Implications	49
2.5	Conclusion	50
CHAPITRE 3 Dyadic Analysis of Cumulative Childhood Trauma and Relationship Satisfaction: The Role of Parental Alliance		55
3.1	Introduction.....	59
3.1.1	Cumulative Childhood Trauma and Relationship Satisfaction	60
3.1.2	Theoretical Framework	61
3.1.3	The Potential Role of Parental Alliance.....	63
3.1.4	Objectives and Hypotheses	64
3.2	Method.....	65
3.2.1	Procedure and Participants.....	65
3.2.2	Measures	66
3.2.3	Data Analysis	67
3.3	Results.....	69
3.3.1	Descriptive and Preliminary Statistics	69
3.3.2	Dyadic Associations between CCT and Relationship Satisfaction.....	69
3.3.3	Indirect Association between CCT and Relationship Satisfaction through Parental Alliance.....	69
3.3.4	Covariations and Covariates	70
3.3.5	Constrained Models, Final Model Fit and Dyadic Patterns	70
3.4	Discussion.....	71
3.4.1	CCT and Relationship Satisfaction: Dyadic Effects	72
3.4.2	The Role of Parental Alliance	73

3.4.3 Dyadic Effects and Gender Differences.....	73
3.4.4 Limitations and Directions for Future Research	74
3.4.5 Clinical Implications	75
CHAPITRE 4 Évaluation et intervention auprès des couples qui consultent pour des problèmes associés à la transition parentale	81
4.1 Introduction.....	85
4.1.1 Du couple dyadique au couple parental	85
4.1.2 Les répercussions d'une transition parentale.....	86
4.2 Comment évaluer et intervenir ?.....	87
4.2.1 L'évaluation en contexte de transition parentale	88
4.2.2 L'intervention en contexte de transition parentale.....	91
4.3 Perspectives d'avenir	101
CHAPITRE 5 DISCUSSION.....	106
5.1 Synthèse des résultats	107
5.1.1 Prévalences des variables à l'étude, corrélats du TCE et rôles de genres.....	107
5.1.2 Trauma cumulatif en enfance et satisfaction relationnelle : des effets dyadiques	109
5.1.3 L'attachement romantique et l'alliance parentale comme leviers pour la satisfaction relationnelle des couples ayant vécu des traumatismes cumulatifs en enfance.....	111
5.2 Implications cliniques.....	117
5.2.1 Interventions concernant les traumatismes interpersonnels en enfance	117
5.2.2 Interventions concernant l'attachement romantique	119
5.2.3 Interventions concernant l'alliance parentale.....	121
5.3 Limites et pistes pour les recherches futures	123
CONCLUSION	127
ANNEXE A Formulaires de consentements.....	128
ANNEXE B Instruments de mesure.....	136
ANNEXE C Certificats éthiques.....	142
ANNEXE D Attestation de formation éthique (EPTC2)	144
ANNEXE E Avis finaux de conformité.....	145
RÉFÉRENCES.....	147

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Modèle de vulnérabilités-stress-adaptation	18
Figure 2 Modèle acheminatoire de modération basé sur le modèle d'interdépendance acteur-partenaire (APIMoM). Effet modérateur de l'attachement romantique.....	30
Figure 3 Modèle acheminatoire de médiation basé sur le modèle d'interdépendance acteur-partenaire (APIMeM). Effet indirect de l'alliance parentale.	31
Figure 4 APIMoM Final Model of the Moderating Effect of Attachment Avoidance on the Association between CCT and Relationship Satisfaction	53
Figure 5 Moderation Effect of Attachment Avoidance on the Association between Childhood Cumulative Trauma and Relationship Satisfaction.....	54
Figure 6 Constrained APIM Model of the Association between Cumulative Childhood Trauma and Relationship Satisfaction through Parental Alliance.....	80
Figure 7 Principaux facteurs impliqués dans la transition parentale.....	103
Figure 8 Questionnaires psychométriques auto-rapportés pour une évaluation multimodale	104
Figure 9 Exemples d'objectifs d'une psychothérapie pour des couples en transition parentale..	105

LISTE DES TABLEAUX

Table 1 Prevalence of Childhood Interpersonal Trauma and Cumulative Childhood Trauma.....	51
Table 2 Correlations, Means and Standards Deviations among Study Variables.....	52
Table 3 Means, Standard Deviations, Range and Correlational Analyses for Mothers' and Fathers' Study Variables.....	78
Table 4 Estimates of Indirect Associations, with 95% Confidence Intervals and Significance Levels.....	79

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

APA – American Psychological Association

APIM – Actor-Partner Interdependence Model / Modèle d’interdépendance acteur-partenaire

APIMeM – Modèle de médiation acteur-partenaire

APIMoM – Modèle de modération acteur-partenaire

ASE – Agression Sexuelle à l’Enfance

CATS – Couple Adaptation to Trauma Stress / Modèle d’adaptation au Stress Traumatique

CCT – Childhood Cumulative Trauma

CCTQ – Childhood Cumulative Trauma Questionnaire

CFI – Comparative Fit Index

DAS – Dyadic Adjustment Scale / Échelle d’Ajustement Dyadique

ECR – Experience in Close Relationships Scale

FIML – Full Information Maximum Likelihood

MLR – Maximum Likelihood with Robust standard errors

OMS – Organisation Mondiale de la Santé

PAM – Parenting Alliance Measure

RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation

RQAP – Régime Québécois d’Assurance Parentale

SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SPSS – Social Sciences Software

SRMR – Standardized Root Mean Square Residual

TCE – Trauma Cumulatif en Enfance

TIE – Traumas Interpersonnels en Enfance

TLI – Tucker-Lewis Index

VSA – Vulnerability-Stress-Adaptation Mode / Modèle de vulnérabilité-stress-adaptation

RÉSUMÉ

Cette thèse a pour objectif d'enrichir les connaissances concernant la problématique des traumatismes cumulatifs en enfance (TCE ; c.-à-d. l'accumulation de plusieurs types de traumatismes interpersonnels vécus durant l'enfance, dont, la violence physique, sexuelle ou psychologique, la négligence, le fait d'être témoin de violence (psychologique ou physique) entre les parents et l'intimidation par les pairs) et de leurs répercussions sur la satisfaction relationnelle à l'âge adulte des survivant·e·s et de leurs partenaires. Les deux premières études qui composent cette recherche adoptent une perspective dyadique en tenant compte des influences réciproques entre les partenaires. Le premier article explore le rôle modérateur de l'attachement romantique, en particulier de l'anxiété et de l'évitement, sur la relation entre un historique de TCE et la satisfaction relationnelle à l'âge adulte. L'échantillon est composé de 501 couples de la population générale. Les résultats d'un modèle de modulation qui tient compte de l'interdépendance acteur-partenaire (APIMoM) indiquent que l'attachement évitant modère la relation entre un historique de TCE et la satisfaction relationnelle des survivant·e·s. Le deuxième article examine le rôle intermédiaire de l'alliance parentale dans le lien entre un historique de TCE et la satisfaction relationnelle. L'échantillon est composé de 1136 couples de la population générale, accueillant un nouvel enfant. Les résultats d'analyses acheminatoires de médiation, qui tiennent également compte de l'interdépendance acteur-partenaire (APIMeM), ont révélé que les niveaux d'alliance parentale des survivant·e·s et de leurs partenaires expliquaient les liens indirects entre un historique de TCE et les niveaux de satisfaction relationnelle des coparents. Le troisième article composant cette thèse discute de la prise en charge en psychothérapie cognitivo-comportementale des couples nouvellement parents. Cet article, qui adopte une position axée sur la pratique clinique, souligne l'importance d'interventions ciblées pour soutenir les couples durant la période de transition parentale. Pris dans leur ensemble, les résultats de cette thèse suggèrent que des variables intrapersonnelles (l'attachement romantique) et interpersonnelles (l'alliance parentale) jouent un rôle dans la relation entre un historique de TCE et la satisfaction relationnelle à l'âge adulte, tant chez les couples de la population générale que chez les couples accueillant un nouvel enfant. Ils fournissent finalement des pistes pour la pratique clinique auprès des couples et des survivant·e·s, dans une approche sensible aux traumatismes.

Mots clés : trauma cumulatif en enfance ; attachement évitant ; attachement anxieux ; alliance parentale ; satisfaction relationnelle ; perspective dyadique ; psychothérapie ; APIM.

ABSTRACT

This thesis aims to expand knowledge regarding the issue of cumulative childhood trauma (CCT; i.e., the accumulation of various types of interpersonal trauma experienced during childhood, such as physical, sexual, or psychological abuse, neglect, witnessing interparental violence, and peer bullying) and its impact on the relational satisfaction of survivors and their partners in adulthood. The first two studies comprising this research adopt a dyadic perspective, accounting for the reciprocal influences between partners. The first article explores the moderating role of romantic attachment—specifically anxiety and avoidance—in the relationship between a history of CCT and relationship satisfaction in adulthood. The sample consists of 501 couples from the general population. Using an actor-partner interdependence moderation model (APIMoM), results indicate that avoidant attachment moderates the relationship between a history of CCT and relationship satisfaction of survivors. The second article examines the intermediary role of parental alliance in the link between a history of CCT and relational satisfaction. The sample includes 1,136 couples from the general population who recently welcomed a new child. Results from mediation path analyses, with actor-partner interdependence model (APIMeM), reveal that the parental alliance levels of both survivors and their partners explain the indirect links between a history of CCT and the relationship satisfaction of coparents. The third article of this thesis discusses cognitive-behavioral psychotherapy interventions for newly parenting couples. This article, adopting a practice-oriented approach, highlights the importance of targeted interventions to support couples during the transition to parenthood. Taken together, the findings of this thesis suggest that intrapersonal variables (romantic attachment) and interpersonal variables (parental alliance) play a role in the relationship between a history of CCT and relational satisfaction in adulthood, both among general population couples and among couples welcoming a new child. Finally, the results provide practical insights for clinical work with couples and survivors, emphasizing a trauma-informed approach.

Keywords: cumulative childhood trauma; avoidant attachment; anxious attachment; parental alliance; relational satisfaction; dyadic perspective; psychotherapy; APIM.

INTRODUCTION

Les traumatismes interpersonnels en enfance (TIE), soit l'expérience de maltraitance ou de violence subie avant l'âge de 18 ans (p. ex., abus sexuel, psychologique, physique, négligence ; Briere et Scott, 2014, 2015 ; Godbout et al., 2013, 2017) représentent un véritable enjeu de santé publique (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2006, 2020). Or, les différents types de TIE, longtemps étudiés séparément, se manifestent souvent simultanément chez les survivant·e·s. La cooccurrence de ces types de maltraitance a été conceptualisée sous le terme de trauma cumulatif en enfance (TCE), qui constitue l'expérience la plus fréquemment rapportée par les survivant·e·s (Briere et Scott, 2015 ; Hodges et al. 2013 ; MacDonald et al., 2016 ; Stoltenborgh et al., 2015). De plus, les recherches suggèrent que le TCE entraîne des impacts à long terme particulièrement sévères et complexes sur le bien-être des individus (Bigras et al., 2017 ; Briere et Scott, 2015 ; Godbout et al., 2020 ; Hodges et al. 2013). En effet, les données actuelles suggèrent qu'un historique de TCE pourrait avoir des répercussions délétères à l'âge adulte sur plusieurs sphères (pour des recensions, voir : Afifi et al., 2016 ; Fink et Galea, 2015 ; Jaffee, 2017 ; Kirkbride et al., 2024 ; Strathearn et al., 2020), dont le fonctionnement relationnel (pour des recensions, voir : Vaillancourt-Morel et al., 2024 ; Zamir, 2022). Plus précisément, les survivant·e·s de TCE seraient davantage susceptibles de vivre à l'âge adulte des relations amoureuses marquées par des conflits (Colman et Widom, 2004 ; Godbout et al., 2013), avec plus de risques de violence (Briere et Scott, 2015 ; Dugal et al., 2019, 2018) et de faibles niveaux de satisfaction relationnelle (Bigras et al., 2015 ; Godbout et al., 2013, 2020 ; Morissette Harvey et al., 2024).

Qui plus est, les survivant·e·s de TCE sont plus susceptibles d'éprouver des difficultés accrues lorsqu'ils traversent des périodes de transition importantes, comme l'accueil d'un nouvel enfant (Chamberlain et al., 2019 ; Christie et al., 2017). En effet, la naissance d'un·e enfant est reconnue comme une transition de vie importante accompagnée de changements majeurs (p. ex., stress accru, plus de responsabilités, de fatigue, etc.) pouvant affecter la satisfaction relationnelle pour la plupart des couples (Don et al., 2014 ; Doss et Rhoades, 2017 ; Doss et al., 2009 ; Keizer et Schenk, 2012), et au cours de laquelle les survivant·e·s de TCE pourraient se montrer plus vulnérables (Chamberlain et al., 2019 ; Christie et al., 2017).

Pourtant, les survivant·e·s ne rapportent pas systématiquement de difficultés relationnelles à l'âge adulte (Christie et al., 2017 ; Godbout et al., 2013 ; Siverns et Morgan, 2019). Afin de saisir de manière plus exhaustive les impacts à long terme d'un historique de TCE à l'âge adulte, et d'identifier des stratégies d'intervention efficaces pour améliorer le bien-être des survivant·e·s, il apparaît important d'étudier les variables susceptibles d'influencer leurs expériences relationnelles (Godbout et al., 2006, 2020 ; Greene et al., 2020). Certaines variables, comme l'attachement romantique et l'alliance parentale, sont susceptibles de fournir des pistes permettant de mieux comprendre ces variations.

De plus, bien que l'expérience amoureuse présuppose l'implication de deux personnes, l'étude des facteurs associés à l'ajustement relationnel des couples a longtemps été effectuée dans une perspective individuelle (c.-à-d., auprès d'un des deux partenaires uniquement), négligeant l'expérience du couple en tant que système dans lequel chaque partenaire s'inter-influence (Cox et Paley, 2003). Des études comportant des devis dyadiques permettant de relever l'expérience des deux partenaires sont donc préconisées (Kenny et al., 2006 ; Vaillancourt-Morel et al., 2024). Les auteurs soulignent également la nécessité d'étudier de façon dyadique une diversité de populations étant plus à risques de vivre de l'insatisfaction relationnelle (Vaillancourt-Morel et al., 2024), comme c'est le cas des couples accueillant un nouvel enfant.

Ainsi, cette thèse vise à mieux comprendre l'ajustement relationnel des survivant·e·s de TCE et leurs partenaires à l'âge adulte, avec une attention particulière aux dynamiques de couple dans la population générale, lorsqu'ils sont établis et lors de période de transition majeure, comme la naissance d'un enfant. Elle vise à clarifier les mécanismes qui sous-tendent les liens entre un historique de TCE et la satisfaction relationnelle à l'âge adulte, dans une perspective dyadique, ainsi qu'à offrir des repères cliniques et théoriques pour soutenir les couples dont moins un·e des partenaires est survivant·e de TCE.

Enfin, bien que la naissance d'un enfant soit identifiée comme une période particulièrement stressante pour l'ajustement relationnel (Doss et Rhoades, 2017 ; Fentz et al., 2024 ; Keizer et Schenk, 2012), peu de recherches permettent de guider la pratique clinique auprès des nouveaux parents, et encore moins auprès ceux vivant avec un historique de TCE (Berthelot et al., 2021 ; Refaeli et al., 2024 ; Siverns et Morgan, 2019). De fait, cette thèse inclut un troisième volet

consacré à la pratique clinique en explorant plus précisément les défis liés à la transition à la parentalité, qui est reconnue comme une période de changements majeurs pouvant influencer la satisfaction relationnelle des parents (Bogdan et al., 2022). Cet article propose un examen exhaustif des connaissances empiriques actuelles en lien avec les facteurs influençant la transition à la parentalité et présente des pistes d'interventions basées sur des approches comportementales et cognitives, ainsi que des suggestions pour l'évolution des pratiques en clinique et en recherche.

Dans un premier temps, le contexte théorique est élaboré afin de mieux définir les variables à l'étude. Ce chapitre introduit les prévalences des TIE et explore les relations des variables investiguées grâce à une recension des écrits sur les répercussions d'un historique de TCE dans les sphères relationnelles et parentales à l'âge adulte. Le cadre conceptuel de la thèse y est également présenté, permettant de détailler les modèles théoriques retenus et le raisonnement guidant le choix des variables étudiées. Ensuite, une recension des écrits examine les relations entre le TCE, l'attachement romantique (étude 1), l'alliance parentale (étude 2) et la satisfaction relationnelle. Cette section identifie également les limites de la recherche actuelle et met en lumière la pertinence de la thèse, ouvrant la voie à la présentation des objectifs et hypothèses de celle-ci. Les chapitres II, III et IV sont consacrés aux trois articles qui composent la thèse. Le premier article explore les liens entre le TCE et la satisfaction relationnelle dans un échantillon de couples de la population générale, en mettant en évidence le rôle modérateur de l'attachement romantique. Le second article examine ces liens dans un contexte particulier, en étudiant le rôle de l'alliance parentale comme mécanisme explicatif des relations entre le TCE et la satisfaction relationnelle chez les couples accueillant un nouvel enfant. Enfin, le troisième article propose des applications cliniques en identifiant des pistes d'intervention pour améliorer les dynamiques relationnelles et parentales dans le cadre de la transition à la parentalité. La thèse se conclut avec le chapitre V, qui présente une discussion générale de ses deux principales composantes, soit les contributions empiriques et théoriques des résultats, ainsi que leurs implications cliniques. Les limites de la thèse et des suggestions pour les recherches futures y sont également abordées.

CHAPITRE 1

CONTEXTE THEORIQUE

1.1 Traumas interpersonnels et trauma cumulatif vécus en enfance : définitions et prévalences

Les traumas interpersonnels en enfance (TIE) incluent différentes formes de violence et de maltraitance subies dans un contexte relationnel et souvent infligées par des personnes en position de confiance ou d'autorité (Briere et Scott, 2015 ; Godbout et al., 2006, 2013). L'étude des TIE et de leur caractère cumulatif remonte à quelques décennies et les premiers travaux ont établi les bases des connaissances actuelles, mettant en lumière les impacts profonds et durables des TIE sur le développement des enfants (p. ex., Felitti et al., 1998 ; Freyd, 1996 ; Herman, 1992, 1998). Aujourd'hui, les études sur le sujet constituent un domaine multidisciplinaire en croissance constante, avec des apports de la psychologie, de la sexologie, de la psychiatrie, de la sociologie et de la neurobiologie (p. ex., Copeland et al., 2018 ; Cross et al., 2017 ; Danese et McEwen, 2012 ; Dye, 2018 ; Gewirtz-Meydan et Godbout, 2023 ; Guarino et al., 2021 ; Longpré et al., 2022 ; McKay et al., 2021). Ainsi, les études empiriques mettent en évidence non seulement les conséquences individuelles de ces expériences traumatiques, mais également leurs répercussions relationnelles et sociétales (pour des recensions et méta-analyses, voir : Tzouvara et al., 2023 ; Vaillancourt-Morel et al., 2024). Les prochaines sections visent à définir avec plus de précision ces concepts, tout en présentant un portrait de leur prévalence. Établir ces bases permettra ensuite de présenter les mécanismes par lesquels ces expériences traumatiques sont associées à l'ajustement relationnel à l'âge adulte.

1.1.1 Traumas interpersonnels en enfance

Un trauma ou traumatisme, est défini comme une réponse émotionnelle à un événement ou à une série d'événements (p. ex., une agression sexuelle ou physique) qui dépasse la capacité d'une personne à y faire face ou à intégrer les émotions impliquées dans cette expérience, et inclut généralement des sentiments de peur intense ou d'impuissance (American Psychological Association [APA], 2013, 2022 ; OMS, 2019). Les effets d'une expérience traumatique peuvent se manifester à travers différents symptômes physiques, émotionnels et psychologiques, risquant

d'affecter le bien-être global de l'individu (Herman, 1992 ; OMS, 2019 ; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014 ; Van der Kolk, 2003).

Les traumatismes de nature interpersonnelle, impliquant des interactions avec d'autres personnes, ont tendance à causer davantage de difficultés psychologiques par rapport aux traumatismes non interpersonnels (Briere et al., 2008, 2010, 2016, 2015 ; Forbes et al., 2011, 2013 ; Thomas et al., 2021). En particulier, les expériences traumatiques perpétrées par des figures d'attachement, comme un parent ou une figure de soin, seraient particulièrement nuisibles (Courtois et Ford, 2012 ; D'Andrea et al., 2012 ; Godbout et al., 2006, 2020 ; Martin et al., 2013 ; Spinazzola et al., 2018 ; Van Nieuwenhove et Meganck, 2019).

Ainsi, dans le cadre de la présente thèse, les TIE réfèrent à huit types d'expériences négatives qui se produisent au sein d'un contexte relationnel, au cours de l'enfance (Briere et al., 2008, 2010 ; Freyd, 1996 ; Godbout et al., 2017a), soit avant l'âge de 18 ans :

L'agression sexuelle en enfance (1). L'agression sexuelle en enfance (ASE) est un des types de TIE ayant été largement documenté dans les écrits scientifiques (Putnam, 2003). Toutefois, il n'existe pas de définition consensuelle de ce phénomène, puisque, même si une ASE est considérée comme un acte criminel, sa définition peut varier en fonction de la conjoncture sociale et juridique, mais également en fonction du contexte des recherches qui s'intéressent à ce sujet (Mathews et Collin-Vézina, 2017). Précisons que ce sont ces variations de définitions qui peuvent expliquer les différences concernant les prévalences de cette problématique. Dans la présente thèse, l'ASE est définie en conformité avec les dispositions légales canadiennes et réfère, dans ce cadre, à tout contact sexuel commis à l'égard d'un enfant de moins de 18 ans, ou à tout acte sexuel commis sur un enfant de moins de 16 ans par un adulte ou par une personne ayant cinq ans de plus (Code civil canadien, 1985). Si les taux de prévalence concernant l'ASE présentent une certaine variabilité en fonction des études, d'après Statistique Canada (2017) ce sont environ 20% des femmes et 10% des hommes qui rapportent avoir subi une agression sexuelle au moins une fois avant l'âge de 18 ans. Des taux similaires sont retrouvés au Québec (Hébert et al., 2009), ainsi qu'à l'international, puisqu'une méta-analyse mondiale révèle qu'une femme sur cinq et qu'un homme sur dix aurait subi une ASE (Stoltenborgh et al., 2011).

La violence physique (2). La violence physique vécue en enfance réfère à l'expérience de contacts violents ou de contraintes au niveau physique perpétrés par les figures parentales ou par une personne de confiance (p. ex., coups, gifles, bousculades, être frappé avec un objet, etc. ; Bremner et al., 2007). La prévalence de ce type de TIE dans la population générale est estimée entre 20 % et 33 % pour les femmes et entre 33 % et 40 % pour les hommes (Briere et Elliott, 2003 ; Lee et Kim, 2023 ; Stoltenborgh et al., 2013, 2015).

La violence psychologique (3). La violence psychologique vécue en enfance décrit l'expérience d'humiliation, de blâme, de critique, de menace, d'insulte ou encore du rejet de la part des figures parentales, ou d'une personne de confiance (Hart et al., 2002). Selon deux méta-analyses effectuée à l'échelle mondiale ce serait de 36 à 46% des adultes qui rapporteraient avoir subi de la violence psychologique lorsqu'ils étaient enfants (Lee et Kim, 2023 ; Stoltenborgh et al., 2012).

La négligence fait référence à l'omission des besoins de base qui sont nécessaires au développement de l'enfant, et ce, dans la mesure où les ressources sont disponibles de façon raisonnable pour les parents (Agence de santé publique du Canada, 2015). Deux types de négligence, soit physique et psychologique, peuvent être rapportés. **La négligence physique (4)** réfère aux besoins primaires, tels que la salubrité du logement, la nutrition, ainsi que les soins d'hygiène et médicaux (Godbout et al., 2017). **La négligence psychologique (5)** renvoie à une absence de disponibilité émotionnelle ou psychique de la figure de soin, se traduisant par une difficulté à reconnaître, comprendre ou répondre de manière appropriée aux besoins affectifs fondamentaux, tels que le besoin de sécurité, d'attention, d'affection ou de valorisation personnelle (Godbout et al., 2017). Certains experts considèrent que la négligence psychologique serait plus fréquente, quoique peu signalée en raison de son caractère peu visible et du fait que celle-ci reste sous-étudiée (Barnet, et al., 2005 ; Stoltenborgh et al., 2013). Concernant leur prévalence, des données internationales indiquent que ce sont près de 16% des adultes qui rapportent avoir subi de la négligence physique et 18% de la négligence psychologique lorsqu'ils étaient enfants (Stoltenborgh et al., 2013). D'autres études effectuées sur des échantillons québécois indiquent des prévalences similaires pour la négligence physique (17%), qui seraient plus élevées (33%) pour la négligence psychologique (Bigras et al., 2016 ; Dugal et al., 2019), ce qui est similaire aux résultats indiqués par une autre étude canadienne exposant des taux de prévalence variant de 20 à 30% en fonction de l'âge de l'enfant (Clément et al., 2016).

L'exposition à la violence physique (6) et psychologique (7). L'exposition à ces deux types de violence fait référence à l'observation, par l'enfant, à de comportements de violence physique et/ou psychologique entre ses parents et/ou ses figures de soins (Institut national de la santé publique du Québec [INSPQ], 2018). Ce type de TIE toucherait entre 15 à 40% des adultes de la population générale (Kieselbach et al., 2022 ; Whitten et al., 2024).

L'intimidation par les pairs (8). L'intimidation par les pairs (communément appelée le « *bullying* ») est depuis plus récemment considérée comme une forme de TIE et fait référence au fait d'avoir subi une forme de harcèlement ou de pression de la part de camarades (Gladden et al., 2014 ; Godbout et al., 2017). Selon une étude menée par l'OMS, cette expérience serait rapportée par 8 à 40% des adultes interrogés (Biswas et al., 2020). Une méta-analyse internationale estime cette prévalence à environ 30 % (Elgar et al., 2015).

1.1.2 Trauma cumulatif en enfance

Les expériences de TIE surviendraient fréquemment de façon concomitante (Briere et Scott, 2015 ; da Silva et al., 2024 ; Hodges et al. 2013 ; Messman-Moore et Bhuptani, 2017). Cependant, les études empiriques se sont le plus souvent concentrées à l'étude d'un type spécifique de TIE, omettant les répercussions d'une expérience cumulant différents types sur l'ajustement des survivant·e·s à l'âge adulte. Or, plusieurs experts appuient la nécessité de s'intéresser à cette cooccurrence (Briere et al., 2016 ; Cloitre et al., 2009, 2013 ; Godbout et al., 2020 ; Martin et al., 2013), qui serait l'expérience la plus souvent rapportée par les survivant·e·s de TIE (Briere et al., 2015, 2016 ; Godbout et al., 2020 ; Morissette Harvey et al., 2024). En effet, les individus ayant subi un type de TIE présentent une probabilité plus accrue d'être exposés à d'autres types de traumatismes ultérieurement (Cloitre et al., 2009, 2013 ; Finkelhor et al., 2007, 2009, 2011 ; Higgins et McCabe, 2001).

À ce sujet, des études épidémiologiques américaines indiquent que 60% des enfants rapportent au moins un type de TIE, 30% deux types et environ 20% quatre types et plus (Finkelhor et al., 2007, 2009 ; Jack et al., 2006). Ces données sont similaires à celles retrouvées dans la population canadienne (Agence de santé publique du Canada, 2015). D'ailleurs, une étude effectuée auprès de la population canadienne révèle que plus de 30% des personnes interrogées avaient subi au moins

une forme de violence en enfance (c.-à-d., agression sexuelle, violence physique ou exposition à de la violence interparentale ; Afifi et al., 2014). Ces différents résultats ont été corroborés par une étude internationale d'envergure démontrant qu'environ deux tiers des personnes interrogées avaient vécu au moins un type de TIE (Kessler et al., 2017) et ces prévalences atteignent près de neuf personnes sur dix selon certaines études épidémiologiques (Hyland et al., 2017). Finalement, ce sont entre 30 et 90% des adultes qui rapportent au moins une forme de TIE et entre 30 et 50 % qui rapportent avoir vécu deux types ou plus (Finkelhor et al., 2009, 2011 ; Hodges et al., 2013 ; Stoltenborgh et al., 2015). En somme, les données empiriques indiquent que la moyenne rapportée dans la population générale se situe entre 2,5 et 3 types de TIE (p. ex., Bakhos et al., 2024 ; Briere et al., 2016 ; Dugal et al., 2018 ; Garon-Bissonnette et al., 2022). Ces résultats illustrent l'ampleur préoccupante de cette problématique et la nécessité de poursuivre les études à ce sujet.

Une diversité de termes se retrouve dans la recherche empirique pour conceptualiser cette expérience cumulative de TIE, comme le terme de « polyvictimisation » (Finkelhor et al., 2007, 2011), la notion de « multiples victimisations » (Finkelhor et al., 2005) ou bien encore celle de « traumatismes cumulatifs » (Briere et al., 2010 ; Follette et al., 1996). Dans le cadre de la présente thèse, l'historique de TCE s'opérationnalise par le nombre total de différents types de TIE vécus par un individu (voir ci-dessus), et non en ce qui concerne ses caractéristiques (p. ex., fréquence et sévérité ; Briere et al., 2010 ; Godbout et al., 2020). En effet, ce serait davantage le nombre et la cooccurrence de différents types de TIE qui détermineraient leurs effets délétères à long terme plutôt que l'intensité d'une seule expérience traumatique (Briere et Scott, 2015). À ce titre, une étude de référence dans le domaine suggère que le nombre total de TIE rapporté par les individus constitue un prédicteur robuste des répercussions symptomatologiques complexes à l'âge adulte, et ce, indépendamment de la nature du trauma et de sa chronicité (Cloitre et al., 2009). Par ailleurs, ces résultats ont été corroborés par diverses études empiriques et épidémiologiques (p. ex., Cloitre et al., 2013 ; da Silva et al., 2024 ; Dye, 2018 ; Hodges et al., 2013 ; Garon-Bissonnette et al., 2022 ; Martin et al., 2013).

En outre, les données empiriques indiquent qu'un historique de TCE est associé à des difficultés plus prononcées et durables au long cours (Briere et al., 2016 ; Cloitre et al., 2009 ; Hodges et al., 2013 ; Martin et al., 2013). En effet, les caractéristiques de l'environnement dans lequel a grandi l'enfant victime de TCE sont susceptibles d'altérer le développement de certaines de ses capacités

(p. ex., régulation émotionnelle), ce qui peut entraîner la cristallisation de ses difficultés sur le long terme (Briere et Scott, 2014 ; Courtois, 2008 ; Dugal et al., 2016 ; Herman, 1992). De fait, il est reconnu qu'un historique de TCE est associé à l'âge adulte à davantage de répercussions durables, telles que des problèmes de santé physique, psychologique et relationnelle (p. ex., migraine, fatigue chronique, trouble de stress post-traumatique, abus de substances, trouble de la personnalité, détresse relationnelle, violence conjugale ; Afifi et al., 2016 ; Cecil et al., 2017 ; Jaffee, 2017 ; Norman et al., 2012 ; Zamir, 2022). Ces conclusions mettent en évidence l'impact durable et particulièrement délétère d'un historique de TCE sur les capacités d'ajustement à l'âge adulte. Elles soulignent également l'importance de considérer cette expérience cumulative, puisque le fait de ne cibler qu'une seule forme de TIE risque de donner lieu à un point de vue plus limité de cette problématique.

1.2 Répercussions d'un historique de trauma cumulatif en enfance sur l'ajustement relationnel à l'âge adulte

Étant donné la couleur relationnelle qui teinte ce vécu, un historique de TCE risque d'affecter l'ajustement relationnel des survivant·e·s à l'âge adulte (Briere et al., 2008 ; Ford et Courtois, 2014 ; Godbout et al., 2009, 2013). Plus précisément, le caractère interpersonnel du TCE est enclin à perturber profondément des apprentissages qui sont fondamentaux au développement socioaffectif de l'enfant, contribuant ainsi à l'émergence de schémas relationnels mésadaptés (Freyd, 1996). De fait, plusieurs survivant·e·s de TCE rapportent une méfiance vis-à-vis des relations intimes et indiquent se sentir stigmatisé·e·s et effrayé·e·s par la possibilité d'être revictimisé·e·s, ne pas se sentir dignes d'être aimé·e·s, ou encore ne pas savoir comment entrer et rester en relation (Godbout et al., 2013 ; Staples et al., 2012). Ces constats sont confirmés par des méta-analyses récentes qui indiquent que les survivant·e·s de TCE ont tendance à avoir des difficultés à entretenir des relations satisfaisantes à l'âge adulte (Vaillancourt-Morel et al., 2024 ; Zamir, 2022). Chez les individus qui forment et maintiennent des relations amoureuses, les données empiriques indiquent que les survivant·e·s de TCE sont plus susceptibles de vivre de hauts niveaux de conflits, de la violence, des ruptures (Colman et Widom, 2004 ; Dugal et al., 2019, 2018 ; Godbout et al., 2013), ainsi que de faibles niveaux de satisfaction relationnelle (Godbout et al., 2020 ; Morissette Harvey et al., 2024 ; Peterson et al., 2018).

Or, la relation amoureuse serait la relation interpersonnelle la plus significative pour une majorité d'individus, en plus de figurer parmi les déterminants clés du bien-être (pour une recension, voir : Kielcolt-Glaser et Wilson, 2017). De fait, une étude longitudinale indique que la satisfaction relationnelle figure parmi les prédicteurs les plus influents de la santé psychologique et physique, et qu'elle serait associée à des niveaux plus élevés de bonheur, ainsi qu'à une meilleure qualité de vie (Waldinger et Schultz, 2016). Au contraire, de faibles niveaux de satisfaction relationnelle sont associés à des effets délétères notables, pouvant entraîner des conséquences sur la santé mentale et physique des individus (Proulx et al., 2007 ; Robles et al., 2014). Notamment, les manifestations d'une satisfaction relationnelle moindre (p. ex., un état de mal-être, des conflits persistants, une communication inefficace) constituent un facteur de risque pour le développement de plusieurs problématiques de santé mentale (p. ex., anxiété, dépression) et peuvent également affecter la santé physique (p. ex., stress chronique) contribuant ainsi à une diminution du bien-être des individus (Kielcolt-Glaser et Wilson, 2017 ; Waldinger et Schultz, 2016). En outre, ces résultats s'inscrivent dans un vaste champ de recherche comprenant une série d'études suggérant que des relations amoureuses positives et satisfaisantes jouent un rôle crucial dans le maintien du bien-être général et la prévention de la détresse psychologique et physique des individus (p. ex., Gottman et al., 1998 ; Robles et al., 2014), ce qui est confirmé par de récentes recensions et méta-analyses (p. ex., Buecker et al., 2023 ; Bühler et al., 2021).

1.2.1 Définition de la satisfaction relationnelle

Dans la recherche actuelle, le terme de satisfaction relationnelle est parfois employé de manière interchangeable avec celui d'ajustement dyadique. Or, il s'agit de deux construits distincts. L'ajustement dyadique, tel que défini par Spanier (1976), renvoie à un construit plus large comprenant quatre dimensions : (1) la satisfaction relationnelle¹, (2) le consensus (c.-à-d., l'accord entre partenaires sur différents domaines de la vie de couple), (3) la cohésion (c.-à-d., le degré

¹ Le terme proposé initialement par Spanier (1976) est celui de satisfaction conjugale. Dans cette thèse, nous favorisons l'utilisation du terme *satisfaction relationnelle* afin de refléter la diversité des types de relations dans notre société contemporaine, le terme « conjugal » étant traditionnellement associé au mariage. Ici, « relationnel » permet d'inclure toutes les formes de relations dyadiques (p. ex., les couples non mariés, les partenariats civils, les relations de cohabitation et non-cohabitation, etc.).

d'activités communes et de sentiment d'unité) et (4) l'expression affective (c.-à-d., la capacité à exprimer affection et intimité).

La satisfaction relationnelle réfère donc, dans le cadre de la présente thèse, au sentiment subjectif d'être engagé·e dans une relation de couple épanouissante, ainsi qu'à l'évaluation globale de la qualité perçue de cette relation (Sabourin et al., 2005 ; Spanier, 1976). À l'inverse, l'insatisfaction relationnelle se caractérise par un état de mal-être perçu dans la relation de couple, marqué par une insatisfaction persistante, des conflits récurrents et un sentiment général de mécontentement qui peut nuire au bien-être des partenaires (Sabourin et al., 2005 ; Spanier, 1976). De moindres niveaux de satisfaction relationnelle peuvent se manifester par des difficultés dans la communication, des conflits non résolus et des émotions négatives, telles que la colère ou la tristesse, qui sont susceptibles d'affecter la qualité de la relation (Gottman et al., 1998 ; Karney et Bradbury, 1995). De plus, il est important de noter que la satisfaction relationnelle n'implique pas nécessairement une absence totale d'insatisfaction, mais plutôt que les aspects positifs de la relation l'emportent sur les aspects négatifs (Fincham et Bradbury, 1987).

1.2.2 L'importance d'une perspective dyadique

Malgré le fait que la satisfaction relationnelle implique les deux membres du couple, les études se sont majoritairement concentrées sur la perception d'un seul des partenaires (Vaillancourt-Morel et al., 2019, 2024). Or, il est maintenant reconnu qu'une mesure dyadique est la méthode la plus optimale pour obtenir un indice de satisfaction relationnelle valide (Kenny et al., 2006), puisque le couple est considéré comme un système complexe à l'intérieur duquel chaque membre s'influence (Cox et Paley, 2003). Ainsi, de plus en plus d'experts et de chercheurs en psychologie du couple (p. ex., Kenny et al., 2006 ; Oka et Whiting, 2013 ; Vaillancourt-Morel et al., 2024) recommandent l'étude des variables relationnelles à l'aide de devis dyadiques, c'est-à-dire relevant la perception des deux membres d'un couple. Pour ce faire, Kenny et collaborateurs (2006) ont développé le modèle d'interdépendance acteur-partenaire (APIM). Ce modèle permet de tenir compte de l'interdépendance des données qui sont recueillies auprès des deux partenaires et, ainsi, d'examiner leurs influences mutuelles sur les variables à l'étude en distinguant les effets individuels (*effets acteurs*) et relationnels (*effets partenaires* ; Kenny et al., 2006). Dans le cadre

de la thèse, une perspective dyadique est donc adoptée, ce qui implique que l'historique de TCE et la satisfaction relationnelle de chaque partenaire sont pris en compte.

1.2.3 Trauma cumulatif et satisfaction relationnelle à l'âge adulte

En définitive, un consensus existe concernant l'importance de la satisfaction relationnelle sur le bien-être global des individus. Cependant, la recherche indique également que les survivant·e·s de TCE sont plus susceptibles de vivre des difficultés dans leur sphère relationnelle et un corpus conséquent de données empiriques révèle des associations négatives entre l'exposition à différents types de TIE et une moindre satisfaction relationnelle à l'âge adulte (p. ex., Bigras et al., 2015 ; Godbout et al., 2009, 2013, 2020 ; Morissette Harvey et al., 2024 ; Peterson, 2018). Qui plus est, les études ayant examiné le caractère cumulatif des TIE en évaluant l'historique de TCE, suggèrent que les niveaux de satisfaction relationnelle varient selon le nombre de traumatismes subis par les survivant·e·s, soit que la satisfaction relationnelle diminue à mesure que le TCE augmente (Dugal et al., 2018 ; Godbout et al., 2020 ; Morissette Harvey et al., 2024 ; Vaillancourt-Morel et al., 2019).

De plus, les études dyadiques disponibles à ce sujet suggèrent des influences mutuelles entre l'historique de TCE et le degré de satisfaction relationnelle des deux partenaires (pour une méta-analyse, voir : Vaillancourt-Morel et al., 2024). Par exemple, dans une récente étude menée auprès de couples de genres différents, Vaillancourt-Morel et ses collègues (2019) ont découvert qu'un historique de TCE chez un individu était corrélé à sa propre satisfaction relationnelle, et à celle de son partenaire. Dans une autre étude examinant la satisfaction relationnelle parmi des couples hétérosexuels dont l'un·e des partenaires est survivant·e·s, un historique de TCE plus élevé chez les femmes prédisait des niveaux de satisfaction relationnelle plus faibles chez les hommes (Ruhlmann et al., 2018). Les résultats de cette étude indiquent également pour les couples où les deux partenaires sont des survivant·e·s que des niveaux élevés de TCE chez les hommes sont associés à une satisfaction relationnelle plus faible pour eux-mêmes et pour leurs partenaires. Or, une méta-analyse récente (Vaillancourt-Morel et al., 2024) a révélé que bien que les effets du TCE sur la satisfaction relationnelle du partenaire non-survivant soient significatifs, ils seraient faibles. Ces résultats mettent donc en évidence l'importance de poursuivre l'étude de la relation entre un historique de TCE et la satisfaction relationnelle d'un point de vue dyadique.

1.2.3.1 Satisfaction relationnelle des couples accueillant un enfant

Les experts soulignent également l'intérêt de poursuivre l'étude de cette relation chez des populations plus vulnérables à vivre de faibles niveaux de satisfaction relationnelle, comme les couples accueillant un enfant (p. ex., Berthelot et al., 2019, 2021 ; Chamberlain et al., 2019).

L'accueil d'un enfant fait référence dans la présente thèse à l'arrivée d'un enfant dans la vie d'un couple, de la naissance à la première année de vie de cet enfant. Il est important de noter que l'ajustement à cette période peut varier selon qu'il s'agisse du premier enfant ou des suivants (Krieg, 2007). En effet, la naissance d'un premier enfant implique généralement une adaptation en raison de la nouveauté de l'expérience parentale et de la restructuration complète des habitudes de vie (Favez, 2013 ; Whiteman et al., 2003). Néanmoins, les données empiriques indiquent également que la naissance d'autres enfants implique également une adaptation et peut poser des défis spécifiques (p. ex., la gestion de l'attention et des ressources entre plusieurs enfants, pression financière) et exacerber les tensions existantes dans la relation de couple (Krieg, 2007 ; Mitnick et al., 2009 ; Volling, 2012). Dans le cadre de la thèse, l'accueil d'un enfant par le couple est donc précisément ciblé, puisqu'il s'agit d'une période critique de transition, nécessitant une adaptation considérable de la part des partenaires, avec un impact potentiel sur leur satisfaction relationnelle. Cette opérationnalisation permet de situer l'événement étudié et d'explorer les mécanismes sous-jacents associés à la satisfaction relationnelle des couples durant cette période cruciale, qu'il s'agisse de la première transition à la parentalité ou de l'accueil d'un nouvel enfant.

Si la satisfaction relationnelle est un facteur essentiel au bien-être physique et psychologique des individus (Kiecolt-Glaser et Wilson, 2017 ; Proulx et al., 2007), elle est également cruciale pour le fonctionnement familial (pour une recension, voir : Jiménez-Picón et al., 2021). Plus précisément, les données suggèrent que la satisfaction relationnelle est liée à la santé mentale des coparents (DeMontigny et al., 2020 ; Figueiredo et al., 2018) et au développement de l'enfant (Ensink et al., 2017, 2020 ; Nicolaus et al., 2021). Bien qu'il soit reconnu que, pour de nombreux couples, la satisfaction relationnelle puisse diminuer avec la parentalité (Delicate et al., 2018 ; Doss et Rhoades, 2017 ; Kluwer, 2010 ; Kwok et al., 2015 ; Saxbe et al., 2018), cela ne serait pas le cas pour tous (Leonhardt et al., 2020 ; Lévesque et al., 2020). Cette diversité d'expériences souligne la nécessité d'explorer les facteurs liés aux variations de la satisfaction relationnelle lors de cette étape de vie.

1.2.3.2 Trauma cumulatif et satisfaction relationnelle des couples accueillant un enfant

La recherche empirique suggère que les antécédents de TIE peuvent jouer un rôle important dans les défis relationnels rencontrés par les couples qui accueillent un enfant (Christie et al., 2017 ; Menke et al., 2018 ; Siverns et Morgan, 2019). De plus, les études suggèrent que les survivant·e·s de TIE, en ayant été exposés à des modèles parentaux inadéquats dans leur enfance, seraient privé·e·s de certains apprentissages et modèles essentiels dans leur propre rôle de parents (Bailey et al., 2012 ; Fredman et al., 2017 ; Menke et al., 2018). Les études sur les parents ont également suggéré que les survivant·e·s de TIE rencontrent davantage de défis que les non-victimes, y compris des symptômes post-traumatiques, la peur de reproduire des actes abusifs et la répétition de schémas parentaux problématiques vécus en enfance (Berthelot et al., 2019 ; Siverns et Morgan, 2019). Par ailleurs, il semble que la symptomatologie complexe d'un historique de TCE soit encline à augmenter la vulnérabilité des mères survivantes (Samuelson et al., 2017). De plus, les données empiriques indiquent des associations entre l'historique de TCE et l'adoption de pratiques parentales dommageables, impliquant notamment des habiletés de régulation émotionnelles déficitaires (Berthelot et al., 2015, 2019), ainsi que de hauts niveaux de stress parental (Hugill et al., 2017) et des difficultés de santé mentale post-partum (Menke et al., 2018).

En outre, les TIE seraient un facteur de risque majeur pour l'ajustement relationnel des couples nouvellement parents (pour une recension, voir : Chamberlain et al., 2019). Par exemple, Cao et ses collègues (2020) ont examiné l'impact de la négligence psychologique vécue en enfance sur le fonctionnement du couple de mères primipares. Leurs résultats suggèrent un moindre ajustement relationnel (c.-à-d., plus de conflits, d'insécurité d'attachement et moins d'intimité) chez les mères ayant des antécédents de négligence psychologique. Une autre étude menée auprès de mères survivantes de TCE suggère des liens négatifs significatifs entre un historique de TCE et le niveau de satisfaction relationnelle pendant la grossesse (Tekin et Karakuş, 2019). Or, les quelques recherches disponibles actuellement ont souvent porté sur un seul type de TIE (p. ex., la négligence, Cao et al., 2020 ; agression sexuelle, MacIntosh et Ménard, 2021) et ont principalement ciblé les mères, négligeant ainsi l'expérience des pères, ainsi que l'interaction et l'inter-influence entre les coparents (Berthelot et al., 2019, 2021 ; Cao et al., 2020 ; Samuelson et al., 2017 ; Tekin et Karakuş, 2019).

En somme, bien qu'il existe un nombre conséquent d'articles empiriques portant sur la parentalité, les études sur les parents survivant·e·s de TIE, et plus encore, celles adoptant une perspective dyadique pour explorer l'historique de TCE chez les couples accueillant un enfant, restent relativement rares. À notre connaissance, l'étude de Liu et collaborateurs (2019) est une des seules à avoir examiné, à l'aide d'un devis dyadique, la relation entre l'historique de TCE et la satisfaction relationnelle des deux coparents. Leurs résultats révèlent un lien direct négatif entre le TCE et la satisfaction relationnelle respective de chacun des coparents, suggérant des influences réciproques. Cependant, dans cette étude, seuls deux types de TIE (c.-à-d., violence et négligence psychologiques) ont été considérés, omettant le cumul d'autres types de TIE tel que conceptualisé dans la présente thèse (p. ex., négligence physique et psychologique, le fait d'être témoin de violence, l'agression sexuelle).

En somme, les données empiriques actuelles suggèrent qu'un historique de TCE peut avoir des répercussions délétères sur les niveaux de satisfaction relationnelle des couples de la population générale, que ce soit dans des relations établies (Dugal et al., 2018 ; Godbout et al., 2020 ; Morissette Harvey et al., 2024 ; Vaillancourt-Morel et al., 2019) ou lors de période de transition, telle que la naissance d'un enfant (Liu et al., 2019). Toutefois, ce n'est pas le cas pour tous les couples et les résultats actuels doivent être complétés (Christie et al., 2017 ; Vaillancourt-Morel et al., 2024). D'ailleurs, pour certains survivant·e·s de TCE, l'établissement d'une relation de couple saine et satisfaisante pourrait constituer une opportunité de surmonter les défis associés à leurs expériences traumatiques passées (Baumann et al., 2020 ; Chamberlain et al., 2019 ; Godbout et al., 2013 ; Greene et al., 2020 ; Siverns et Morgan, 2019). Ces observations soulignent la nécessité de poursuivre les recherches afin d'identifier les mécanismes susceptibles de moduler ou expliquer le lien entre un historique de TCE et la satisfaction relationnelle à l'âge adulte.

1.3 Cadres théoriques

Deux modèles théoriques fournissent un cadre général afin de mieux appréhender les dynamiques complexes entre un historique de TCE et la satisfaction relationnelle à l'âge adulte des survivant·e·s et de leurs partenaires – soit le modèle de Vulnérabilité-stress-adaptation (VSA ; Karney et Bradbury, 1995 ; McNulty et al., 2021) et le modèle d'adaptation du couple au stress traumatique

(*Couple Adaptation to Trauma Stress* ; CATS ; Goff et Smith, 2005). Ces modèles permettent également d'introduire les mécanismes susceptibles d'influencer cette relation.

Karney et Bradbury (1995) ont développé le **modèle de vulnérabilité-stress-adaptation (VSA)** dans l'objectif de conceptualiser les déterminants susceptibles d'influencer la stabilité relationnelle. Ce modèle intégrateur a été élaboré à partir d'une revue exhaustive de la recherche empirique, incluant des études longitudinales portant sur les variables influençant la stabilité des relations de couple. Les auteurs de ce modèle ont également fondé leur travail sur des théories telles que la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969, 1982) et des théories comportementales (Fincham et Bradbury, 1987), ce qui permet une vision holistique des facteurs liés à la stabilité relationnelle. De fait, le modèle VSA conceptualise les déterminants de la satisfaction et la stabilité relationnelle selon trois composantes qui s'inter-influencent (Karney et Bradbury, 1995 - voir Figure 1).

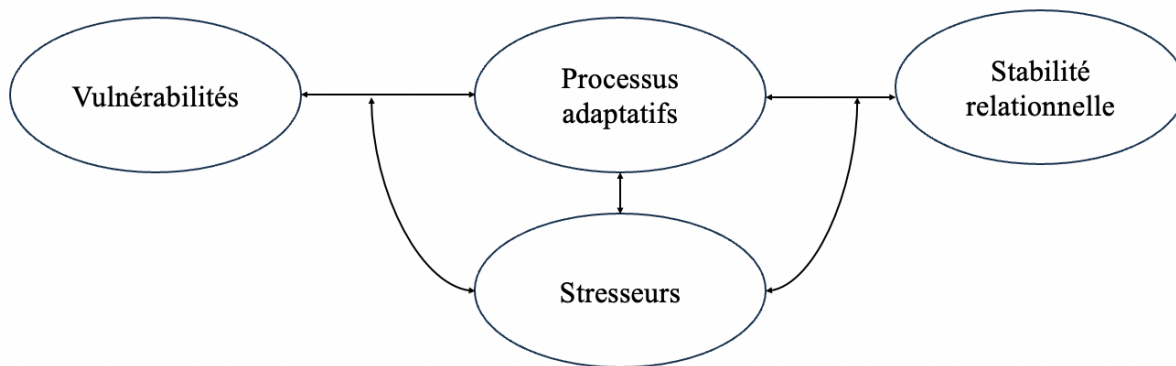


Figure 1 Modèle de vulnérabilités-stress-adaptation

Les **vulnérabilités** désignent les caractéristiques personnelles associées à l'histoire de chaque partenaire (p. ex., expériences de vie antérieures). Les vulnérabilités peuvent exercer une influence sur la relation de couple, affectant sa nature, sa dynamique, ainsi que sa durée. Les **stresseurs** englobent les événements externes, qu'ils soient contemporains ou antérieurs, auxquels les partenaires font face (p. ex., naissance d'un enfant, instabilité financière, retraite). Ces événements peuvent générer des conflits qui sont susceptibles de compromettre la satisfaction relationnelle des partenaires (Karney et Bradbury, 1995). Enfin, les **processus adaptatifs** renvoient aux mécanismes et comportements que les partenaires déploient pour ajuster leur relation et gérer les stresseurs ainsi

que les vulnérabilités (Karney et Bradbury, 1995), ce qui peut notamment guider l'étude des liens entre le TCE et la satisfaction relationnelle des couples lors de différentes périodes de vie.

D'après ce modèle, les vulnérabilités persistantes d'un individu, comme un historique de TCE, pourraient influencer les processus adaptatifs qui sont nécessaires pour maintenir la qualité de la relation et de bons niveaux de satisfaction relationnelle. Le style d'attachement² ainsi que les niveaux d'alliance parentale (processus adaptatifs) peuvent influencer les comportements de soutien, de résolution de conflits, et la capacité à collaborer lorsque le couple fait face à des stressors comme l'arrivée d'un enfant. Or, ces processus adaptatifs sont eux-mêmes influencés par les vulnérabilités de l'individu, comme des antécédents de TCE, puisque chaque composante du modèle VSA s'inter-influence.

Le modèle VSA a été récemment enrichi par McNulty et collaborateurs (2021), mettant en lumière l'influence réciproque de chaque partenaire dans la satisfaction relationnelle des couples. Cet ajout souligne l'importance des études à devis dyadique permettant, comme discuté, d'examiner les interactions au sein des couples. Cette perspective est également cohérente avec le **modèle d'adaptation du couple au stress traumatique (CATS)**, proposé par Goff et Smith (2005). Sur la base de recherches empiriques et cliniques, ce modèle propose une explication théorique des relations entre le traumatisme subi par un partenaire (traumatisme primaire) et les changements dans le fonctionnement émotionnel, cognitif et comportemental de l'autre partenaire (traumatisme secondaire). Il met ainsi en évidence l'importance d'une approche dyadique pour analyser l'impact d'un historique de TCE sur la satisfaction relationnelle des individus et de leurs partenaires. En effet, ces effets réciproques et circulaires s'intègrent de manière cohérente au cadre proposé dans le modèle VSA, notamment au sein des processus adaptatifs, en illustrant comment les symptômes liés à un historique de TCE peuvent se manifester et s'amplifier au sein de la dynamique

² Dans cette thèse, l'attachement romantique a été utilisé comme un processus adaptatifs, dans la lignée des travaux qui conceptualisent l'attachement non seulement comme une disposition individuelle, mais également comme un système qui s'active et s'exprime dans la relation de couple (Simpson et Rholes, 2019 ; Mikulincer et Shaver, 2016). L'attachement romantique est donc envisagé non pas uniquement comme une caractéristique individuelle statique, mais comme un mode relationnel dynamique façonnant les échanges dyadiques (p. ex., comportements de recherche de proximité, régulation conjointe des émotions, etc.).

relationnelle, influençant, à long terme, les niveaux de satisfaction relationnelle et la stabilité de la relation.

Goff et Smith (2005) soulignent également que la relation de couple constitue une ressource cruciale pour la guérison des expériences traumatiques, pouvant offrir une dynamique sécuritaire et saine qui rompt avec les schémas dysfonctionnels appris en contexte traumatique. Selon ce cadre théorique, une connexion émotionnelle ajustée, caractérisée par une sécurité d'attachement et la présence de soutien, contribuerait à préserver les niveaux de satisfaction relationnelle, malgré les répercussions d'un passé traumatique. Les auteurs soulignent également l'importance de poursuivre la validation empirique de variables intra et interpersonnelles telles que conceptualisées dans leur modèle, ce qui correspond précisément aux objectifs de la présente thèse.

Ainsi, l'utilisation conjointe de ces modèles permet de conceptualiser la relation entre un historique de TCE et la satisfaction relationnelle à l'âge adulte (Goff et Smith, 2005 ; Karney et Bradbury, 1995 ; McNulty et al., 2021). En tenant compte des contributions individuelles des partenaires, ainsi que de leurs interactions et en mettant en lumière les processus adaptatifs (mécanismes explicatifs et variables modératrices), ces différents appuis théoriques permettent de postuler que des stratégies adaptatives pourraient atténuer et/ou expliquer les effets des vulnérabilités d'un individu (historique de TCE) sur la satisfaction relationnelle du couple, en présence de stressseurs.

De cette manière, la variable distale, étant dans le cadre de cette thèse le vécu de TCE par un·e des deux partenaires, pourrait avoir un effet différent sur la satisfaction relationnelle de chacun, lors de l'apparition de stressseurs pour la relation, et ce, en fonction de variables proximales pouvant être intra (p. ex., dimensions de l'attachement romantique) et interpersonnelles (p. ex., comportements de cohésion et de soutien). Dans cette optique, les rôles de deux variables clés sont détaillés ci-dessous, soit l'attachement romantique et l'alliance parentale.

1.4 Facteurs modulant la relation entre le trauma cumulatif et la satisfaction relationnelle

1.4.1 Le rôle de l'attachement romantique

L'attachement romantique apparaît dans la recherche scientifique comme une variable essentielle pour la compréhension de l'ajustement relationnel des individus (Brassard et al., 2017 ; Brassard

et Lussier, 2009 ; Candel et Turliuc, 2019 ; Fávero et al., 2021 ; Martins et al., 2023 ; Meyers et Landsberger, 2002 ; Simpson et Rholes, 2019). De plus, les théoriciens insistent sur la nécessité d'étudier cette variable dans les relations de couple où l'un·e des partenaires rapporte un historique traumatique (Goff et Smith, 2005).

La théorie de l'attachement romantique stipule, qu'à l'âge adulte, le partenaire romantique devient une figure d'attachement centrale (Fraley et Shaver, 2000 ; Hazan et Shaver, 1987). Cette approche prend appui sur le fait que certaines caractéristiques de la relation d'attachement entre les parents et l'enfant peuvent se retrouver au sein d'une relation amoureuse (p. ex., contacts physiques positifs, sentiments de sécurité, soutien et présence ; Bartholomew, 1993 ; Hazan et Shaver, 1987, 1994).

Ainsi, les expériences précoces vécues en enfance avec les figures d'attachement contribuent à l'élaboration de modèles internes opérants (c.-à-d., modèles représentationnels de soi, des autres et des relations ; Bowlby, 1969, 1982). Ces modèles guident ultérieurement la manière dont l'individu perçoit, interprète et anticipe les interactions relationnelles (Mikulincer et Shaver, 2016, 2019 ; Shaver et Mikulincer, 2002) et influencent le style d'attachement qu'il développera à l'égard de ses figures significatives. Des recherches longitudinales indiquent par ailleurs que le style d'attachement tend à demeurer stable tout au long de la vie adulte (p. ex., Fraley et al., 2013, 2019 ; Girme et al., 2021). À l'image de la relation parent-enfant, la relation romantique adulte peut remplir des fonctions fondamentales de sécurité et de soutien. Toutefois, contrairement à la relation parent-enfant, la relation de couple repose sur une dynamique réciproque, dans laquelle chacun des partenaires est susceptible d'occuper ces rôles tour à tour.

Dans cette perspective, les besoins fondamentaux demeurent donc universels — notamment le besoin de proximité, de réconfort et de soutien et de sécurité — et ne varient pas selon le style d'attachement. Ce sont plutôt les modalités d'expression et de régulation de ces besoins qui diffèrent en fonction des modèles internes opérants : certaines personnes auront tendance à minimiser ou inhiber l'expression de leurs besoins (attachement évitant), tandis que d'autres auront plutôt tendance à les amplifier (attachement anxieux) (Mikulincer et Shaver, 2016, 2019 ; Shaver et Mikulincer, 2002).

Ainsi, l'attachement romantique est conceptualisé, dans le cadre de cette thèse, de façon bidimensionnelle³, comprenant deux entités situées sur un continuum 1) **l'attachement anxieux** et 2) **l'attachement évitant** (Brennan et al., 1998 ; Mikulincer et Shaver, 2016). Le premier, renvoie à des représentations de soi internalisées négatives, ainsi qu'à une sensibilité aux signaux de rejet ou d'abandon par autrui, tandis que le second renvoie à des représentations internalisées négatives d'autrui, qui se traduisent par un besoin d'indépendance et d'inconfort dans leurs relations, ainsi qu'à une distance émotionnelle (Brennan et al., 1998). Un attachement insécurisant se caractérise par des scores élevés dans une ou les deux dimensions. À l'inverse, un attachement sécurisant est associé à des scores faibles dans ces deux dimensions (Brassard et al., 2017 ; Brennan et al., 1998).

De nombreuses études rapportent des associations entre l'attachement romantique et la satisfaction relationnelle (pour des recensions, voir : Candel et Turliuc, 2019 ; Li et Chan, 2012 ; Meyers et Landsberger, 2002). Par exemple, certaines études ont observé que les couples de la population générale ayant un attachement sécurisant rapportent moins d'ambivalence quant à leur relation, plus d'amour pour leur partenaire et se sentent plus confiants par rapport aux couples avec un attachement insécurisant (Calvo et Bianco, 2015). D'autres recherches indiquent que davantage de sécurité d'attachement est corrélée positivement avec la satisfaction relationnelle, alors qu'un attachement insécurisant est, au contraire, corrélé négativement avec celle-ci (p. ex., Dandurand et Lafontaine, 2014 ; Paley et al., 2005). De plus, chez des couples consultant en psychothérapie, l'attachement insécurisant serait fortement lié à l'insatisfaction relationnelle (Mondor et al., 2011).

La recherche empirique met également en évidence une association entre l'attachement romantique et l'ajustement relationnel chez les survivant·e·s de TIE. Par exemple, une étude mentionne que pour des survivant·e·s de violence familiale, l'attachement anxieux prédit indirectement la violence dans leurs relations une fois adultes, mais également que l'attachement évitant est un prédicteur de leurs niveaux de satisfaction relationnelle (Godbout et al., 2017). Plus spécifiquement, les analyses longitudinales effectuées dans cette étude indiquent que les changements dans l'attachement

³ Les conceptualisations de l'attachement varient dans la recherche empirique. Par exemple, certains auteurs parlent de style d'attachement (c.-à-d., sécuritaire, préoccupé, détaché, craintif ; Bartholomew, 1990) et d'autres de dimensions (c.-à-d., anxiété et évitement ; Brennan et al., 1998). D'après certains experts, une conceptualisation sous forme de dimension est plus précise et évite la perte d'information (Mikulincer et Shaver, 2016). Par conséquent, dans le cadre de cette thèse, l'attachement romantique est analysé sous forme de dimensions plutôt que de styles.

romantique prédisent des changements dans les niveaux de satisfaction relationnelle des survivant·e·s, et ce, sur une durée de trois ans (Godbout et al., 2017). De fait, si la pertinence de l'attachement romantique pour expliquer l'ajustement relationnel semble bien établie dans la recherche empirique actuelle (Brassard et al., 2017 ; Candel et Turliuc, 2019 ; Simpson et Rholes, 2019), cette variable semble également jouer un rôle important sur la satisfaction relationnelle des survivant·e·s de TIE (p. ex., Godbout et al., 2017). Néanmoins, les études s'intéressant à son rôle protecteur sont plus rares (p. ex., Alder et al., 2018) et aucune, à notre connaissance, n'a examiné l'expérience des survivant·e·s de TCE.

Une revue systématique récente indique néanmoins que l'attachement sécurisant serait un facteur protecteur des effets délétères de différents types de TIE sur la santé physique, mentale et relationnelle à l'âge adulte (Meng et al., 2018). De plus, une étude dyadique récente suggère que l'attachement anxieux modère l'association entre le soutien perçu et la satisfaction relationnelle (Labonté et al., 2022). Plus précisément, la relation entre le soutien perçu comme plus élevé par les hommes et leur propre satisfaction relationnelle était plus forte chez ceux présentant des niveaux d'attachement anxieux faibles à modérés (Labonté et al., 2022). Bien que cette recherche n'ait pas étudié les survivant·e·s de TIE et n'ait pas évalué le rôle de de l'attachement évitant, elle met en lumière le rôle de l'attachement sur la satisfaction relationnelle des deux partenaires d'un couple. Une autre étude menée auprès de femmes survivantes de TCE suggère que l'attachement anxieux modère la relation entre un historique de TIE et le fait d'être victime de violence conjugale à l'âge adulte (Smith et Stover, 2016). L'exposition au TCE était positivement corrélée au fait de vivre de la violence conjugale lorsque les niveaux d'attachement anxieux étaient élevés, alors que cette relation n'était pas significative lorsque l'attachement anxieux était faible, suggérant qu'un attachement plus sécurisant pourrait protéger les survivant·e·s des impacts d'un TCE sur leur bien-être relationnel à l'âge adulte (Smith et Stover, 2016). Cependant, cette étude s'est concentrée uniquement sur l'expérience des survivantes de TCE et sur l'attachement anxieux. En définitive, malgré des résultats prometteurs concernant le rôle modérateur de l'attachement romantique sur la satisfaction relationnelle des couples (Labonté et al., 2022) et sur les effets négatifs à l'âge adulte sur le bien-être relationnel des survivantes de TCE (Smith et Stover, 2016), des lacunes subsistent dans la recherche empirique concernant son rôle dans l'association entre un historique de TCE et la satisfaction relationnelle, en particulier dans une perspective dyadique.

Somme toute, un attachement plus sécurisant est lié au confort dans l'intimité, ainsi qu'à une plus grande acceptation et compréhension de ses émotions et de celles des autres (Mikulincer et Shaver, 2016), ce qui peut améliorer la satisfaction relationnelle grâce, notamment, à une meilleure régulation émotionnelle et des compétences adéquates en résolution de conflits (Simpson et Rholes, 2017). Par conséquent, l'impact négatif d'un historique de TCE pourrait être atténué chez les individus qui se sentent davantage en sécurité au sein de leur relation, puisqu'ils pourraient être mieux équipés pour répondre à leurs besoins d'attachement, ainsi qu'à ceux de leur partenaire (Godbout et al., 2009, 2017b ; Mikulincer et Shaver, 2016), ce qui pourrait finalement les protéger du fait de vivre de l'insatisfaction relationnelle dans leur relation. Cependant, cette hypothèse reste à valider empiriquement.

1.4.2 Le rôle de l'alliance parentale

La couleur relationnelle qui teinte l'historique de TCE pourrait également influencer des variables interpersonnelles, comme l'alliance parentale. À cet égard, la naissance d'un enfant est susceptible de réveiller des souvenirs traumatiques et influencer négativement l'établissement d'une alliance parentale dite cohésive.

Plus précisément, l'alliance parentale est conceptualisée comme la qualité de la coopération et de la coordination entre les parents dans l'exercice de leurs rôles parentaux (Feinberg, 2002, 2003). Elle réfère avant tout à la dimension relationnelle⁴ de la relation parentale, soit la manière dont les parents se perçoivent, se soutiennent et collaborent dans leurs fonctions parentales.

Une **alliance parentale cohésive** se caractérise ainsi par une communication ouverte et efficace, une confiance mutuelle, un soutien réciproque dans les pratiques éducatives ainsi qu'une répartition perçue comme équitable des responsabilités parentales (Abidin et Brunner, 1995 ; Abidin et Konold, 1999 ; Cohen et Weissman, 1984 ; Feinberg, 2002, 2003, 2012). Elle se manifeste

⁴ Il importe de distinguer l'alliance parentale du concept plus large de coparentalité. Bien que ces deux notions soient étroitement liées, la coparentalité renvoie davantage à l'organisation fonctionnelle et comportementale du partage des responsabilités parentales, incluant la coordination des tâches, la gestion du quotidien et la prise de décisions relatives à l'enfant. L'alliance parentale, quant à elle, met l'accent sur la qualité affective et relationnelle de cette collaboration, notamment le soutien émotionnel, la confiance et la reconnaissance mutuelle entre les parents (Feinberg, 2002, 2012).

également par la capacité des parents à résoudre les désaccords de manière constructive et à présenter un front uni face à l'enfant, favorisant ainsi un climat familial sécurisant (Feinberg, 2003). En revanche, une **alliance parentale non cohésive** se manifeste par des désaccords fréquents, une communication inefficace, une moindre confiance, une absence de soutien mutuel et une répartition perçue comme inéquitable des responsabilités parentales. Ces dynamiques sont associées à une augmentation des conflits, une détérioration du climat relationnel et à un sentiment accru de stress et de désengagement parental (Bouchard, 2014 ; Feinberg, 2003).

De fait, en se basant sur les modèles conceptuels exposés précédemment (Goff et Smith, 2005 ; Karney et Bradbury, 1995 ; McNulty et al., 2021), il pourrait être postulé que les vulnérabilités individuelles, comme un historique de TCE, puissent affecter négativement la manière dont les couples gèrent les stressors importants, comme c'est le cas lors de la naissance d'un enfant. Ces vulnérabilités pourraient ainsi entraver le développement d'une alliance parentale cohésive, en influençant négativement les interactions et la communication entre les partenaires. En effet, les chercheurs suggèrent que les expériences traumatiques peuvent modifier la dynamique relationnelle en introduisant des éléments de stress supplémentaires et en perturbant les mécanismes d'adaptation des couples, ce qui est également susceptible d'impacter la qualité de l'alliance parentale. Ainsi, l'alliance parentale que développe chacun des coparents pourrait s'influencer et expliquer la relation entre un historique de TCE et la diminution de la satisfaction relationnelle suivant la naissance de leur enfant.

En ce sens, il est reconnu dans la recherche empirique que l'alliance parentale joue un rôle essentiel dans l'adaptation des couples ayant récemment eu un enfant. En effet, cette variable constitue un prédicteur majeur de l'ajustement individuel et relationnel des coparents (Delicate et al., 2018 ; Delvecchio et al., 2015 ; Feinberg et al., 2012 ; Pilkington et al., 2016). Or, lorsque les coparents ne parviennent pas à développer une alliance parentale cohésive, des effets négatifs peuvent en découler (p. ex., conflits concernant l'enfant, exclusion d'un parent dans la relation avec l'enfant) qui sont susceptibles d'influencer la satisfaction relationnelle des couples après l'arrivée d'un enfant (Campbell, 2022 ; Lin et al., 2024 ; Peltz et al., 2018 ; Sheedy et Gambrel, 2019).

De fait, les données empiriques révèlent que les niveaux d'alliance parentale précoce (c.-à-d., au début de la parentalité) seraient liés aux comportements relationnels ultérieurs chez le couple

parental. Par exemple, une étude indique qu'une alliance parentale perçue comme non cohésive prédirait des niveaux plus faibles d'engagement amoureux un an après la naissance de l'enfant (Altenburger et al., 2014). D'autres études se sont penchées sur l'étude de l'alliance parentale comme mécanisme pour l'ajustement relationnel des parents. Par exemple, une étude a mis en évidence le rôle de l'alliance parentale comme mécanisme explicatif dans la relation entre le stress parental et la satisfaction relationnelle (Camisasca et al., 2014). Ces résultats sont appuyés par une étude de Durtschi et collaborateurs (2017) qui suggère que l'alliance parentale prédit de manière significative une meilleure satisfaction relationnelle tant chez les mères que chez les pères, deux ans après la naissance de l'enfant. Ces résultats s'alignent avec ceux d'une précédente étude longitudinale et soulignent le rôle prépondérant de l'alliance parentale dans le maintien du bien-être relationnel des couples qui accueillent un enfant (Le et al., 2016).

En définitive, les données empiriques actuelles témoignent de l'importance de l'alliance parentale sur les niveaux de satisfaction relationnelle des couples après la naissance d'un enfant. Des études longitudinales indiquent également que la qualité de l'alliance parentale prédit la satisfaction relationnelle ultérieure des couples (p. ex., Durtschi et al., 2017 ; Le et al., 2016). Toutefois, à notre connaissance, aucune étude ne s'est précisément penchée sur le rôle de l'alliance parentale dans la relation entre un historique de TCE et la satisfaction relationnelle du couple parental. Pourtant, la recherche empirique suggère que les survivant·e·s de TCE sont particulièrement vulnérables au fait de vivre une baisse de la satisfaction relationnelle plus importante suivant la naissance d'un enfant (Berthelot et al., 2015, 2019 ; Siverns et Morgan, 2019). De plus, une récente étude suggère qu'un historique de TCE serait négativement associé à l'établissement d'une alliance parentale cohésive, tant chez les mères que chez les pères (Rassart et al., 2024). Ainsi, il apparaît cohérent de proposer que l'alliance parentale agisse comme mécanisme explicatif clé dans la relation entre un historique de TCE et la satisfaction relationnelle des couples accueillant un enfant. En effet, le cumul de TIE pourrait être lié à davantage de difficultés à former une alliance parentale cohésive, ce qui pourrait en retour affecter négativement leur niveau de satisfaction relationnelle, ainsi que celle de leur partenaire. Cette hypothèse reste à être appuyée empiriquement.

1.5 Pertinence de la thèse en fonction des limites empiriques actuelles

La présente thèse s'inscrit dans un champ d'études en pleine expansion, avec un intérêt croissant pour l'étude dyadique des répercussions à long terme d'un historique de TCE sur la santé relationnelle des survivant·e·s et de leurs partenaires. En effet, bien que des avancées notables aient été réalisées dans la compréhension des impacts d'un TCE à l'âge adulte, les données empiriques disponibles actuellement demeurent incomplètes (Vaillancourt-Morel et al., 2024). Pourtant, les taux de prévalence alarmants du TCE, ainsi que ses répercussions à long terme sur différentes sphères de fonctionnement (Afifi et al., 2016 ; Jaffee, 2017 ; Norman et al., 2012 ; Zamir, 2022) reflètent bien l'ampleur de cette problématique de santé publique et la nécessité de poursuivre les études à ce sujet. De plus, les mécanismes susceptibles de moduler et d'expliquer la relation entre un historique de TCE et la satisfaction relationnelle des survivant·e·s, ainsi que de leurs partenaires, demeurent largement méconnus et restent donc à identifier.

Il apparaît également essentiel d'examiner ces relations non seulement au sein de couples issus de la population générale mais aussi auprès de populations présentant une vulnérabilité accrue face aux fluctuations de la satisfaction relationnelle, comme celles devant composer avec la naissance d'un nouvel enfant. En outre, les études effectuées auprès des couples nouvellement parents se sont principalement concentrées sur l'expérience maternelle, entraînant une lacune significative concernant l'expérience paternelle ainsi que l'influence mutuelle entre les coparents (Christie et al., 2017 ; Mickelson et Biehle, 2017). Ce constat souligne l'importance de poursuivre les recherches avec une méthodologie dyadique afin de mieux comprendre ces dynamiques complexes. Enfin, bien que l'étude de la parentalité occupe une place importante dans la recherche empirique actuelle, il demeure essentiel de poursuivre les études auprès des survivant·e·s de TCE afin d'approfondir la compréhension de leurs expériences parentales (Siverns et Morgan, 2019 ; Zamir, 2022).

La présente recherche doctorale est donc la première, à notre connaissance, ayant pour objectif d'étudier l'impact d'un historique de TCE sur la satisfaction relationnelle auprès de deux échantillons distincts de couples de la population générale (c.-à-d., couples établis et couples accueillant un enfant), tout en évaluant les rôles de variables intrapersonnelle (l'attachement romantique) et interpersonnelle (l'alliance parentale) sur ces relations. Pour ce faire, l'utilisation de devis dyadiques (APIM ; Kenny et al., 2006) permettra d'intégrer la réalité des deux partenaires

tout en examinant l'influence de chacun sur le fonctionnement de l'autre, permettant ainsi l'étude de la dynamique des couples en tant que système. De surcroît, l'étude de variables susceptibles d'influencer la résilience des survivant·e·s de TCE permettra de pallier certaines lacunes présentes dans la recherche scientifique.

Enfin, cette thèse innove en répondant à un besoin crucial concernant l'absence de pistes d'interventions adaptées pour accompagner les parents, notamment ceux ayant des antécédents de TCE, durant leur transition à la parentalité. Bien que cette période soit largement reconnue comme une étape charnière pour l'ajustement relationnel (Bogdan et al., 2022 ; Doss et Rhoades, 2017 ; Keizer et Schenk, 2012), les ressources cliniques permettant de soutenir efficacement ces couples demeurent limitées (Pinquart et Teubert, 2010). En s'appuyant sur une analyse approfondie des défis liés à la naissance d'un enfant et des facteurs influençant cette période de transition, cette thèse vise à enrichir notre compréhension clinique et empirique, tout en proposant des recommandations pour l'accompagnement des couples parentaux. Ces contributions ont comme objectif d'orienter non seulement les pratiques cliniques, mais également les futures recherches concernant l'efficacité des interventions dans ce domaine.

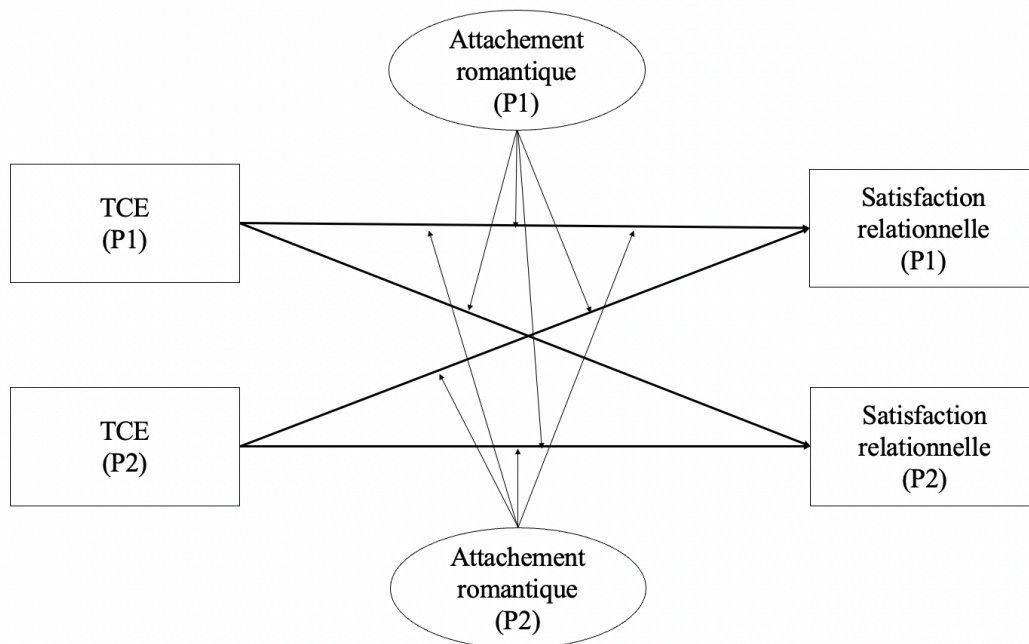
1.6 Objectifs et hypothèses

L'objectif général de la thèse est d'examiner, à l'aide de deux études empiriques à devis corrélational et dyadique, le rôle de variables intrapersonnelle (attachement romantique, étude 1) et interpersonnelle (alliance parentale, étude 2), dans la relation entre l'historique de TCE et la satisfaction relationnelle à l'âge adulte, des couples où au moins un·e des deux partenaires est survivant·e de TCE. Cette recherche est basée sur deux échantillons distincts de la population générale (couples établis dans l'étude 1 et couples accueillant un enfant dans l'étude 2). Un troisième objectif est de proposer, à l'aide d'un article ancré dans la pratique clinique, des pistes d'interventions spécifiques pour accompagner les couples confrontés à ces enjeux relationnels, dans le contexte de la transition à la parentalité.

1.6.1 Étude 1

Cette première étude vise à examiner les liens entre le TCE et la satisfaction relationnelle des deux partenaires de couples établis au sein de la population générale et à tester l'effet modérateur de l'attachement romantique sur ces associations, en utilisant une perspective dyadique.

Nous avons émis l'hypothèse que (1) le TCE chez un individu serait associé négativement à la fois à sa propre satisfaction relationnelle (effets d'acteur) et (2) à celle de son/sa partenaire (effets du partenaire) et que (3) l'attachement romantique modérerait ces associations. Plus précisément, de faibles niveaux d'anxiété et/ou d'évitement chez l'individu devraient atténuer les associations entre son historique de TCE et sa propre satisfaction relationnelle. Il est ensuite attendu que de plus faibles niveaux d'anxiété et/ou d'évitement chez l'individu, diminuent la relation entre son vécu de TCE et la satisfaction relationnelle de son/sa partenaire. L'étude étant de nature exploratoire, toutes les interactions possibles ont été examinées (voir figure 2).



Note. P1 = Partenaire 1 ; P2 = Partenaire 2

Figure 2 Modèle acheminatoire de modulation basé sur le modèle d'interdépendance acteur-partenaire (APIMoM). Effet modérateur de l'attachement romantique.

1.6.2 Étude 2

L'objectif de cette seconde étude est d'examiner le rôle de l'alliance parentale comme mécanisme indirect expliquant le lien entre le TCE et la satisfaction relationnelle des couples à la suite de la naissance d'un enfant, en utilisant une perspective dyadique. De plus, l'étude vise à examiner les différences entre les mères et les pères dans les variables étudiées, contribuant ainsi à une compréhension globale des expériences et des réponses uniques des deux parents.

Nous avons émis l'hypothèse que (1) le niveau de TCE d'un parent serait négativement associé à sa propre satisfaction relationnelle (effets d'acteur) et (2) à la satisfaction relationnelle de son coparent (effets de partenaire) et que (3) le niveau de TCE serait indirectement lié à la satisfaction relationnelle du parent et de son coparent par le biais de leur propre alliance parentale et de celle de leur coparent. Plus précisément, on s'attendait à ce que (3a) le niveau de TCE d'un parent soit associé à sa propre alliance parentale plus faible qui, en retour, serait associée à sa moindre satisfaction relationnelle (effet indirect acteur-acteur) ; (3b) que le niveau plus élevé de TCE d'un parent soit positivement associé à son propre niveau plus faible d'alliance parentale qui, à son tour, serait positivement associé à la satisfaction relationnelle de son coparent (effet indirect acteur-partenaire) ; (3c) que le niveau plus élevé de TCE d'un parent serait positivement associé au faible niveau d'alliance parentale de son coparent qui, à son tour, serait positivement associé à sa propre satisfaction relationnelle (effet indirect partenaire-partenaire) ; (3d) que le niveau de TCE d'un parent serait négativement associé au niveau d'alliance parentale de son coparent qui, à son tour, serait positivement associé à la satisfaction relationnelle de son coparent (effet indirect partenaire-acteur) (voir figure 3).

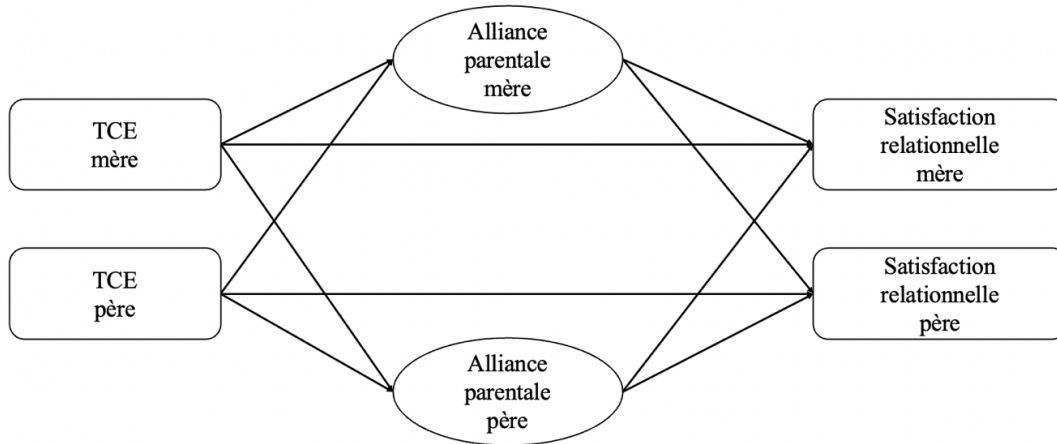


Figure 3 Modèle acheminatoire de médiation basé sur le modèle d'interdépendance acteur-partenaire (APIMeM). Effet indirect de l'alliance parentale.

1.6.3 Étude 3

Le troisième volet de cette recherche doctorale tente de pousser la réflexion telle que présentée dans les deux études empiriques, pour offrir une discussion basée sur la pratique clinique dans un contexte où les couples sont confrontés aux défis associés à la naissance d'un enfant. En effet, la période de transition parentale est reconnue comme un stade développemental critique dans la relation de couple, avec des changements majeurs pouvant influencer la satisfaction relationnelle des coparents. Nous avons donc exploré dans ce troisième article des pistes d'accompagnement psychothérapeutique pour les couples rencontrant des difficultés lors de cette période de transition. Après avoir examiné les facteurs déterminants et les méthodes d'évaluation multiaxiale disponibles, un protocole des principales interventions comportementales et cognitives est détaillé. Ces interventions ciblent les sphères déjà discutées dans les deux premiers articles, aux niveaux inter et intrapersonnelles (p. ex., satisfaction relationnelle et sexuelle, identité parentale, alliance parentale). Enfin, cet article théorique propose des suggestions pour le développement de la recherche empirique et l'accompagnement thérapeutique des couples en transition parentale.

1.7 Méthodologie

La première étude consistait en une analyse des données secondaires recueillies dans le cadre d'une recherche de grande envergure portant sur les répercussions des TIE à l'âge adulte, dirigée par la

professeure Natacha Godbout, PhD. Les participants ont donné leur autorisation à l'utilisation secondaire de leurs données pour d'autres projets lors de la signature du consentement de participation à l'étude. Le recrutement a été effectué, entre 2016 et 2019, auprès de 501 couples de genres⁵ différents issus de la population générale québécoise. Les participant·e·s ont été recruté·e·s par le biais d'une firme de sondage et ont été invité·e·s à remplir des questionnaires directement par téléphone. Les critères d'inclusion de l'étude étaient de (1) résider au Québec, (2) d'avoir plus de 18 ans, (3) de comprendre le français ou l'anglais et (4) d'être en couple depuis au moins six mois et de participer en couple. Une compensation financière de 10\$ (20\$ par couple) était accordée à chaque participant·e·s après complétion du questionnaire.

La seconde étude s'inscrivait également dans la continuité d'un vaste projet de recherche portant sur l'étude systémique du bien-être des couples parentaux, dirigée cette fois par les professeures Natacha Godbout, PhD et Alison Paradis, PhD. Un échantillon composé de 1136 couples parentaux de genres différents (2272 parents) a été recruté via le référencement des naissances du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP), avec l'accord de la Commission d'accès à l'information du Québec. Les critères d'inclusion étaient (1) qu'au moins un des deux parents ait donné naissance à l'enfant au Québec (exclusion des adoptions), (2) que l'enfant soit âgé de six mois ou moins au moment de l'étude, (3) que les parents soient en relation de couple et cohabitent, (4) qu'ils soient âgés de 18 ans ou plus et (5) qu'ils parlent couramment le français ou l'anglais. Chaque partenaire a été invité à remplir un questionnaire d'une durée de 45 minutes, disponible sur la plateforme Qualtrics. Chaque couple a reçu une carte cadeau d'une valeur de 40\$ en guise de compensation financière (20\$ par partenaire).

Pour les deux premières études quantitatives de cette thèse, les instruments de mesure ont été choisis en fonction de leurs qualités psychométriques satisfaisantes. Il est à noter que pour chacune des deux études, ce sont les mêmes versions des instruments de mesure qui ont été utilisés, à l'exception de celui servant à mesurer l'alliance parentale qui se retrouve uniquement dans l'étude 2. Les participants ont également rempli une mesure des caractéristiques sociodémographiques. L'historique de TCE a été évalué à l'aide de la version francophone du *Childhood Cumulative*

⁵ Le terme « genre » est utilisé ici dans une volonté inclusive de souligner les dimensions sociales, culturelles et psychologiques des expériences, plutôt que les seules caractéristiques biologiques associées au terme « sexe ».

Trauma Questionnaire (CCTQ ; Godbout et al., 2017). Le niveau de satisfaction relationnelle a été évalué grâce à l'Échelle d'Ajustement Dyadique (DAS-4, Sabourin et al., 2005), qui est la version francophone courte et validée de l'échelle originale du *Dyadic Adjustment Scale* comprenant 32 items (DAS-32 ; Spanier, 1976). Le style d'attachement romantique a été mesuré par la version validée francophone du *Experience in Close Relationships Scale* (ECR-12 ; Lafontaine et al., 2015). Le niveau d'alliance parentale a été mesuré à l'aide du *Parenting Alliance Measure* (PAM ; Abidin et Brunner, 1995 ; Abidin et Konold, 1999). Une version francophone a été générée par l'équipe de recherche à l'aide de la méthode de traduction inversée (Vallerand, 1989).

Pour les deux premières études, des analyses descriptives et inférentielles (p. ex., prévalences, moyennes, test-*t*) ont été conduites sur le logiciel *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS version 27) afin de décrire les échantillons, de documenter les liens entre les variables à l'étude et de vérifier les postulats statistiques nécessaires aux analyses principales. Ensuite, le logiciel *Mplus* (Muthén et Muthén, 2017) a été utilisé pour les deux études pour procéder à des équations structurelles selon un modèle APIM permettant de prendre en compte l'interdépendance des deux partenaires (Cox et Paley, 2003 ; Garcia et al., 2015 ; Kenny et al., 2006).

La troisième étude repose sur une recension d'écrits sur la transition vers la parentalité et les interventions comportementales et cognitives, visant à améliorer la satisfaction relationnelle et l'alliance parentale durant cette période charnière. Elle s'appuie sur les données empiriques et cliniques actuelles pour offrir des recommandations pratiques aux psychothérapeutes travaillant avec des couples en transition vers la parentalité.

Finalement, les deux premières études ont été approuvées par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) de l'Université du Québec à Montréal (voir Annexe). Les participant·e·s ont signé un formulaire de consentement les informant des risques potentiels et de leur droit de se retirer à tout moment. Ils ont été avertis que toutes les informations resteraient anonymes et confidentielles. Certains participants ont pu ressentir des désagréments liés au temps requis ou à des questions pouvant raviver des souvenirs traumatiques. Cependant, des études indiquent que les questionnaires sur le trauma ne causent généralement pas d'inconfort significatif (Baldwin et al., 2019). Pour atténuer ces risques, une liste de ressources et les coordonnées de la personne responsable de l'étude étaient fournies.

CHAPITRE 2

A Safe Haven through Attachment: A Dyadic Perspective on the Association between Cumulative Childhood Trauma and Relationship Satisfaction

Publié en ligne en août 2024 dans la revue *Journal of Interpersonal Violence*

<https://doi.org/10.1177/08862605241270013>

RÉSUMÉ

Le traumatisme cumulatif durant l'enfance (TCE) augmente le risque de rencontrer des difficultés interpersonnelles et une détresse relationnelle à l'âge adulte. Toutefois, toutes les personnes ayant vécu un historique de TCE ne présentent pas de telles difficultés, et peu de recherches se sont intéressées aux facteurs de protection contre l'insatisfaction relationnelle chez les survivants de TCE et leurs partenaires. L'attachement romantique pourrait constituer l'un de ces facteurs susceptible d'atténuer les effets délétères d'un historique de TCE sur la satisfaction relationnelle, tant chez les survivants que chez leurs partenaires. Adoptant une perspective dyadique, cette étude visait à examiner l'association entre un historique de TCE et la satisfaction relationnelle, ainsi qu'à tester l'effet modérateur de l'attachement évitant et anxieux sur cette relation. Un échantillon de 501 couples a été recruté par l'entremise d'une firme canadienne de sondage. Des couples canadiens ayant fourni leur numéro de téléphone ont été sélectionnés aléatoirement afin de compléter la version courte du Dyadic Adjustment Scale, the Experiences in Close Relationships Scale, et du Childhood Cumulative Trauma Questionnaire. Le modèle de modération interdépendance acteur-partenaire a été utilisé pour guider les analyses. Les résultats indiquent que des niveaux plus élevés de TCE chez les individus et leurs partenaires sont associés à une satisfaction relationnelle plus faible chez les deux membres du couple. Les analyses ont mis en évidence un effet modérateur d'un faible attachement évitant sur la relation entre un historique de TCE des individus et leur propre satisfaction relationnelle. Plus précisément, le TCE des individus était significativement et négativement associé à la satisfaction relationnelle lorsque l'évitement de l'attachement était élevé, mais n'était pas associé à la satisfaction relationnelle lorsque l'évitement était faible. Le modèle final expliquait 31,4 % de la variance de la satisfaction relationnelle. Dans l'ensemble, ces résultats soutiennent la pertinence d'interventions de couple centrées sur l'attachement romantique afin d'améliorer le bien-être relationnel des couples dont un ou plusieurs membres ont subi des TCE.

Mots clés : ajustement dyadique ; maltraitance ; attachement romantique ; résilience ; polyvictimisation.

ABSTRACT

Cumulative childhood trauma (CCT) increases the risk of experiencing interpersonal problems and relationship distress in adulthood. However, not all CCT survivors experience such difficulties, and little research has investigated protective factors against relationship dissatisfaction in CCT survivors and their partners. Romantic attachment might be one such factor that could reduce the harmful effects of a CCT history on relationship satisfaction for both survivors and their partners. Using a dyadic perspective, this study aimed to examine the association between CCT and relationship satisfaction and to test the moderating effect of attachment avoidance and anxiety on this association. A sample of 501 couples was recruited through a Canadian survey firm. Canadian couples who had provided their telephone number were randomly selected to complete the short form of the Dyadic Adjustment Scale, the Experiences in Close Relationships Scale, and the Childhood Cumulative Trauma Questionnaire. The actor–partner interdependence moderation model was used to guide the analyses. Results showed that individuals’ and partners’ higher CCT was correlated with both partners’ lower relationship satisfaction. The analyses revealed a moderating effect of lower attachment avoidance on the link between individuals’ CCT and their own relationship satisfaction. Specifically, individuals’ CCT was significantly and negatively associated with relationship satisfaction at high levels of attachment avoidance, but unrelated to relationship satisfaction at low levels of attachment avoidance. The final model explained 31.4% of the variance in relationship satisfaction. Overall, the findings support the relevance of couple interventions that focus on romantic attachment to improve relationship well-being in couples where one or both partners have experienced CCT.

Keywords: dyadic adjustment; childhood maltreatment; romantic attachment; resilience; polyvictimization

A Safe Haven through Secure Attachment: A Dyadic Perspective on the Association between Cumulative Childhood Trauma and Relationship Satisfaction

Mathilde Baumann¹, Marie-Ève Daspe², Claude Bélanger¹, and Natacha Godbout³

¹ Department of Psychology, University of Quebec in Montreal

² Department of Psychology, University of Montreal

³ Department of Sexology, University of Quebec in Montreal

Author Note

Mathilde Baumann was supported by a doctoral fellowship from the *Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQ-SC)*. The funding agency was not involved in this study.

The authors have no know conflicts of interest to disclose. Approval for this study was given by the University of Quebec in Montreal's institutional research ethics board.

Correspondence concerning this paper should be addressed to Natacha Godbout, Department of Sexology, University of Quebec in Montreal, 455 Rene-Levesque East, Room N-7485, Montreal, QC, Canada H2L 4Y2. Email: godbout.natacha@uqam.ca

2.1 Introduction

Childhood interpersonal trauma, which includes a history of physical, psychological, or sexual abuse, physical or psychological neglect, witnessing interparental physical or psychological violence, or peer bullying before the age of 18 (Godbout et al., 2017a), represents an important social and public health issue (Afifi et al., 2016; World Health Organization, 2006, 2020). Experiencing different types of childhood interpersonal trauma, or cumulative childhood trauma (CCT), is common in trauma survivors (Briere and Scott, 2015; Hodges et al. 2013). Epidemiological studies have found that 30% to 50% of survivors report having experienced two or more types of interpersonal trauma during childhood (Finkelhor et al., 2011; MacDonald et al., 2016; Stoltenborgh et al., 2015). In the general population, individuals report having experienced, on average, 2.5 to 3 different types of interpersonal trauma in childhood (Briere and Scott, 2015; Godbout et al., 2020).

Studies have shown that CCT is related to severe and complex long-term repercussions on well-being (Briere et al., 2008, 2016; Godbout et al., 2020). Specifically, CCT has been associated with various physical and mental health issues in adulthood, such as depression, anxiety disorders, physical health difficulties, substance abuse, psychopathology, and relationship difficulties (for reviews, see: Afifi et al., 2016; Jaffee, 2017; Vaillancourt-Morel et al., 2024; Zamir, 2022). The foundations for lifelong health and well-being are rooted in early experiences, making CCT a critical public health concern. Multiple studies suggest that a significant proportion of mental health problems and relationship difficulties across the life course may be related to CCT (Fink and Galea, 2015; Kirkbride et al., 2024; Strathearn et al., 2020; Zamir, 2022). Given these findings, it is essential to examine CCT to gain a better understanding of its repercussions in adulthood and how this may affect survivors' relational well-being.

2.1.1 CCT and Relationship Satisfaction

Because CCT typically occurs in trusting relationships (Briere et al., 2008; Godbout et al., 2013), it is likely to hinder survivors' relational well-being in adulthood. Studies indicate that CCT survivors tend to report wariness about developing intimate relationships and difficulty maintaining satisfying relationships (for reviews, see: Vaillancourt-Morel et al., 2024; Zamir, 2022). In adults engaged in a romantic relationship, CCT has been found to be related to increased relationship conflict, violence, and dissolution (Dugal et al., 2018, 2019; Godbout et al., 2013), as well as to higher levels of relationship distress in adulthood (Bigras et al., 2015;

Godbout et al., 2009, 2020; Peterson et al., 2018). Relationship satisfaction is defined as the feeling of being in a fulfilling and healthy relationship with a stable partner (Sabourin et al., 2005; Spanier, 1976) and is a key determinant of well-being and longevity (for a review, see: Kiecolt-Glaser and Wilson, 2017). A large body of empirical evidence consistently shows negative associations between exposure to different types of childhood interpersonal trauma and lower relationship satisfaction in adulthood (Bigras et al., 2015; Godbout et al., 2009, 2013; Peterson et al., 2018). The few studies that have examined CCT exposure also report that relationship satisfaction decreases as CCT increases (e.g., Godbout et al., 2020). However, these studies have rarely examined both relationship partners (Vaillancourt-Morel et al., 2024).

2.1.2 The Importance of Using a Dyadic Perspective when Studying Relationship Satisfaction

Few dyadic studies have confirmed mutual influences between CCT history and both partners' relationship satisfaction. In a study conducted among heterosexual couples, Vaillancourt-Morel et al. (2019) have found that individuals' CCT history was correlated with their own and with their partners' lower relationship satisfaction. In another study (Ruhlmann et al., 2018) examining relationship satisfaction among heterosexual couples where one partner is a survivor, higher CCT in women predicted lower levels of relationship satisfaction in men; in couples in which both partners are survivors, men's higher levels of CCT predicted lower levels of relationship satisfaction for them- selves and for their partners. These findings support the need to examine CCT among both partners using a dyadic perspective, where the couple is considered a reciprocal system. Yet, while dyadic studies are essential to examine the link between CCT and survivors' partners' relationship satisfaction, they are relatively scarce (for a review, see: Vaillancourt-Morel et al., 2024). Moreover, although the link between CCT and relationship distress is increasingly studied, not all survivors report relationship difficulties in adulthood, which highlights the need to study protective factors against CCT's potential effects (Godbout et al., 2013; Ruhlmann et al., 2018; Vaillancourt- Morel et al., 2024). One such protective factor worth exploring is romantic attachment, given its central role in relationships (Mikulincer et al., 2002).

2.1.3 Attachment Theory

Attachment theory stipulates that, in adulthood, the romantic partner becomes the principal attachment figure in a relationship that shares characteristics of the parent-child attachment relationship (e.g., physical contact, feelings of security, support, presence; Hazan and Shaver,

1987). Individuals' attachment styles which develop with their primary attachment figures (e.g., parental figures) shape the development of cognitive schemas of themselves and of others that guide their expectations, needs, behaviors, and understanding of relationships throughout their lives (Mikulincer and Shaver, 2016; Mikulincer et al., 2002).

Romantic attachment is typically conceptualized along two dimensions: attachment anxiety and attachment avoidance (Hazan and Shaver, 1987; Simpson and Rholes, 2017). The former refers to negative internalized self- representations (e.g., doubts about self-worth), which generate a heightened sensitivity to cues of rejection and fears of abandonment, while the latter refers to negative internalized representations of others (e.g., perception that others are not trustworthy), which translate into a need for self-reliance and discomfort with emotional closeness. Insecure attachment involves high levels of attachment anxiety and/or avoidance, whereas a secure attachment refers to low scores on both dimensions (Lafontaine et al., 2015; Simpson and Rholes, 2017).

2.1.4 The Role of Romantic Attachment in Relationship Well-Being

While no study has examined the protective role of romantic attachment against CCT's effects on relationship satisfaction, a recent review indicates that more secure attachment may protect against the deleterious effects of childhood interpersonal trauma on health in adulthood (Meng et al., 2018). In addition, some studies may be useful to understand how romantic attachment may modulate the association between CCT and relationship satisfaction. For instance, a recent dyadic study found that attachment anxiety moderates the association between perceived support and relationship satisfaction (Labonté et al., 2022). More precisely, the association between men's higher perceived support and their own relationship satisfaction was stronger among those with low-to-moderate levels of attachment anxiety (Labonté et al., 2022). While this research did not study survivors of childhood trauma and did not assess the role of attachment avoidance, it provides insight into the protective effect of a more secure attachment on relationship satisfaction for both partners. Another research study conducted with women survivors, showed that attachment anxiety moderates the relationship between childhood interpersonal trauma and intimate partner violence victimization in adulthood (Smith and Stover, 2016). Specially, exposure to childhood trauma was positively associated with intimate partner violence victimization when attachment anxiety was high, while this association was nonsignificant when attachment anxiety was low, which suggests that a more secure attachment may protect survivors from the impacts of childhood trauma on relational well- being in

adulthood (Smith and Stover, 2016). However, this study focused on the experience of female survivors and on attachment anxiety only. Also, the cumulative nature of childhood trauma antecedents was not documented. Finally, despite promising results regarding the moderating role of romantic attachment on couples' relationship satisfaction (Labonté et al., 2022) and on the negative effects in adulthood of childhood trauma (Smith and Stover, 2016), gaps remain in the empirical research regarding its role in the association between CCT and relationship satisfaction, especially with a dyadic perspective.

More secure attachment is linked to comfort with intimacy and more acceptance and understanding of one's emotions and those of others (Mikulincer and Shaver, 2016), which can improve relationship satisfaction through better emotional regulation and conflict resolution skills (Simpson and Rholes, 2017). Hence, the negative impact of CCT might be lessened in individuals who feel more secure within their relationships because they may be better equipped to meet their attachment needs as well as those of their partners (Godbout et al., 2009; Mikulincer and Shaver, 2016). This suggests that a more secure attachment (i.e., low levels of anxiety and/or avoidance) may protect CCT survivors from experiencing high levels of relationship distress. However, this hypothesis is yet to be tested empirically.

2.1.5 Objectives and Hypotheses

This study aimed to examine the links between both partners' CCT and relationship satisfaction and to test the moderating effect of romantic attachment on these associations. We hypothesized that (a) an individual's CCT would be negatively associated with both their own relationship satisfaction (i.e., actor effects) and (b) their partner's (i.e., partner effects), and that (c) romantic attachment would moderate these associations. More precisely, we expected that lower attachment anxiety and avoidance would attenuate the associations between CCT and relationship satisfaction. All possible interactions between a person's CCT and their own attachment and their partner's attachment were examined.

2.2 Method

2.2.1 Procedure and Participants

Participants were randomly selected by a survey firm from a list of telephone numbers (landline and cellular) from the province of Quebec, Canada. Participants who were eligible and interested in participating in the study were offered the opportunity to complete the

questionnaire over the phone with trained and experienced interviewers. Participants were required to meet the following criteria: reside in the province of Quebec, be at least 18 years old, be proficient in French or English, and be in an ongoing couple relationship for at least 6 months. In order to reach 500 couples (i.e., both partners responded to the survey) out of a list of 6,652 potential participants who met the inclusion criteria and expressed interest in participating, we achieved this objective after the first 1,485 individuals were contacted and completed the survey. We stopped recruitment at this stage. The study was approved by the University of Quebec in Montreal's institutional research ethics board.

Given the dyadic perspective used in this study, both partners were required. The final sample consisted of 1,002 participants (501 couples) aged 18 to 88 ($M=50.27$; $SD=13.23$). Most participants were Canadian (93.2%, $n = 934$) and primarily spoke French (94.7%, $n = 949$). Nearly two out of five participants (39.4%; $n=395$) completed college or professional education degrees and 41.6% ($n=417$) obtained a university degree. Most participants were currently employed (64.6%, $n = 647$), while 26% ($n = 261$) were retired. Personal annual income ranged from less than \$20,000 CAD to over \$100,000 CAD, with most participants (57%, $n=572$) earning \$60,000 CAD or less. All participants were identified as heterosexual, although recruitment was inclusive of sexual and gender diversity. Regarding relationship status, 57.9% of couples were married ($n=290$), 39.1% ($n=196$) were cohabiting, and 1.6% ($n=8$) were not cohabiting. The average relationship length was 23 years ($SD=14$, 0–72 years) and participants had an average of two children ($SD = 1.39$, 0–11).

2.2.2 Measures

Cumulative Childhood Trauma. CCT was measured using the Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (Godbout et al., 2017a), a self-report 17-item questionnaire assessing 8 types of childhood interpersonal trauma experienced before the age of 18: psychological, physical, and sexual abuse, physical and psychological neglect, witnessing psychological and physical interparental violence, and bullying by peers. For sexual abuse, participants indicated whether they had experienced unwanted sexual contact or sexual activity before 18 years of age with a person at least 5 years older or in a position of authority (three yes/no questions). Regarding the other eight types of trauma, participants were asked to report their respective frequency “in each typical year of childhood” using a seven-point Likert scale ranging from 0 (*never*) to 6 (*almost every day*). Based on the criminal code of Canada, participants were considered survivors of childhood interpersonal trauma if they reported at least one type of trauma before

the age of 18. Each type of trauma was then dichotomized (0=*not experienced* and 1=*experienced in each typical year*). Items were summed to produce a total CCT score ranging from 0 (*no trauma*) to 8 (*all types of trauma*), with higher scores indicating higher cumulative exposure to multiple types of trauma. This measure's internal consistency was high in previous studies (e.g., Bolduc et al., 2018; Godbout et al., 2020) as well as in the present study ($\alpha = .84$ for women and .85 for men).

Relationship Satisfaction. Relationship satisfaction was assessed using the short form of the Dyadic Adjustment Scale (Sabourin et al., 2005; Spanier, 1976). Three items were scored on a six-point scale ranging from 0 (*never*) to 5 (*always*). The fourth item assesses the degree of relational happiness on a seven-point scale ranging from 0 (*extremely unhappy*) to 6 (*perfectly happy*). Scores obtained on all items were summed to obtain a total score ranging from 0 to 21, with higher scores reflecting higher levels of relationship satisfaction. A score of 13 represents the threshold used to differentiate dissatisfied individuals from those who are satisfied with their relationships (Sabourin et al., 2005). Internal consistency was acceptable in previous studies ($\alpha = .76$ – $.96$; Sabourin et al., 2005) and in the current sample ($\alpha = .71$ for women and .68 for men).

Attachment. Romantic attachment was measured using the 12-items Experience in Close Relationships Scale (ECR-12; Lafontaine et al., 2015), which assesses attachment anxiety (6 items) and attachment avoidance (6 items). Responses were rated on a scale ranging from 1 (*disagree*) to 7 (*agree*). Mean scores were calculated for each subscale, with higher scores indicating higher levels of attachment anxiety or avoidance. Cut-offs have been suggested for significant levels on each subscale (above 3.5 for anxiety and above 2.5 for avoidance; Brassard et al., 2012). Internal consistency was acceptable in the validation study ($\alpha_{\text{anxiety}} = .87$, $\alpha_{\text{avoidance}} = .84$; Lafontaine et al., 2015) and in the present study ($\alpha_{\text{anxiety}} = .84$ for women and men; $\alpha_{\text{avoidance}} = .75$ for women and .70 for men).

2.2.3 Data Analysis

Data were screened for missing values, and there were no missing data in the sample of the present study. Descriptive and correlational analyses were performed using SPSS (v.27, IBM). To test hypotheses 1, 2 (i.e., associations between both partners' CCT and relationship satisfaction), and 3 (i.e., moderating effects of attachment anxiety and avoidance on these associations), structural equation modeling based on the Actor-Partner Interdependence

Moderation Model (APIMoM; Cook and Kenny, 2005; Garcia et al., 2015) was conducted using Mplus v.7 (Muthén and Muthén, 1998–2015). APIMoM allows us to account for the interdependence of partners' data while simultaneously examining actor (i.e., the association between a person's CCT and their own relationship satisfaction) and partner (i.e., the association between a person's CCT and their partner's relationship satisfaction) effects (Cook and Kenny, 2005; Garcia et al., 2015). All independent variables (i.e., CCT, attachment anxiety, and attachment avoidance) as well as all possible interactions were entered into the same model. Nonsignificant paths were removed in the final model to increase statistical power and parsimony. Age, relationship duration, cohabitation status (i.e., cohabiting/no cohabiting), and number of children were entered as potential covariates of relationship satisfaction. Nonsignificant variables were removed from the final model.

Before specifying the final model, an omnibus test of indistinguishability was conducted to determine whether partners were distinguishable by gender (Kenny et al., 2006). This test compares a freely estimated model to a model with equality constraints across women and men on means, variances, and intra- and interindividual covariances (Kenny et al., 2006). A chi-square difference test was performed using the rescaled 2 log likelihood difference test (Kenny et al., 2006). A significant omnibus test ($p < .05$) suggests that dyad members are distinguishable by gender (i.e., results differ between women and men), in which case parameters for women and men need to be freely estimated in the final model. By contrast, a nonsignificant omnibus test ($p > .05$) indicates that dyad members are indistinguishable by gender, which warrants the use of equality constraints in the model and the labeling of partners as partner 1 and partner 2. Model fit was examined using the Comparative Fit Index (CFI), the Tucker–Lewis Index (TLI), the Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA), the Standardized Root Mean Square Residual (SRMR), and the chi-square index. A nonsignificant chi-square, CFI, and TLI greater than 0.90, and RMSEA and SRMR lower than 0.08 reflect an adequate model fit (Hu and Bentler, 1999; Kline, 2016). Analyses were conducted using the Maximum Likelihood Robust standard errors estimation method (Yuan and Bentler, 2000), which is robust to nonnormal distributions such as those of CCT.

2.3 Results

2.3.1 Descriptive and Preliminary Statistics

As presented in Table 1, the majority of participants reported experiencing at least two different types of trauma (67.1% of women; 63.7% of men). Women reported an average of 2.59 type of CCT ($SD = 1.93$), and men reported 2.44 ($SD = 1.91$). Analyses revealed that in most couples, both partners reported a history of interpersonal trauma (70.1%; $n=351$), while only one partner reported such a history in 25.5% of couples ($n=128$), and neither partner reported a history of interpersonal trauma in 4.4% of couples ($n = 22$).

Based on the threshold for relationship satisfaction (i.e., 13), analyses revealed that 7.4% of women ($n = 37$) and 7.8% of men ($n = 39$) reported relationship dissatisfaction. Based on the cut-off for romantic attachment, 31.5% of women ($n=158$) and 29.4% of men ($n=147$) presented attachment anxiety, and 33.3% of women ($n=167$) and 39.7% of men ($n=199$) reported attachment avoidance. Table 2 presents correlations, means, and standard deviations for all measures separately for men and women. Results of paired sample t -tests indicated no significant gender differences for CCT, avoidant and anxiety attachment, and relationship satisfaction.

2.3.2 Final model

The omnibus test indicated that dyad members were indistinguishable regarding gender ($\chi^2(30) = 27.29$; $p = .61$). Partners were therefore identified as “partner 1” and “partner 2” and the final model was conducted with equality constraints on parameters across partners.

A path analysis model examined the actor and partner associations between CCT and relationship satisfaction. Participants' CCT ($\beta = -.11$; $p \leq .001$) and partners' CCT ($\beta = -.06$; $p = .022$) were found to be negatively linked to both participants' relationship satisfaction. This model explained 4.1% of the variance in relationship satisfaction. All possible moderation effects were then tested (i.e., interaction effects of links between actor-actor, actor-partner, partner-partner, partner-actor) for both attachment anxiety and avoidance, for a total of eight interaction terms. As presented in Figure 1, individuals' CCT, attachment anxiety, and attachment avoidance were negatively related to their own and their partners' relationship satisfaction. One significant interaction was found: participants' own attachment avoidance moderated the link between one's CCT and one's relationship satisfaction (actor-actor). All covariates were nonsignificant and therefore not included in the model.

More specifically, the test of simple slopes (see Figure 2) indicated that one's own CCT was significantly and negatively associated with relationship satisfaction at high levels of avoidance (i.e., one standard deviation above the mean), but unrelated to relationship satisfaction at low levels of avoidance (one standard deviation below the mean). Attachment avoidance scores below 1.9 had a moderating effect on the link between CCT and lower relationship satisfaction. Results indicated excellent model fit ($\chi^2(36) = 29.990, p = .75$; CFI = 1.00; TLI = 1.007; RMSEA = .00, 90% CI [.000, .023], SRMR = .04). The model explained 31.4% of the variance in relationship satisfaction.

2.4 Discussion

This study aimed to explore the moderating effect of romantic attachment on the associations between CCT and relationship satisfaction from a dyadic perspective, in a random sample of couples from the general population. The results contribute to a growing body of research examining the long-term effects of childhood interpersonal trauma on relationship satisfaction in adulthood. Moreover, this study expands on existing research examining the negative impact of CCT on relationship satisfaction by using a dyadic perspective to examine the protective effect of romantic attachment.

2.4.1 Cumulative Childhood Trauma and Relationship Satisfaction: Dyadic Effects

Results indicated that half of participants experienced two or more types of interpersonal trauma in childhood, a prevalence rate similar to those found in meta-analyses (e.g., Stoltenborgh et al., 2015). In addition, in most couples (70.1%), both partners were CCT survivors echoing previous studies on community samples (Godbout et al., 2020; Dugal et al., 2019). These findings attest to the magnitude of this problem and to a need to better understand its effects. Consistent with our hypotheses, we found that CCT was related to lower levels of relationship satisfaction for survivors and their partners. This is consistent with previous studies having investigated the deleterious effects of CCT on survivors' relational sphere (for review: Vaillancourt-Morel et al., 2024). The proportion of variance explained by this direct relationship is relatively low, paralleling results of previous studies (e.g., Godbout et al., 2020). It is essential to note that interpersonal relationships are complex and influenced by a multitude of individual, relational, contextual, and cultural factors (Bühler et al., 2021; Hilpert et al., 2016; Karney and Bradbury, 1995; McNulty et al., 2021). Our results confirm that CCTs can have a

significant direct impact on relationship satisfaction, thereby strengthening the current empirical knowledge.

2.4.2 The Moderating Role of Attachment Avoidance

Attachment avoidance was found to moderate the link between higher CCT and lower relationship satisfaction. In essence, this link became non-significant among participants reporting low levels of attachment avoidance. This means that among survivors with low levels of avoidance, CCT did not have a negative impact on their relationship satisfaction. This result implies that having attachment avoidance below the cut-off (i.e., above 2.5; Lafontaine et al., 2015) is insufficient to buffer against the negative effects of attachment avoidance. Indeed, attachment avoidance needs to be quite low to buffer the effects of CCT on relationship satisfaction. The reduced manifestations of avoidant attachment (e.g., deactivation of the emotional system, increased need for self-reliance, discomfort with intimacy, etc.; Mikulincer and Shaver, 2016; Simpson and Rholes, 2017) at low levels of attachment avoidance, may explain this moderating effect. In comparison to CCT survivors with high levels of avoidance, those with low levels of avoidance may feel more at ease disclosing their needs and emotions to their partners, which may enable them to offer and receive support more effectively (Godbout et al., 2017b). They may also be more comfortable with emotional closeness and be better equipped to acknowledge and understand their own emotions (Mikulincer and Shaver, 2016). These characteristics may shield them from – or even negate – the impacts of CCT on relationship satisfaction. Although previous studies have documented the role of low attachment anxiety in relational well-being (Labonté et al., 2022; Smith and Stover, 2016), the present study contributes new insights by highlighting the protective role of a more secure attachment, namely low attachment avoidance, against the adverse effects of CCT in adulthood. No partner effect was observed regarding the moderating role of attachment avoidance. This could be attributed to survivors' tendencies to have conflicting needs for both connection and isolation as they attempt to avoid distress and cope with trauma symptoms and related difficulties (e.g., distrusting others) (Simpson and Rholes, 2017; Ruhlmann et al., 2018). As such, avoidant attachment would influence the association between a person's CCT and their own levels of relationship satisfaction. Contrary to our hypotheses, attachment anxiety did not moderate the link between CCT and relationship satisfaction. However, higher attachment anxiety was linked to lower levels of both one's own and their partner's relationship satisfaction, underscoring the influence of attachment anxiety on relational well-being (e.g., Godbout et al.,

2017b). These results suggest that attachment anxiety could have a direct effect on relationship satisfaction, without directly interacting with a history of CCT. It is also possible that the stability which characterizing the couples in the present study (i.e., older with an average age of 50.27 years and with an average relationship duration of 23 years) influences these results. Thus, the specific effects of attachment anxiety could be reduced in the context of a stable, long-term relationship, where, over time, attachment anxiety would not exacerbate the effects of CCT on their relationship. However, it is also plausible that the direct effect of attachment anxiety on relationship satisfaction remains significant and robust regardless of the trauma history, indicating that attachment anxiety might have a strong impact in various contexts.

Overall, this study enhances our understanding of why the association between CCT and relationship satisfaction is not consistently documented in the literature by providing new insights into the role of romantic attachment, an often overlooked moderating factor. The present findings can be interpreted through the theoretical lens of the vulnerability-stress-adaptation model (Karney and Bradbury, 1995; Dugal et al., 2017). This model conceptualizes the determinants of relationship stability according to three components: vulnerabilities (i.e., traits of each partner), stressors (i.e., external events, challenges faced by the partners) and adaptive processes (i.e., mechanisms for regulating relationship functioning and for coping with stressors and vulnerabilities). According to this model, CCT represents a vulnerability factor that can undermine relationship satisfaction. On the other hand, low attachment avoidance acts as an adaptive process. As it provides a restorative basis to temper the impact of vulnerabilities (CCT) on survivors' relationship satisfaction, thereby fostering resilience. Our findings point to the substantial positive influence that low attachment avoidance can have on relationship satisfaction, by offering a haven from which to adapt progressively in the aftermath of CCT.

2.4.3 Limitations and Future Research

This study's findings must be considered in light of its limitations. Firstly, although anonymous self-report measures assessing traumatic experiences are considered reliable (Baldwin et al., 2019) and tend to be more accurate than other subjective measures (e.g., when participants need to self-identify as victims), they are susceptible to social desirability and recall bias, which could potentially influence the results (e.g., lower rates of trauma). Secondly, while the direction of associations was postulated based on temporal considerations (e.g., CCT occurring in childhood and relational satisfaction in adulthood) and theoretical grounds, it would be beneficial to confirm these findings using longitudinal data. Thirdly, because we used a dyadic

design, only couples where both partners agreed to participate were included in the study, which could introduce bias toward couples with more positive or stable relationships. This being said, it is important to highlight that the inclusion of a dyadic sample is a strength of this study, as it provides a more nuanced and comprehensive understanding of relational dynamics. However, the fact that the sample consisted mostly of older heterosexual couples, with an average relationship length of 23 years, implies that the findings may not be generalizable to other demographic groups (e.g., younger couples, sexually diverse couples, clinical samples, different cultures and religions, etc.). The findings of this study should be replicated with more diverse samples and using longitudinal methods and mixed designs before being generalized to the broader population. In addition to the cumulative experience of different types of interpersonal trauma experienced in childhood, future studies may also focus on the characteristics and severity of each traumatic experience.

2.4.4 Clinical Implications

This study carries clinical implications for professionals working with CCT survivors and couples experiencing relationship difficulties. The high prevalence of CCT and its documented effects on relationship satisfaction underscore the need for increased prevention efforts. This might involve, educating professionals on the prevalence of CCT and its potential effects on intimate relationships, as well as on resources and trajectories toward recovery. Our findings emphasize the importance of training therapists and other professionals to consistently screen for various types of childhood interpersonal trauma in clients consulting for relationship difficulties. Moreover, professionals should offer trauma-sensitive interventions that consider both the individual and dyadic effects of these experiences on intimacy.

Our results also suggest that romantic attachment, particularly issues related to avoidant attachment, may be a key target for therapeutic treatment. Fostering a more secure attachment may promote higher relationship satisfaction in CCT survivors by attenuating CCT's effect on relational well-being. Clinicians could introduce their clients to the concept of romantic attachment, as increased understanding of both partners' attachment styles might enable them to better identify and respond to each other's attachment needs, leading to increased relationship satisfaction. In the case of highly avoidant CCT survivors, a gradual exploration and acceptance of their emotions could be encouraged, with a focus on sharing emotions with their partners, once they feel more secure in their relationships. This approach would allow partners to witness survivors' vulnerability and better understand the attachment needs that underlie the avoidance

behaviors that ultimately hinder the relationship's well-being. As such, emotion-focused couple therapy (Greenberg and Johnson, 1988) tailored to trauma survivors (e.g., MacIntosh, 2019) may be a recommended approach.

2.5 Conclusion

Cumulative childhood trauma (CCT) can have lasting negative effects on adults' intimate relationships, often resulting in interpersonal problems and reduced relationship satisfaction. Our study offers hope, showing that not all CCT survivors experience these adverse consequences. We found that higher levels of CCT in individuals and their partners were associated with lower relationship satisfaction. However, a protective factor emerged: lower attachment avoidance attenuated the negative impact of CCT on relationship satisfaction. Our results highlight the importance of developing interventions aimed at reducing attachment insecurities to promote the relational well-being of CCT survivors and their partners. This study reminds us that while the impact of childhood trauma is profound, the power of increased secure attachment (low attachment anxiety and avoidance) can illuminate a path toward healthier relationships, even for those who carry heavy burdens.

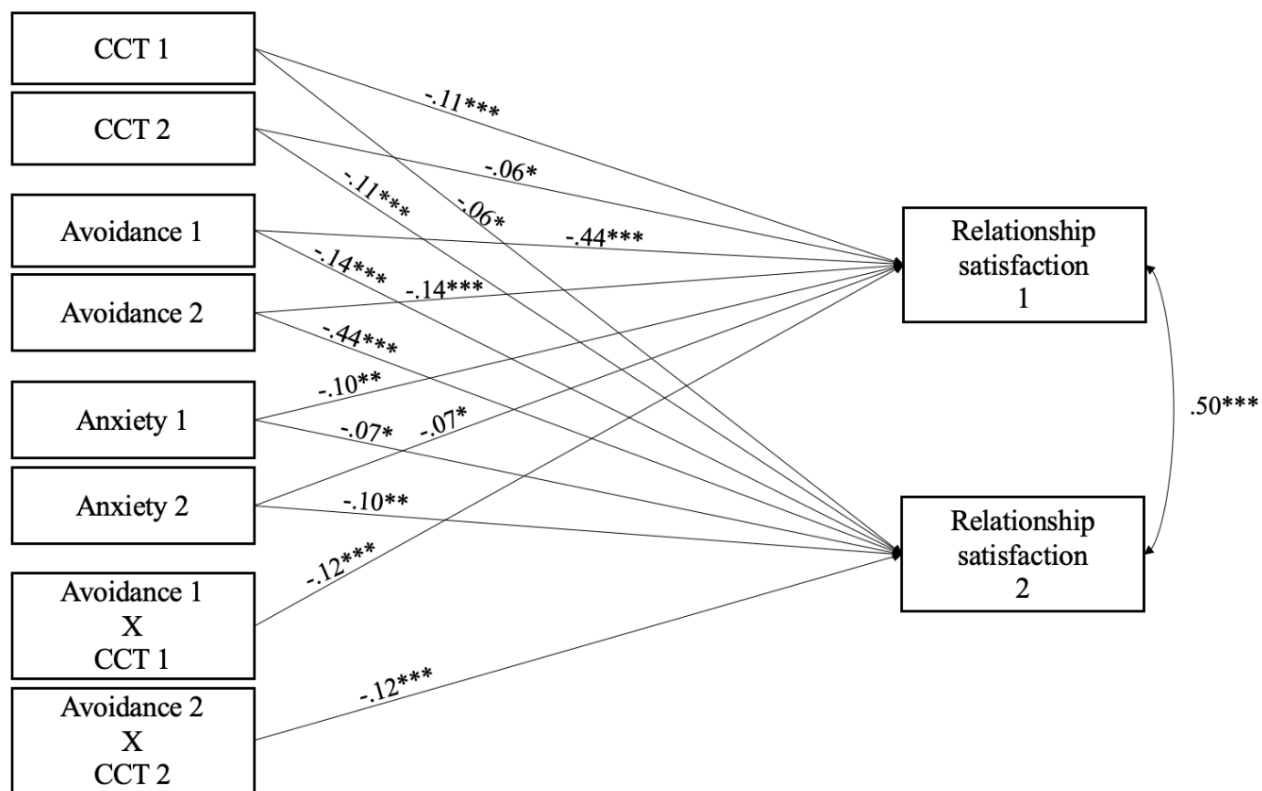
Table 1 Prevalence of Childhood Interpersonal Trauma and Cumulative Childhood Trauma.

	Women		Men		Total sample	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Childhood Interpersonal Trauma						
Physical violence	125	25%	152	30.3%	277	27.6%
Psychological violence	170	33.9%	152	30.3%	322	32.1%
Physical neglect	51	10.2%	85	17%	136	13.6%
Psychological neglect	255	70.9%	326	65.1%	681	68%
Interparental psychological violence	202	40.3%	179	35.7%	381	38%
Interparental physical violence	49	9.8%	43	8.6%	92	9.2%
Bullying by peers	202	40.3%	255	44.9%	427	42.6%
Sexual abuse	142	28.3%	59	11.8%	201	20.1%
Cumulative Childhood Trauma						
None	79	15.8%	93	18.6%	172	17.2%
1 type	86	17.2%	89	17.8%	175	17.5%
2 types	95	19%	97	19.4%	192	19.2%
3 types	96	19.2%	83	16.6%	179	17.9%
4 types or more	145	29%	139	27.8%	284	28.4%

Table 2 Correlations, Means and Standards Deviations among Study Variables.

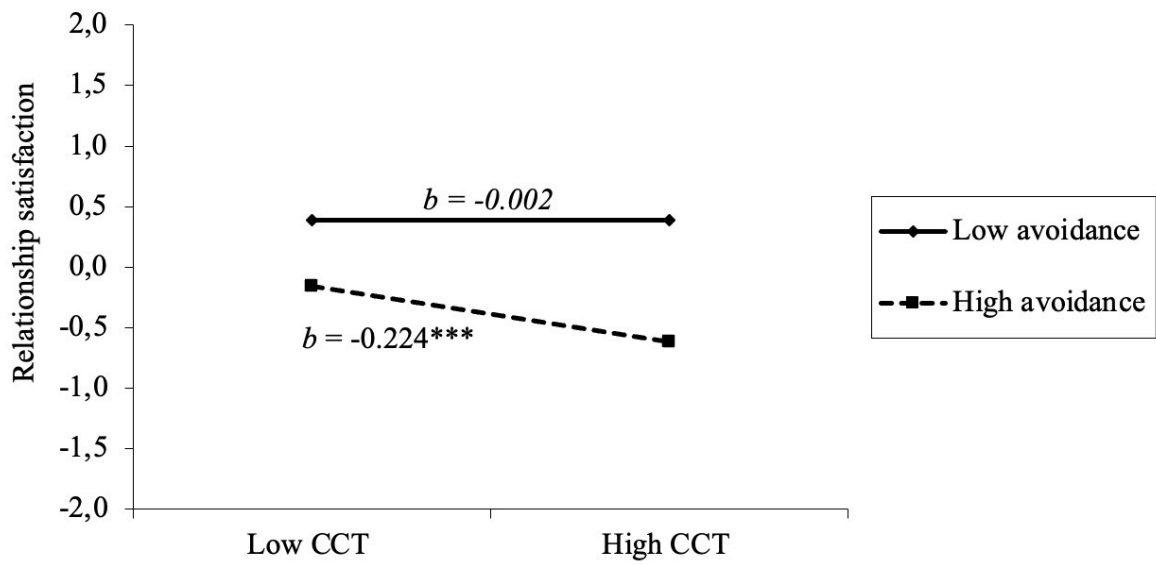
Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1. CCT women	1							
2. Relationship satisfaction women	-.17***	1						
3. Anxiety women	.18***	-.22***	1					
4. Avoidance women	.05	-.47***	.06	1				
5. CCT men	.12**	-.13**	.07	.04	1			
6. Relationship satisfaction men	-.10*	.58***	-.15***	-.23***	-.17***	1		
7. Anxiety men	.05	-.23***	.19***	.13**	.10*	-.19***	1	
8. Avoidance men	.05	-.31***	.17***	.24***	.06	-.52***	.17***	1
<i>M</i>	2.59	17.17	2.84	2.29	2.44	17.33	2.80	2.38
<i>SD</i>	1.93	2.93	1.38	1.29	1.91	2.83	1.35	1.20

Note. CCT = Childhood Cumulative Trauma. * $p \leq .05$. ** $p \leq .01$. *** $p \leq .001$



Note. CCT = Childhood Cumulative Trauma. 1 = partner 1; 2 = partner 2. Standardized coefficients are shown. All covariances between endogenous and exogenous variables were included in the final model, but not in the present figure. * $p \leq .05$. ** $p \leq .01$. *** $p \leq .001$

Figure 4 APIMoM Final Model of the Moderating Effect of Attachment Avoidance on the Association between CCT and Relationship Satisfaction



Note. CCT = Childhood Cumulative Trauma. *** $p \leq .001$.

Figure 5 Moderation Effect of Attachment Avoidance on the Association between Childhood Cumulative Trauma and Relationship Satisfaction.

CHAPITRE 3

Dyadic Analysis of Cumulative Childhood Trauma and Relationship Satisfaction: The Role of Parental Alliance

Publié en février 2025 dans la revue *Journal of Marital and Family Therapy*.

<https://doi.org/10.1111/jmft.70002>

RÉSUMÉ

Les traumatismes cumulatifs en enfance (TCE) augmentent le risque de difficultés relationnelles à l'âge adulte. Les couples accueillant un nouvel enfant sont particulièrement exposés aux tensions relationnelles et les personnes ayant subi des TCE peuvent être particulièrement vulnérables durant cette période. Cette étude a examiné le lien entre le TCE et la satisfaction relationnelle et a testé le rôle de l'alliance parentale dans cette relation. Un échantillon aléatoire de 1136 couples parentaux de genres différents a rempli des questionnaires en ligne. Des analyses acheminatoires, guidées par le modèle d'interdépendance acteur-partenaire, ont révélé que l'historique de TCE des parents étaient associés à une moindre satisfaction relationnelle, via leur propre alliance parentale et celle de leur partenaire, chez les mères comme chez les pères. Les résultats ont également révélé des associations dyadiques entre les TCE d'un parent et la satisfaction relationnelle de son partenaire, toujours via leur propre alliance parentale et celle de leur partenaire. Ces résultats confirment la pertinence d'interventions de couple axées sur l'alliance parentale pour améliorer le bien-être relationnel des couples parentaux, dont l'un des partenaires, voire les deux, a subi des TCE.

Mots-clés : maltraitance infantile ; coparentalité ; traumatisme cumulatif ; ajustement dyadique ; analyse dyadique ; adaptation parentale ; période périnatale

ABSTRACT

Cumulative childhood trauma (CCT) increases the risk of relationship difficulties in adulthood. Couples welcoming a new child are particularly prone to relationship distress, and CCT survivors may be especially vulnerable during this period. This study examined the association between CCT and relationship satisfaction and tested the role of parental alliance in this association. A random sample of 1136 different-gender parental couples completed online self-report questionnaires. Path analyses guided by the Actor–Partner Interdependence Model revealed that parents' CCT was associated with their own lower relationship satisfaction through their own and their partner's parental alliance in both mothers and fathers. Results also revealed dyadic associations between one parent's CCT and their partner's relationship satisfaction through their own and their partner's parental alliance. These findings support the relevance of couple interventions focusing on the parental alliance to improve relational well-being in parental couples where one or both partners have experienced CCT.

Keywords: childhood maltreatment; coparenting; cumulative trauma; dyadic adjustment; dyadic analysis; parental adjustment; perinatal period

Dyadic Analysis of Cumulative Childhood Trauma and Relationship Satisfaction: The Role of Parental Alliance

Mathilde Baumann ^a, M.A., Élise Villeneuve ^a, B.A., Claude Bélanger ^a, Ph.D., Alison Paradis ^a, Ph.D., Catherine M. Herba ^a, Ph.D., Natacha Godbout ^b, Ph.D.

^a Department of Psychology, University of Quebec in Montreal, 100 Sherbrooke Ouest Street, Montreal, Quebec H2X 3P2, Canada

^b Department of Sexology, University of Quebec in Montreal, 455 Rene-Levesque East, Montreal, QC, Canada H2L 4Y2.

Correspondence: Natacha Godbout (godbout.natacha@uqam.ca)

Funding: This research was supported by the Canadian Institutes of Health Research, Fonds de recherche du Québec-Société et Culture, Fonds de recherche du Québec en Santé, and Social Sciences and Humanities Research Council.

Acknowledgements: The authors wish to acknowledge the amazing team of research staff for their assistance with the data collection and the parents for their generous participation in this research. Mathilde Baumann was supported by a doctoral fellowship from the Fonds de recherche du Québec-Société et culture (FRQ-SC). This study was supported by grants from the Canadian Institutes of Health Research (#436528, Godbout and Paradis Co-PIs), the Social Sciences and Humanities Research Council (#435- 2017-1015, Godbout PI), and the Research Scholar Award by Fonds de recherche du Québec en Santé (#330150, Godbout).

Ethics Statement: Approval for this study was given by the University of Quebec in Montreal's institutional research ethics board.

3.1 Introduction

Childhood interpersonal trauma, which includes physical, psychological, or sexual abuse, emotional or physical neglect, witnessing violence (whether psychological or physical), or being subjected to bullying, all directed at a child under 18 within a relationship involving caregiving, trust, or authority (Godbout et al., 2017), is an endemic problem (World Health Organization 2006, 2020). It is widely recognized as detrimental to individuals' physical, psychological, and relational health (for reviews, see Afifi et al., 2016; Jaffee 2017; Norman et al., 2012; Zamir 2022). The term cumulative childhood trauma (CCT; Briere and Scott, 2015; Cloitre et al., 2009) refers specifically to the cumulative experience of different types of interpersonal trauma, rather than repeated instances of a single type. According to various international studies, CCT is the most commonly reported experience among survivors, with 30%–50% reporting exposure to at least two types of childhood interpersonal trauma (Finkelhor et al., 2007, 2011; Stoltenborgh et al., 2015).

Research indicates that CCT is associated with more severe and complex long-term consequences on well-being in survivors, compared to those who experience only one type of childhood trauma (Briere and Scott, 2015; Hodges et al., 2013; Godbout et al., 2020). This highlights the importance of considering CCT in order to avoid a limited understanding of trauma-related outcomes. Additionally, CCT survivors are likely to experience difficulties in adulthood, particularly during major life transitions such as the birth of a child (Chamberlain et al., 2019; Christie et al., 2017). The arrival of a child is recognized as an important life transition that introduces significant changes (e.g., more responsibilities, fatigue) that may affect relationship satisfaction in most couples (Doss and Rhoades, 2017; Keizer and Schenk, 2012). For CCT survivors, this period can be especially challenging, as the emotional and relational demands of parenthood may exacerbate unresolved trauma and strain coping mechanisms (Chamberlain et al., 2019 ; Christie et al., 2017). To comprehensively grasp the long-term impacts of CCT in adulthood and to pinpoint effective intervention strategies for enhancing the well-being of survivors, it is important to study the mechanisms that influence their parental experiences (Godbout et al., 2023 ; Greene et al., 2020).

While experts underscore the necessity of incorporating both co-parents to unravel the complexities of partner interactions in parenting research, dyadic data remains scarce in scientific literature. Existing studies have mainly focused on investigating the maternal experience, resulting in a

significant gap in the current literature concerning the paternal experience and the mutual influence between parents (Christie et al., 2017; Mickelson and Biehle, 2017). Studying co-parents is necessary to understand the links between CCT and relationship satisfaction in adulthood and to provide data that better represents the experiences of both parents. Targeted exploration of co-parents in the context of CCT would also provide valuable information and pave the way for targeted interventions that encompass the entire parenting experience.

3.1.1 Cumulative Childhood Trauma and Relationship Satisfaction

Relationship satisfaction, defined as positive dyadic adjustment that reflects a sense of happiness and stability within a relationship with a consistent partner (Sabourin et al., 2005; Spanier, 1976), is recognized as an important predictor of individuals' long-term physical and psychological health (Kiecolt-Glaser and Wilson, 2017) as well as family functioning (for review, see Jiménez-Picón et al., 2021). While it is recognized that, for many couples, relationship satisfaction decreases with parenthood (Doss and Rhoades, 2017), this is not the case for all (Lévesque et al., 2020; Leonhardt et al., 2022; Delicate et al., 2018), highlighting the need to study the variables related to higher relationship satisfaction.

A consistent body of empirical data reveals negative associations between exposure to interpersonal trauma during childhood and relationship satisfaction in adulthood (for review, see Zamir, 2022). Studies indicated that relationship satisfaction tends to decrease as a function of increased CCT (Vaillancourt-Morel et al., 2019; Godbout et al., 2020), which further supports the importance of considering CCT as a variable of influence in relationship satisfaction. Dyadic studies using the Actor-Partner Interdependence Model (APIM; Kenny et al., 2006) have started to document the complex relational dynamics among couples in the general population and confirmed mutual influences between CCT history and the degree of relationship satisfaction in both partners (for review, see Vaillancourt-Morel et al., 2024).

Moreover, studies with parents have indicated that childhood interpersonal trauma survivors encounter more challenges than non-victims, including post-traumatic symptoms, fear of repeating abusive acts, and repetition of problematic parenting patterns they experienced in childhood (Siverns and Morgan, 2019; Berthelot et al., 2019). Studies also suggest that childhood

interpersonal trauma is a major risk factor for relationship satisfaction in parental couples (for reviews, see Chamberlain et al., 2019; Christie et al., 2017). However, the majority of research focused on a single type of traumatic experience (e.g., emotional neglect, Cao et al., 2020; sexual abuse, MacIntosh and Ménard 2021) and mainly targeted mothers, neglecting the experience of fathers and the interaction between co-parents' variables (e.g., Tekin and Karakuş 2019). A study by Liu et al. (2019) is one of the few to have examined the link between CCT history and relationship satisfaction in both parents using a dyadic design (i.e., the APIM method). Their findings point to a direct negative link between CCT experiences and each partner's relationship satisfaction, which confirms the dyadic influences of a traumatic history on the relational satisfaction of both co-parents. However, in this study, only two types of interpersonal trauma (i.e., psychological abuse and neglect) were considered for conceptualizing CCT, thus omitting other common childhood traumas, such as sexual abuse, physical abuse, psychological neglect, and witnessing interparental violence.

3.1.2 Theoretical Framework

Accumulated evidence suggests that CCT may exert detrimental effects on the satisfaction levels within couples, potentially giving rise to negative relational dynamics and perpetuating a cycle of trauma (Greene et al., 2020; Rowell and Neal-Barnett 2022). However, the perinatal period also offers parents a unique opportunity to overcome the challenges posed by their traumatic experiences and to establish the foundations of a healthy and satisfying couple relationship (Chamberlain et al., 2019; Greene et al., 2020; Siversns and Morgan 2019). Thus, research is needed to understand the factors that may influence the experience of parent survivors of CCT and the potential explanatory mechanisms linking CCT to diminished relational satisfaction. For example, the findings of Liu et al. (2019) indicate that psychological distress and difficulties in emotional regulation would be explanatory mechanisms for the links between both parents' emotional neglect and their levels of relationship satisfaction. Yet interpersonal variables are also crucial to consider the link between CCT and relationship satisfaction in couples welcoming a new child, given their dyadic nature. Indeed, in order to gain a comprehensive understanding of the effects of CCT on relational satisfaction in adulthood, it is necessary to study the dyadic nature of these complex interactions (Vaillancourt-Morel et al.; 2024). Studying interpersonal factors would thus provide a

more comprehensive picture of how a history of CCT relates to the relational satisfaction of parents of a new child.

This echoes two theoretical models that can provide a comprehensive framework to better understand these dynamics. First, the Model of Couple Adaptation to Traumatic Stress (CATS; Goff and Smith 2005) explains how traumatic events impact couple adjustment. The model posits that an individual's traumatic experience, such as CCT, influences both partners' responses and their interaction patterns within the relationship. This model also delineates cycles of interactions, where supportive and empathetic exchanges can enhance relational satisfaction, while conflict and withdrawal can exacerbate stress and dissatisfaction. By incorporating both individual and dyadic processes, the model underscores the necessity of examining how couples navigate the aftermath of trauma together. The Vulnerability–Stress–Adaptation model (VSA; Karney and Bradbury 1995; McNulty et al., 2021) complements this framework by offering a broader perspective by examining how each partner's vulnerabilities, external stressors or challenges, and adaptive processes (i.e., mechanisms for regulating relationship functioning and for coping with stressors and vulnerabilities) influence relationship satisfaction and stability. This model highlights the dynamic interaction between these components and their evolution over time, suggesting that effective coping processes can mitigate the negative impact of an individual's vulnerabilities and stressors on relationship satisfaction. Distal variables, such as one partner's experience of CCT, may impact relationship satisfaction differently during periods of relationship stress (e.g., the birth of a child), influenced by proximal intra- and interpersonal variables.

These theoretical perspectives underscore the importance of understanding how traumatic experiences like CCT influence the adjustment of both partners within a couple and highlight the need to study these interpersonal processes in the context of parenting. The birth of a child involves significant relational changes as co-parents adjust to their parental roles, with the couple differentiating into romantic and parental subsystems (Doss and Rhoades 2017). Studying these processes may ultimately provide a better understanding of how parental couples can adapt and overcome the challenges posed by a history of trauma, thereby complementing current empirical findings.

3.1.3 The Potential Role of Parental Alliance

Since CCT is an interpersonal phenomenon, its repercussions could manifest through interpersonal variables among parental couples, such as the parental alliance, which refers to the collaboration and cooperation between parents in childcare and education (Abidin and Konold 1999; Feinberg, 2002). The arrival of a new child can awaken traumatic memories, arouse anxiety, and negatively influence the establishment of a cohesive parental alliance (e.g., showing respect for the other parent's choices and judgment and demonstrating a strong willingness to communicate about the child; Feinberg et al., 2012). However, parental alliance plays an essential role in the adjustment of couples following childbirth (Feinberg, 2002, 2003; Delicate et al., 2018), yet research studies involving dyadic data remain limited.

One study highlighted levels of parental alliance as an explanatory mechanism in the relationship between parents' attachment insecurity and their levels of parental stress (Delvecchio et al., 2015). Another study pointed out the role of parental alliance as a mediator in the link between parental stress and relationship satisfaction (Camisasca et al., 2014). These findings are complemented by Durtschi et al. (2017), who indicate that parental alliance significantly predicts better relationship satisfaction in both mothers and fathers 2 years after the child's birth. Moreover, when parents fail to develop a cohesive parental alliance, negative effects (e.g., conflict over the child, exclusion of a parent; Sheedy and Gambrel, 2019) are likely to have a long-term influence on partners' relationship satisfaction and parenting experiences.

Results support Feinberg's (2003) ecological model of coparenting, which emphasizes that the quality of the parental alliance is shaped by the interaction between partners, with direct implications for relationship satisfaction. This model highlights the critical importance of cooperation and communication between parents in their role as co-parents for overall marital dynamics. A cohesive parental alliance, characterized by mutual support and effective management of parental responsibilities, is associated with greater harmony and satisfaction in the relationship (Feinberg, 2002, 2003). On the other hand, difficulties in the parental alliance can generate more hostility, conflict, and increased relational dissatisfaction (Feinberg, 2002, 2003).

Ultimately, when both partners share responsibilities and support one another effectively in their parenting roles, it fosters mutual trust and reduces conflict, thereby enhancing the couple's overall relationship satisfaction. This dynamic aligns with interdependence theory (Kelley and Thibaut, 1978), which suggests that each partner's experience is shaped by their perception of the other's contributions. Strong collaboration and emotional support within the parental alliance are likely to nurture a more positive relational climate, whereas a lack of coordination or support can negatively impact relationship satisfaction. Longitudinal studies further confirm that the quality of the parental alliance predicts couples' future relationship satisfaction, highlighting its important role in maintaining relational well-being (Durtschi et al., 2017; Le et al., 2016).

Based on these theoretical and empirical insights, it is warranted to propose that the parental alliance serves as a key mechanism in the relationship between CCT and relationship satisfaction among couples, following the birth of a child. Survivors of CCT may experience additional challenges in forming a cohesive parental alliance, which could, in turn, adversely affect their relationship satisfaction during this transition. However, this proposition warrants further empirical examination.

3.1.4 Objectives and Hypotheses

The objective of this study was to examine the indirect effect of parental alliance in the association between CCT and relationship satisfaction following the birth of a child, using a dyadic perspective (Cook and Kenny, 2005). Additionally, the study aimed to investigate differences between mothers and fathers in the studied variables, contributing to a comprehensive understanding of the unique experiences and responses of both parents.

We hypothesized that (H1) one parent's level of CCT would be negatively associated with their own relationship satisfaction (i.e., actor effects) and (H2) their co-parent's relationship satisfaction (i.e., partner effects), and that (H3) level of CCT would be indirectly related to parent's own relationship satisfaction and their co-parent's through their own and their co-parent's parental alliance. Specifically, it was expected that (H3a) one parent's level of CCT would be associated with their own lower parental alliance, which, in return, would be associated with their lower relationship satisfaction (actor-actor indirect effect); and (H3b) that one parent's higher level of

CCT would be positively associated to their own lower level of parental alliance which, in turn, would be positively associated with their co-parent's relationship satisfaction (actor–partner indirect effect); (H3c) that one parent's higher level of CCT would be positively associated with their co-parent's low level of parental alliance which, in turn, would be positively associated with their own relationship satisfaction (partner–partner indirect effect); (H3d) that one parent's level of CCT would be negatively associated with their co-parent's level of parental alliance which, in turn, would be positively associated to their co- parent's relationship satisfaction (partner–actor indirect effect).

3.2 Method

3.2.1 Procedure and Participants

Parents who welcomed a new child were randomly selected through a collaboration with the regional parental insurance plan across the province of Quebec. The inclusion criteria for the present study were as follows: (1) being parents of an infant aged < 12 months; (2) being in a romantic relationship with the other parent; (3) being 18 years of age or older; (4) demonstrating fluency in both spoken and written French or English; (5) having one of the parents carry the child during pregnancy; and (6) having the participation of both parents. Parents were initially contacted by phone and subsequently by email. They were invited to complete an online survey hosted on the Qualtrics platform. The study was described as a confidential online survey on the mental and relational well-being of parental couples. Participation took approximately 40 min. Each parent received \$20 (\$40 per couple) as compensation. A total of 2186 eligible couples (4372 participants) were initially invited to participate, with 2564 participants (58.65%) completing the study. Among the 2564 participants who filled out the questionnaire, 1136 couples (2272 participants) were kept in the final sample because some couples had one partner who did not complete the questionnaire (134 couples), or they were from same-sex couples (12 couples). This study was approved by the research ethics committee of the University of Quebec at Montreal.

The final sample consisted of 1136 different-gender parental couples (2272 parents). Most participants were Canadian (83%, n=1889) and primarily spoke French (82%, n=1852). Regarding ethnic origin, 83% (n=1325) of participants identified themselves as White, 4.4% (n = 71) as Black, 2.8% (n = 45) as Middle Eastern, 2.3% (n = 35) as Latino, 2.2% (n = 33) as Asian, 0.6% (n = 10)

as Indigenous, and 1.7% ($n = 27$) indicated mixed ethnic origins. Most participants (39%; $n = 893$) completed college or professional education and 27% ($n = 616$) obtained a university degree. Personal annual income ranged from less than CAD 19,999 to over CAD 100,000, with most participants (81%, $n = 1840$) earning CAD 79,999 or less. Mothers were aged between 19 and 50 years old ($M = 30.04$, standard deviation [SD] = 5.12), while fathers were aged between 20 and 57 years old ($M = 32.04$, SD = 6.13). The relationship duration ranged from 1 to 21 years ($M = 7.09$, SD = 4.11). All participants were currently living together at the time of the study, with most couples in common-law relationships (72%), while 27.1% were married, and 0.9% reported another relationship status (e.g., engaged). About half of the parents (47.6%) were welcoming their first child, about a third of the parents (32.7%) were welcoming their second, and 19.6% were welcoming a third child or more. Parents had 1–15 children ($M = 1.81$, SD = 1.07). The final sample appeared to be representative of the sociodemographic profile (e.g., age, education, income) of the population of parental couples welcoming a new child in the targeted population (Quebec Institute of Statistics 2016; Statistics Canada 2023).

3.2.2 Measures

CCT was measured using the Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ; Godbout et al., 2017). The CCTQ comprises 24 items assessing eight types of childhood interpersonal traumas experienced before the age of 18. These include parental psychological and physical neglect, parental psychological and physical abuse, interparental psychological and physical violence, sexual abuse, and peer bullying. Sexual abuse was evaluated based on Canada's Criminal Code criteria, assessing unwanted sexual contact or activity before 18 with a person at least 5 years older or in a position of authority. Participants rated the frequency of other traumas on a Likert scale (0=Never to 5=Almost every day). Types of childhood interpersonal trauma were considered present if occurring at least once in a typical year before the age of 18. The index of CCT ranged from 0 (no trauma) to 8 (eight different forms of childhood interpersonal traumas experienced). The instrument demonstrated excellent psychometric qualities in this study ($\alpha = 0.90$ for both mothers and fathers) and in previous research (e.g., $\alpha = 0.90$; Bigras et al., 2017).

Relationship satisfaction was assessed using the brief version of the Dyadic Adjustment Scale (DAS-4; Sabourin et al., 2005). The DAS-4 includes three items using a 6-point Likert scale (0 =

Never to 5 = All the time). The fourth item assessed happiness on a 7-point scale (0 = Extremely unhappy to 6 = Perfectly happy). Total scores ranged from 0 to 21, with higher scores indicating greater satisfaction. In the current sample, Cronbach's α were 0.77 for mothers and 0.68 for fathers, which is low.

Parental alliance was measured using the Parental Alliance Measure (PAM; Abidin and Konold, 1999). This instrument consists of 20 items on a 5-point Likert scale (1 = Strongly disagree to 5 = Strongly agree). Total scores ranged from 20 to 100, with higher scores indicating a stronger parental alliance. Psychometric qualities were excellent in the current sample ($\alpha_{\text{mothers}} = 0.94$; $\alpha_{\text{fathers}} = 0.93$) and in previous studies (Konold and Abidin, 2001).

3.2.3 Data Analysis

Descriptive analyses were performed using the Statistical Package for Social Sciences software (SPSS, version 28) to examine the prevalence of each type of trauma, the clinical cut-off for relationship satisfaction, and the means and distributions of the study variables. All participants, regardless of whether they experienced trauma, were included in the analyses to analyze the link between more experiences of CCT (on a continuum ranging from 0 to 8) and levels of other variables under study. Correlational analyses were then conducted to examine two-way relationships between study variables. Two-tailed paired-sample t-tests were conducted to examine potential differences between mothers and fathers.

Before specifying the final model, the omnibus test of distinguishability was conducted to test whether parents' data differed by gender using the software Mplus (Muthén and Muthén, 2015; Kenny et al., 2006). In this test, an unconstrained model was compared to a model where all associations, means, and variances were constrained to be equal across parents. A significant chi-square index ($p < 0.05$) indicated that the dyads were distinguishable (i.e., results differ between women and men). Results of the omnibus test of distinguishability (Kenny et al., 2006) revealed that parents were distinguishable based on gender ($\chi^2(12) = 135.781, p < 0.001$). Because parents could not be considered indistinguishable, each member of the different-gender couple was treated as distinct (i.e., mothers and fathers).

Next, path analysis with indirect effects was conducted based on the APIM (Kenny et al., 2006) using the software Mplus (Muthén and Muthén, 2015). This model enables the nonindependence of data to be considered while measuring actor effects (i.e., the effect of an individual's independent variable on their own dependent variable) and partner effects (i.e., the effect of an individual's independent variable on their partner's dependent variable). Furthermore, it allows the examination of indirect effects through the mediating variables (Ledermann et al., 2011). All paths were estimated using a maximum likelihood approach with standard errors (MLR) which is robust to non-normality. Missing data were handled using full information maximum likelihood (FIML) estimation (Muthén and Muthén, 2015). The bootstrap method was used to simulate 5000 resamples and to calculate 95% confidence intervals (CIs). The indirect effects are considered significant if the interval does not contain zero (Caron, 2018). To consider potential confounding variables in the measure of relationship satisfaction, eight socio-demographic variables (i.e., fathers' and mothers' age, fathers' and mothers' annual income, duration of the relationship, the infant's age, the number of children, and whether they were first-time parents or not) were tested as covariates in the integrative model. Several fit indices were used to examine whether the model was well-adjusted to the data. A ratio of chi-square value to degrees of freedom of < 3 , a CFI value ≥ 0.90 , and an RMSEA value < 0.06 indicate a good fit (Bonneville-Roussy et al., 2022).

Next, all actor and partner links were progressively constrained to be equal to examine which associations differed between parents. These constrained models were compared to the unconstrained saturated baseline model in terms of model fit. Subsequently, to identify the type of dyadic patterns present in the data, the APIM model was adjusted to calculate the k parameters (i.e., partner effect/actor effect) using the procedure outlined by Kenny and Ledermann (2010). The presence of several types of patterns was examined, namely the actor-only pattern (i.e., no partner effect), partner-only pattern (i.e., no actor effect), couple pattern (i.e., equal contribution of actor and partner effects), and contrast pattern (i.e., equal contribution but different directionality of actor and partner effects). Three values of k are of particular interest: 0, 1, and -1 . An actor-only or partner-only pattern is determined if k has the value of 0; a couple pattern is indicated if the value of k is 1; a contrast pattern is suggested if k has the value of -1 . As suggested by Kenny and Ledermann (2010), 95% CIs were estimated to better interpret the k parameters. Model comparison

was conducted using the -2 log-likelihood difference test, which is distributed as chi-squared with degrees of freedom equal to the difference in the number of parameters between models.

3.3 Results

3.3.1 Descriptive and Preliminary Statistics

Analyses revealed that, in most parental couples, both partners reported a history of interpersonal trauma (74.3%; $n=812$), while only one partner reported a history of interpersonal trauma in 21.6% of couples ($n = 236$), and neither partner reported a history of interpersonal trauma in 4.1% of couples ($n=45$). Means, SDs, and correlations for each measure for mothers and fathers are presented in Table 1. Two-tailed paired-sample t -tests revealed that mothers reported more CCT exposure ($t(1092) = 4.316, p < 0.001$), and a higher level of relationship satisfaction ($t(1131)=2.918, p<0.001$), while fathers reported a higher level of parental alliance ($t(1115) = -2.751, p < 0.01$).

3.3.2 Dyadic Associations between CCT and Relationship Satisfaction

Using path analysis, we first examined the direct links between mothers' and fathers' CCT and their own relationship satisfaction. Results showed significant actor effects between CCT and relationship satisfaction (H1) for both mothers ($\beta = -0.168, p < 0.001$) and fathers ($\beta = -0.227, p < 0.001$). Direct partner effects (H2) were also observed between mothers' CCT and fathers' relationship satisfaction ($\beta=-0.073, p<0.01$) and between fathers' CCT and mothers' relationship satisfaction ($\beta = -0.119, p < 0.001$). This model explained respectively 4.9% and 6.3% of the variance in mothers' and fathers' relationship satisfaction.

3.3.3 Indirect Association between CCT and Relationship Satisfaction through Parental Alliance

Next, mothers' and fathers' parental alliance levels were added to the model to examine the indirect associations (see Figure 1). In both parents, the direct actor links between CCT and relationship satisfaction remained significant, while the direct partner links became non-significant. The Bootstrap procedure confirmed eight indirect associations (see Table 2). First, two actor links were identified. Results revealed an indirect association from one's CCT to their own low relationship satisfaction through one's own low parental alliance (H3a). Next, six partner associations were identified. Results showed an indirect association from one's CCT to their own low relationship

satisfaction through their partner's low parental alliance (H3c). Results also indicated that one's CCT was associated with their partner's low relationship satisfaction through their partner's low parental alliance (H3d). Finally, results revealed an indirect association from one's CCT to their partner's low relationship satisfaction through one's own low parental alliance (H3b).

3.3.4 Covariations and Covariates

Results showed significant covariations between mothers' and fathers' CCT, between mothers' and fathers' relationship satisfaction, and between mothers' and fathers' parental alliance. In mothers, their own age ($\beta = -0.078$, $p < 0.05$) and the infant's age when the parent joined the study ($\beta = -0.085$, $p < 0.01$) were correlated with relationship satisfaction. In fathers, the infant's age ($\beta = -0.074$, $p < 0.05$) and the duration of the relationship ($\beta = -0.074$, $p < 0.05$) were correlated with relationship satisfaction. For both mothers ($\beta = -0.129$, $p < 0.001$) and fathers ($\beta = -0.081$, $p < 0.05$), being a first-time parent was correlated with a lower relationship satisfaction.

3.3.5 Constrained Models, Final Model Fit and Dyadic Patterns

To examine which associations differed according to gender, all actor and partner links were progressively constrained to be equal. All links could be constrained to be equal without worsening the model fit, indicating that associations did not differ according to gender and were of similar strength for mothers and fathers in the integrative model. The final constrained model, which includes all covariates, is shown in Figure 1. The fit indices revealed a good adjustment between the data and the final model ($\chi^2/df = 2.408$; CFI = 0.95; RMSEA = 0.036, 90% CI [0.027; 0.046]). The final model explained, respectively, 38.1% and 35.7% of the variance in mothers' and fathers' relationship satisfaction.

Next, we examined the relative contributions of actor and partner effects. Because all links could be constrained to be equal, a simplified model was used to estimate the k s where all k s between partners were constrained to be equal. For the a path (i.e., between CCT and parental alliance), the pooled k across both partners was equal to 0.548. Its 95% CI [0.311, 0.785] did not include any of the three k s values (i.e., 0, 1, -1), indicating a contribution of both actor and partner effects for both partners, with a more important contribution from the actor effect. For the b path (i.e., between parental alliance and relationship satisfaction), the pooled k across both partners was equal to 0.293.

Its 95% CI [0.208; 0.378] did not include any of the three ks values, also suggesting a contribution of both actor and partner effects for both partners, with a more important contribution from the actor effect. Lastly, for the c path (i.e., between CCT and relationship satisfaction), the pooled k across partners was equal to 0.184. Its 95% CI [-0.212, 0.580] included 0, suggesting an actor-only pattern. The fit of the constrained model in which the ks were constrained to 0 did not worsen relative to the fit of the model in which the ks were freely estimated, $\chi^2(7) = 3.385$, $p = 0.8447$.

3.4 Discussion

The purpose of this study was to explore the indirect association between CCT and relationship satisfaction through parental alliance, from a dyadic perspective, in a randomly selected sample of parental couples welcoming a new child. Our results indicate that one's own CCT experience is associated with both their own and their partner's relationship satisfaction through both parents' parental alliance. This study contributes to a growing body of research that addresses the need to examine the long-term effects of CCT on relational adjustment among parental couples using a dyadic design. By employing a dyadic perspective, we captured valuable data from both parents, providing a more complete understanding of how CCT relates to parental relationship dynamics. It is also the first study to document the role of parental alliance in the relationship between past CCT and relationship satisfaction in couples.

Moreover, our results provide relevant information regarding the prevalence of childhood interpersonal trauma among a large sample of parents welcoming a new child into their family. Results indicated that for most couples in our sample, both partners reported a history of interpersonal trauma. Parents participating in the study disclosed experiencing an average of 2.6 distinct types of childhood interpersonal trauma, the most common being psychological neglect, physical and psychological violence, and bullying. These findings align with previous research on adults from general populations (e.g., Godbout et al., 2020) and confirm the notion that childhood interpersonal trauma is seldom an isolated occurrence.

Finally, these results highlight the magnitude of this problem and the necessity to better understand the associated long-term effects of CCT on adult relationships.

3.4.1 CCT and Relationship Satisfaction: Dyadic Effects

Our first hypothesis—that one's CCT would be negatively linked to their own and their partner's relationship satisfaction—was confirmed. These results support findings from previous studies conducted on survivors regarding the deleterious effects of CCT on survivors' relational sphere (e.g., Godbout et al., 2020) and on partners' satisfaction (Vaillancourt- Morel et al., 2024). In addition, the results of this study address a gap in empirical literature concerning the repercussions on the relational sphere of CCT survivors who welcomed a new child. These findings are relevant not only for parents who have just welcomed their first child but also for those welcoming an additional child. They are also consistent with the results of a previous study suggesting that a history of emotional abuse was associated with more relationship distress in fathers (Liu et al., 2019). Our results, however, go further since they examine the cumulative nature of interpersonal traumas and indicate that more CCT was related to lower relationship satisfaction for both mothers and fathers. Furthermore, our results suggest that an individual's CCT history may not only influence their own level of relationship satisfaction but also that of their partner. This confirms the presence of a reciprocal correlation and a cycle of unfavorable interactions within couples where at least one of the partners is a CCT survivor (Vaillancourt-Morel et al., 2024; Zamir, 2022).

These findings align with the VSA theory (Karney and Bradbury, 1995; McNulty et al., 2021), as well as the CATS Model (Goff and Smith, 2005), which suggests that a person's traumatic history may be linked to dysfunctional dynamics within the couple as a system. More specifically, the long-term repercussions of a history of CCT could generate negative interactions within the couple, where both partners adopt more pessimistic attitudes and perceptions, leading to lower relationship satisfaction (Goff and Smith, 2005; Zamir, 2022). Therefore, the influence of a history of CCT would extend beyond the relational well-being of survivors to encompass the fact that partners of CCT survivors might exhibit analogous reactions to the symptoms experienced by trauma survivors. This notion stems from the concept of secondary traumatic stress, where the demands of daily living and supporting someone with post-traumatic stress symptoms could lead to the development of similar feelings and distress. Thus, trauma-related pain could spread to the trauma survivor's partner. This process is recursive, such that each partner's trauma-related pain can reinforce the other's symptoms, with each partner's symptoms impacting relationship dynamics in terms of satisfaction and happiness. Finally, survivor, partner, and couple dynamics could all be influenced

by a person's history of CCT, thus requiring careful consideration when developing appropriate prevention strategies and interventions (Goff and Smith, 2005; McNulty et al., 2021).

3.4.2 The Role of Parental Alliance

The second objective of this study was to examine the role of parental alliance in the association between CCT and relationship satisfaction. Our hypothesis that both parents' CCT would be associated with their parental alliance, which would then be associated with their relationship satisfaction, was confirmed. Thus, couples where at least one member reports a history of CCT may be in for a difficult transition upon the arrival of a new child. They might struggle to cooperate in the care and upbringing of their child, leading to increased relational distress. In contrast, parents who report higher levels of parental alliance could improve their relationship satisfaction. These findings are in accordance with Feinberg's (2003) ecological model of coparenting. These results support the idea that parental alliance plays a crucial role in the relationship between a history of CCT and the relationship satisfaction of survivors when welcoming a new child. Additionally, they suggest that higher levels of the parental alliance are associated with greater relationship satisfaction, which underscores the importance of supporting and strengthening the parental alliance to promote the positive adjustment of parental couples' when at least one co-parent is a survivor of CCT.

3.4.3 Dyadic Effects and Gender Differences

Our results suggest that while both parents' experiences are associated with their own and their partner's parental alliance and relationship satisfaction, actor effects remain more salient than partner effects. This highlights the importance of focusing on one's own perception of their CCT experiences and parental alliance since these may be more strongly associated with their relationship satisfaction. Furthermore, the same patterns were found in both mothers and fathers, suggesting that there are no differences based on gender. These findings are rather novel since fathers are usually not included in studies on parenthood. This may indicate the importance of considering CCT experiences in both mothers and fathers and promoting a parental alliance between both parents to foster satisfying couple relationships. The analyses also revealed a significant covariation between both parents' CCT, suggesting that trauma history may be a factor affecting how individuals find their match, a phenomenon that has also been found in other studies

(Zamir, 2022; Vaillancourt-Morel et al., 2024). Survivors might look for a partner who had similar childhood experiences to enhance their sense of understanding and support. Furthermore, the present study found that parental alliance and relationship satisfaction significantly covaried across parents. These findings could potentially be explained by the phenomenon of marital resemblance, which refers to the tendency of couples to be similar on a given characteristic (Andersson et al., 2021).

Ultimately, these results are consistent with previous empirical literature that emphasizes the importance of the quality of parental relationships on the relational adjustment of parents welcoming a newborn (Camisasca et al., 2014; Durtschi et al., 2017; Feinberg, 2002). They also add relevant data by studying the experiences of parental couples where at least one of the coparents is a survivor of CCT (Chamberlain et al., 2019; Christie et al., 2017). Finally, our results reveal that when CCT survivors have a new child, their past experiences may influence their ability to form positive parental relationships and attain a cohesive parental alliance. However, a cohesive and strong parental alliance can offset these negative effects and promote increased relationship satisfaction.

3.4.4 Limitations and Directions for Future Research

The results of this study must be understood with some limitations. The directionality between the variables under study was postulated based on chronological (e.g., childhood trauma preceding parental alliance and satisfaction) and theoretical foundations. Therefore, a longitudinal design is needed to observe the evolution of the effects of the history of CCT on the level of relationship satisfaction. It is also essential to examine whether parental alliance continues to explain this relationship as the child develops and to clarify the directionality of the links between variables. The utilization of self-reported questionnaires could have introduced biases, potentially influencing co-parents' responses. Although parents were instructed not to communicate with each other while completing the questionnaire, some of them may have disregarded this instruction and influenced each other's responses. Nevertheless, past research indicates that self-report (on a range of items/experiences) measures are reliable tools for detecting traumatic experiences (Baldwin et al., 2019) and are superior to subjective measures (e.g., when individuals must label themselves as “victims”; (Godbout et al., 2020). The use of an online questionnaire allowed parents to complete

the survey from the privacy of their homes at their preferred time, but potential self-selection bias must be considered, as higher-functioning parents might have been more inclined to participate, while more vulnerable parents may have felt too burdened to join the study. Finally, the sample used in the present study was limited to different-gender dyads (i.e., mothers and fathers), with couples who are parents of a new child (0–12 months). Thus, future studies will need to be conducted with more diverse samples (e.g., sexual, gender, ethnicity diversity, etc.) to generalize conclusions to a larger population of parental couples.

3.4.5 Clinical Implications

This study has important clinical implications for professionals working with parental couples who are experiencing relationship difficulties in the aftermath of CCT. First, the high prevalence of childhood interpersonal trauma and its effect on the relationship satisfaction of both parents underlines the need to strengthen prevention efforts. This could involve educating professionals about the prevalence of CCT and its potential consequences on intimate and parental relationships while also providing them with information on available resources and recovery pathways. Indeed, given the concerns that some parents may have about their traumatic history (e.g., reenactment, low sense of parental efficacy, etc.; Greene et al., 2020; Siverns and Morgan, 2019), it is essential for professionals to be sensitive to their reality. Our findings underline the importance of training therapists and other professionals to systematically screen parents seeking help for various types of childhood interpersonal trauma. Moreover, these professionals should be equipped with trauma-sensitive interventions that consider the individual and dyadic effects of such experiences (e.g., Monson et al., 2012; MacIntosh, 2019, 2024).

Additionally, the impact of secondary traumatic stress, particularly when both partners have experienced interpersonal trauma, is a key component of therapy. Secondary traumatic stress occurs when one partner's trauma triggers stress responses in the other, heightening emotional reactivity and creating cycles of mutual dysregulation (Goff and Smith, 2005). This dynamic can make stress management, communication, and relationship distress more difficult. The interaction of their respective traumas can, therefore, complicate the therapeutic process. Given that many couples in our sample have both experienced CCT, therapists should examine how these interactions affect their dynamics. It would be recommended that they develop strategies to address

these complex dynamics (e.g., teaching couples how to communicate effectively about their traumatic experiences and current emotional needs without triggering each other, implementing strategies to manage the intense emotions that arise from secondary traumatic stress, and developing empathy and understanding; MacIntosh, 2019, 2024).

Recognizing interpersonal childhood trauma is essential from societal, clinical, and scientific perspectives. However, it is important not to reduce all parenting difficulties to a history of trauma, as the arrival of a new child is a difficult time for most individuals, regardless of traumatic history (Siverns and Morgan, 2019). While recognizing that these experiences can bring additional challenges to the parenting experience of survivors, and not only for the first child, it is also vital to not pathologize this situation by reinforcing the idea that their problems stem solely from their traumatic experiences. Thus, it is recommended to redirect interventions with survivors toward aspects over which they have control and can intervene (MacIntosh and Ménard, 2021; MacIntosh, 2019).

Our results further suggest that parental alliance may be a key target for therapeutic treatment. This supports the recommendations given by professionals who work with parents regarding the importance of fostering a strong parental alliance (Baumann et al., 2023; Lévesque et al., 2020; Pinquart and Teubert, 2010). Thus, understanding how the parental alliance levels of the two coparents influence the relationship between their CCT histories and their levels of relationship satisfaction is essential for the development of effective support strategies and interventions tailored to families where at least one parent has experienced childhood interpersonal trauma. Targeting the parental alliance in therapeutic interventions could help improve relationship satisfaction and foster fulfilling relationships for CCT survivors welcoming a new child, whether firstborn or subsequent. Professionals can play a vital role in working with these parental couples to improve their communication, cooperation, and mutual support as co-parents. In addition, it is important for professionals to provide emotional support and validation to CCT survivors, recognizing the challenges they have faced and their efforts to establish healthy marital and parental relationships, despite their traumatic history and the fears that may be associated with it (MacIntosh and Ménard, 2021). Finally, the results of this study also underline the importance of early interventions. When a couple, or at least one of the two co-parents, is a CCT survivor and is

considering having a new child, it can be beneficial to offer preventive support and adapt resources to strengthen the parental alliance before relationship difficulties arise (Pinquart and Teubert, 2010). This can include educational programs and workshops focused on developing parenting and relationship skills.

Table 3 Means, Standard Deviations, Range and Correlational Analyses for Mothers' and Fathers' Study Variables

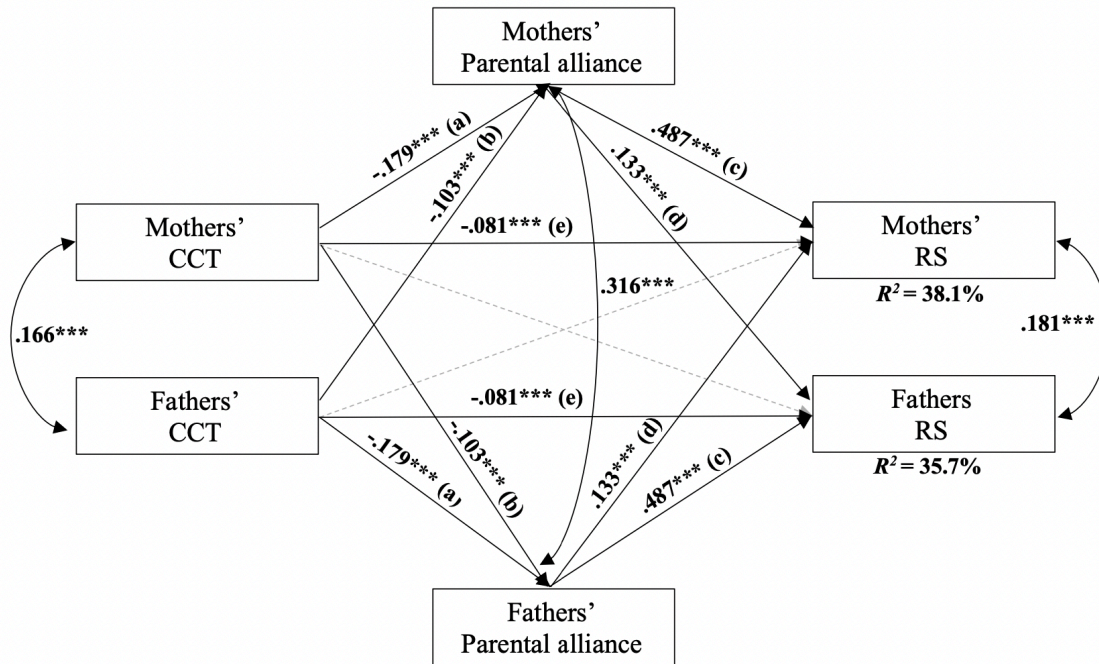
Variables	1	2	3	4	5	6
1. Mothers' CCT	1	-	-	-	-	-
2. Fathers' CCT	.174***	1	-	-	-	-
3. Mothers' PA	-.184***	-.130***	1	-	-	-
4. Fathers' PA	-.138***	-.223***	.365***	1	-	-
5. Mothers' RS	-.196***	-.147***	.578***	.380***	1	-
6. Fathers' RS	-.115***	-.239***	.325***	.570***	.480***	1
<i>M</i>	2.78	2.44	89.07	90.05	17.59	17.34
<i>SD</i>	1.96	1.94	9.89	9.27	2.84	2.77
Range	0 to 8	0 to 8	20 to 100	21 to 100	4 to 21	4 to 21

Note. CCT = Cumulative childhood trauma; PA = Parental alliance; RS = Relationship satisfaction; Minimum to maximum = scores' minimum values to scores' maximum values; *** $p < .001$.

Table 4 Estimates of Indirect Associations, with 95% Confidence Intervals and Significance Levels

	β	Standard error	CI 95%: Lower limit	CI 95%: Upper limit	<i>p</i>
Actor effects					
CCT M – PA M – RS M	-.087	.012	-.112	-.065	< .001
CCT F – PA F – RS F	-.087	.012	-.112	-.065	< .001
Partner effects					
CCT M – PA F – RS M	-.014	.004	-.022	-.007	< .001
CCT F – PA M – RS M	-.050	.011	-.073	-.030	< .001
CCT F – PA F – RS M	-.024	.005	-.034	-.015	< .001
CCT M – PA M – RS F	-.024	.005	-.034	-.015	< .001
CCT M – PA F – RS F	-.050	.011	-.073	-.030	< .001
CCT F – PA M – RS F	-.014	.004	-.022	-.007	< .001

Note. CCT = Cumulative childhood trauma; PA = Parental alliance; RS = Relationship satisfaction; M = Mothers; F = Fathers; CI = Confidence intervals. This model includes all covariates (i.e., fathers' and mothers' age, fathers' and mothers' annual income, duration of the relationship, the infant's age, and the number of children).



Note. CCT = Cumulative childhood trauma; RS = Relationship satisfaction; *** $p < .001$. Identical labels (a, b, c, d, e) indicate links that have been constrained to be equal. This model includes all covariates (i.e., fathers' and mothers' age, fathers' and mothers' annual income, duration of the relationship, the infant's age, the number of children, and whether they were first-time parents or not).

Figure 6 Constrained APIM Model of the Association between Cumulative Childhood Trauma and Relationship Satisfaction through Parental Alliance

CHAPITRE 4

Évaluation et intervention auprès des couples qui consultent pour des problèmes associés à la transition parentale

Publié en mars 2023 dans la revue *Intervention*, Hors-série, n° 2 : 47-63

Disponible en ligne.

RÉSUMÉ

La transition parentale est reconnue comme un stade développemental critique au sein de la relation de couple et s'accompagne de changements majeurs susceptibles d'influencer la satisfaction relationnelle des coparents. Cet article présente des pistes pour l'accompagnement des couples qui consultent pour des difficultés liées à cette période de transition. Après avoir examiné les facteurs déterminants associés à la transition parentale et les méthodes d'évaluation multiaxiale disponibles, un protocole des principales interventions comportementales et cognitives visant à aider à remédier aux difficultés associées à cette période est détaillé. Ces interventions ciblent les sphères inter et intrapersonnelles (p. ex., alliance parentale, identité parentale, satisfaction relationnelle et sexuelle). Finalement sont présentées des suggestions concernant l'avenir de la recherche empirique et de l'accompagnement thérapeutique des couples transitant vers la parentalité.

Mots-clés : transition parentale ; détresse relationnelle ; ajustement dyadique ; thérapie de couple

ABSTRACT

Transition to parenthood is recognized as a critical developmental stage within an intimate relationship and is accompanied by major changes that can be deleterious to relationship satisfaction. The present article highlights avenues for intervening with couples consulting for difficulties related to their transition to parenthood. After examining the key factors associated with this critical period within the lifespan of a romantic relationship and multi-axis assessment, a protocol will be detailed integrating the main behavioral and cognitive interventions. These target both inter and intra personal spheres (e.g., parental alliance, parental identity, relationship and sexual satisfaction). Finally, suggestions are shared to guide therapeutic support for couples in transition to parenthood.

Keywords: parenting transition; relational distress; dyadic adjustment; couples therapy

**Évaluation et intervention auprès des couples qui consultent pour des problèmes associés à
la transition parentale**

Mathilde Baumann, M.A., Candidate au doctorat, Département de psychologie, UQAM

Claude Bélanger, Ph.D., Département de psychologie, UQAM

Natacha Godbout, Ph.D., Département de sexologie, UQAM

4.1 Introduction

La transition parentale caractérise la naissance d'un premier enfant et s'échelonne habituellement du début de la grossesse à la première année de vie de l'enfant (Bouchard, 2017). Reconnue comme un stade développemental critique, elle s'accompagne de changements majeurs qui sont susceptibles d'hypothéquer tant les ressources adaptatives des partenaires que leur ajustement dyadique (Doss et al., 2009). Cette période n'est pas vécue uniformément, puisque certains parents s'adaptent relativement bien à cette nouvelle réalité en trouvant notamment un équilibre relationnel dans leur projet conjoint de coparentalité, alors que d'autres vivent une transition plus ardue, empreinte d'une détresse caractérisée par l'altération persistante de leur fonctionnement individuel et relationnel (Saxbe et al., 2018). La transition parentale peut, pour ces couples, s'avérer être un facteur déclencheur d'une augmentation des conflits et de la détresse relationnelle (Doss et Rhoades, 2017). En retour, la détresse relationnelle est liée à long terme à un risque de désunion (Hirschberger et al., 2009) et s'accompagne parfois de violence conjugale (Kan et al., 2012). Qui plus est, ces répercussions négatives sur la sphère relationnelle sont susceptibles d'engendrer des pratiques parentales délétères et d'affecter négativement le développement de l'enfant (Linville et al., 2010). Par ailleurs, la relation amoureuse figure parmi les déterminants les plus robustes du bien-être et de la qualité de vie à l'âge adulte (Kielcolt-Glaser et Wilson, 2017), ainsi que de la qualité de la relation parent-enfant (Linville et al., 2010). En raison de ces constats, une prise en charge psychothérapeutique peut s'avérer particulièrement utile pour les couples qui vivent des défis importants face à leur transition parentale. À ce propos, nous examinerons ici les stratégies disponibles pour guider les thérapeutes conjugaux et familiaux dans l'évaluation et l'intervention auprès des couples qui consultent pour des problèmes associés à la transition parentale.

4.1.1 Du couple dyadique au couple parental

Deux éléments distincts sont à prendre en compte lorsqu'il est question de transition parentale (Favez, 2013), soit la relation dyadique (qui représente le lien entre les deux partenaires) et l'alliance parentale, aussi nommée relation coparentale (qui représente le lien entre les deux coparents). La relation dyadique est typiquement décrite dans les écrits empiriques en termes d'ajustement dyadique et de satisfaction relationnelle, qui correspond au sentiment subjectif de vivre une relation de couple épanouissante avec un partenaire stable (Sabourin et al., 2005). L'alliance parentale, quant à elle, fait référence à la façon dont les coparents arrivent à former une

équipe en partageant les mêmes valeurs éducatives tout en se faisant confiance et se soutenant mutuellement (Abidin et Konold, 1999). La particularité de cette relation est qu'elle devrait être pérenne, même si le couple devait se séparer (Becher et al., 2019). La recherche a mis en lumière plusieurs éléments (p. ex. empathie, collaboration, présence, capacité de compromis, partage des tâches et soutien) favorisant une alliance parentale cohésive (Sheedy et al., 2019). Or, lorsque les partenaires n'arrivent pas à bâtir ou à maintenir une alliance parentale cohésive, des effets délétères (p. ex. conflits concernant l'enfant, exclusion d'un parent) sont susceptibles d'influencer négativement leur expérience de transition parentale (Sheedy et al., 2019) et se répercutent sur leurs enfants (Becher et al., 2019). Ainsi, l'interaction des coparents en tant que couple agit comme un déterminant crucial de l'expérience qu'ils retirent de leur parentalité (Doss et al., 2009; 2017).

Des chercheurs ont tenté de comprendre l'émergence de trajectoires divergentes entourant la transition parentale (certains couples s'adaptent relativement rapidement et avec aisance, alors que pour d'autres la transition est difficile et source de détresse). De fait, d'après une recension non exhaustive effectuée à l'aide de mots-clés (p. ex. transition à la parentalité, détresse relationnelle ou adaptation) utilisés dans les principaux moteurs de recherche (p. ex. *Google Scholar*, *PsyInfo*), la recherche empirique fait état de trois catégories de facteurs déterminants qui permettent de mieux saisir l'impact d'une transition parentale plus difficile sur l'ajustement relationnel du couple parental (Barimani et al., 2017; Bouchard et al., 2017; Trillingsgaard et al., 2014) : les facteurs individuels, les facteurs contextuels et les facteurs relationnels (voir le tableau 1).

4.1.2 Les répercussions d'une transition parentale difficile

Deux principaux impacts sont associés à une transition parentale difficile et au cours de laquelle l'ajustement dyadique est altéré, soit une diminution de la satisfaction sexuelle (voir notamment Rosen et al., 2018) et de la santé mentale (voir notamment Saxbe et al., 2018). En effet, lors de la grossesse et après la naissance de l'enfant, la sphère sexuelle est généralement affectée par une baisse de la satisfaction sexuelle, des niveaux différents de désir sexuel entre les partenaires (Rosen et al., 2018) et davantage de défis entourant l'intimité, comme de trouver du temps ensemble ou de gérer les insécurités liées à l'image corporelle (Lévesque et al., 2020). Or, la satisfaction sexuelle et l'ajustement dyadique sont intimement liés et influencent les problématiques rencontrées par les couples (Rosen et Byers, 2020). Sur le plan de la santé mentale, la recherche indique notamment

que les couples parentaux pour qui la transition parentale est difficile encourent un risque accru de stress, de dépression et d'anxiété, qui semble lié au sentiment perçu d'une perte de contrôle sur leur vie (voir notamment Epifanio et al., 2015). Ainsi, la période périnatale est favorable à l'apparition de symptômes dépressifs, notamment en contexte d'une dépression post-partum (DPP; trouble dépressif caractérisé survenant au cours des 12 premiers mois suivant l'accouchement; APA, 2013). La DPP est la difficulté de santé mentale la plus souvent rapportée chez les nouveaux parents. Même si les femmes semblent plus à risque et peuvent être affectées par des composantes biologiques et hormonales post-accouchement (p. ex. baisse des hormones de grossesse), elle peut également survenir chez les hommes (Scarff, 2019).

En définitive, l'adaptation à la parentalité est le fruit d'un ensemble complexe de facteurs d'ordre individuel, contextuel et relationnel. Certains couples s'adaptent relativement facilement à cette période et leurs expériences positives prennent le dessus sur le stress vécu lors de cette étape (Doss et Rhoades, 2017). Pour d'autres couples, la transition parentale est plus difficile et il devient alors utile de comprendre les différentes trajectoires de transition parentale, de même que les facteurs qui déterminent les trajectoires problématiques. En raison du stress généré, les couples pour qui la détresse se cristallise de façon durable et qui présentent un affaiblissement persistant de leur fonctionnement individuel et relationnel (Doss et al., 2009) sont plus susceptibles de consulter en psychothérapie de couple pour tenter de remédier à leurs difficultés. De plus, étant donné le rôle central de la relation de couple en lien avec la qualité des pratiques parentales et le bien-être de l'enfant (Linville et al., 2010), une prise en charge optimale des couples vivant une transition parentale difficile est essentielle. Comment, dès lors, outiller les thérapeutes conjugaux et familiaux souhaitant intervenir auprès de ces couples qui consultent pour des difficultés entourant les sphères relationnelles et parentales ? C'est la question à laquelle nous tenterons de répondre dans la prochaine section.

4.2 Comment évaluer et intervenir ?

Il est important que les psychothérapeutes qui interviennent auprès de couples en transition parentale soient outillés pour offrir à la fois une évaluation et une intervention où la complexité des sphères dyadique (p. ex. satisfaction relationnelle, communication, soutien, sexualité) et parentale (p. ex. alliance parentale, identité parentale) est considérée. Bien qu'à notre connaissance, aucune

procédure d'évaluation ni d'intervention n'ait été développée et validée explicitement pour les couples en transition parentale, plusieurs interventions présentant une visée préventive et prophylactique ont été élaborées pour cette population (pour une recension, voir la méta-analyse de Pinquart et Teubert, 2010). Le développement de protocoles psychothérapeutiques pour les couples qui consultent en raison de la détresse entourant leur transition parentale reste donc à développer.

Pour ce faire, il semble particulièrement pertinent de construire un tel programme en se basant sur la psychothérapie de couple d'orientation cognitive-comportementale (PCCC) (Dugal et al., 2018; Epstein et al., 2016; Wright et al., 2008). Le modèle de PCCC stipule que les comportements, les cognitions et les émotions des couples s'interfèrent. Plus précisément, les interprétations (cognitions) des comportements de l'autre influencent les émotions vécues par chaque partenaire et contribuent à expliquer les difficultés du couple (Epstein et al., 2016). De fait, il est suggéré que l'évaluation et l'intervention en PCCC chez les couples en transition parentale portent précisément sur ces facteurs et sur leur modification, avec l'objectif principal d'atténuer les interactions problématiques qui perturbent l'ajustement du couple (Wright et al., 2008).

4.2.1 L'évaluation en contexte de transition parentale

L'évaluation des couples en transition parentale suit le même *modus operandi* que la PCCC classique (pour plus d'informations sur la PCCC, voir Dugal et al., 2018; Eid et Bélanger, 2019; Sabourin et al., 2008), tout en se focalisant sur les facteurs qui déterminent la transition parentale, ainsi que sur la complexité qui caractérise cette période. Lors de l'évaluation fonctionnelle (Epstein et al., 2016), les psychothérapeutes s'intéressent aux fonctions des comportements, des pensées et des émotions, ainsi qu'au rôle de l'environnement dans le développement et le maintien de la problématique du couple. La signification et la fonction des problèmes rencontrés au sein de la dynamique relationnelle doivent également être relevées (Dugal et al., 2018). Précisons qu'une attention particulière doit être portée sur les contre-indications tout au long de l'évaluation (p. ex. motivation faible, idées suicidaires, troubles de consommation, infidélité) (Sabourin et al., 2008) afin de déterminer si une psychothérapie auprès du couple parental est appropriée. De plus, le niveau de gravité des conflits non résolus chez les nouveaux coparents doit être évalué à l'aide de questions sur certaines caractéristiques et déclencheurs de ces conflits. Dans la même lignée, la

présence éventuelle de violence conjugale (psychologique et/ou physique) doit être évaluée, puisque dans ce cas une PCCC peut être contre-indiquée (pour plus de précisions, voir Bélanger et al., 2011). Finalement, les psychothérapeutes doivent tenir compte de la réalité particulière des couples en transition parentale qui peuvent, par exemple, avoir moins d'énergie à investir dans la psychothérapie (p. ex. difficultés concernant la garde de l'enfant, fatigue, manque de temps pour des exercices à la maison, etc.) (Rosen et Byers, 2020). Il est donc essentiel que les psychothérapeutes sondent les partenaires et s'adaptent à leur réalité (p. ex. proposer des séances plus courtes, par télé-thérapie, un nombre plus limité de séances avec un engagement plus important en thérapie une fois la problématique de garde gérée, ou lorsque l'enfant fait ses nuits, etc.).

Les sessions d'évaluation (environ cinq rencontres, dont deux mutuelles et deux individuelles, suivies d'une séance mutuelle de bilan) servent ainsi à relever le point de vue de chaque partenaire, à dresser l'anamnèse des difficultés soulevées par la naissance de l'enfant et des problèmes adaptatifs que cela soulève, ainsi qu'à examiner les répercussions et les tentatives de résolution des conflits (Sabourin et al., 2008). Le motif de consultation en lien avec le processus de transition parentale doit être situé dans le temps (planification de la grossesse, conditions et problèmes associés à la grossesse actuelle, impacts de la naissance du nouveau-né, etc.). En outre, l'historique de la relation, l'ajustement à la vie familiale et la conciliation entre les sphères parentale et relationnelle sont à documenter. Enfin, les psychothérapeutes récoltent de l'information sur l'historique personnel et relationnel de chaque partenaire (p. ex. environnement familial, point de vue respectif sur la relation, vie sociale et professionnelle, attentes envers la thérapie et les relations au sein de leur couple, etc.).

Les éléments colligés lors de l'évaluation permettent de clarifier le mandat de la psychothérapie (amélioration de la relation, résolution des problèmes associés à la réalité de jeunes parents, ambivalence suscitée par le nouveau statut du couple, vellétés de séparation, etc. Pour plus de détails, voir Sabourin et al., 2008; Dugal et al., 2018).

Étant donné la complexité de la transition parentale, une évaluation multiaxiale selon le modèle biopsychosocial permettant de relever les facteurs de risques et de protection associés à l'expérience du couple est nécessaire (Rosen et Byers, 2020). Une attention particulière est mise

sur l'évaluation des facteurs reconnus comme influençant la transition parentale, soit, comme discuté précédemment : 1) les variables individuelles, 2) les variables contextuelles, 3) les variables relationnelles (voir le tableau 1). De plus, il est important d'évaluer l'évolution (passée, présente, future) des facteurs qui sont susceptibles de changer avec le temps (p. ex. croyances parentales, ajustement dyadique, alliance parentale, stress parental).

L'évaluation cible également les composantes comportementales, cognitives et émotionnelles associées aux sphères relationnelles et parentales. D'abord, du point de vue comportemental, les psychothérapeutes évaluent les habitudes de vie pour chacun des coparents (p. ex. alimentation, qualité du sommeil, activités sportives et de loisir, soutien social, etc.) de même que l'intimité et la sexualité (p. ex. temps accordé à passer des moments intimes ensemble, stratégies utilisées à cet égard, activités communes, confort au sein de la relation, défis qui attendent le couple parental, etc.). Du point de vue cognitif, les croyances entourant la parentalité et les cognitions qui sont en relation avec leur nouveau rôle de parent (p. ex. sentiment de compétence, impuissance, etc.) sont évaluées, puisqu'elles peuvent entraîner des symptômes anxieux et dépressifs et avoir un impact sur la satisfaction relationnelle et sexuelle (voir notamment Rosen et al., 2018). De même, il est important d'évaluer les rôles associés à l'identité de genre des coparents, et plus précisément les croyances et préjugés qui y sont associés, de même que les ententes entre les partenaires quant aux changements dans les rôles respectifs qu'ils sont amenés à mettre en place. En effet, il importe de bien cerner les enjeux entourant les ententes et les divergences quant au partage des tâches à la suite de la naissance de l'enfant, puisque celles-ci peuvent nuire à la qualité de la transition parentale (Barimani et al., 2017; Lévesque et al., 2019). Finalement, les capacités de régulation émotionnelle et de mentalisation de chaque coparent gagnent à être examinées, en raison de leur rôle et de leur impact sur le processus de transition parentale (p. ex. Christie et al., 2017; Trillingsgaard et al., 2014). Aussi, étant donné que les dynamiques d'attachement sont susceptibles d'être activées par l'arrivée d'un nouveau-né (Hirschberger et al., 2009), il est recommandé d'évaluer attentivement les insécurités d'attachement des partenaires. En effet, la recherche empirique indique que de hauts niveaux d'attachement anxieux (anxiété d'abandon) ou d'attachement évitant (évitement de l'intimité) représentent des facteurs de risque d'une détresse relationnelle importante chez les nouveaux parents. Par exemple, les insécurités d'attachement sont

associées à davantage de conflits en lien avec la conciliation travail-famille, ainsi qu'à une perception plus faible du soutien reçu par les partenaires (Kohn et al., 2012).

Il est également suggéré d'avoir recours à des questionnaires psychométriques auto-rapportés comme mesure complémentaire à utiliser dans le cadre d'une évaluation multimodale des couples en transition parentale (Sabourin et al., 2008; Dugal et al., 2018). Une variété de questionnaires de ce type peuvent être utilisés afin d'évaluer les facteurs déterminants de la qualité ou de la détresse qui sont associés à la transition parentale (voir le tableau 2 pour une liste non exhaustive).

4.2.2 L'intervention en contexte de transition parentale

Les psychothérapeutes qui sont appelés à intervenir* auprès des couples en situation de transition parentale gagnent à adopter une approche d'intervention structurée, où le développement d'une bonne alliance thérapeutique est central (Dugal et al., 2018; Epstein et al., 2016). L'intervention avec un mandat d'amélioration de la relation cible autant les sphères intra qu'interpersonnelles par l'entremise de différentes stratégies d'intervention qui seront détaillées plus bas. De plus, en raison de l'inter-influence de l'alliance parentale et de la satisfaction relationnelle et étant donné leurs impacts respectifs sur la transition parentale (Doss et Rhoades, 2017; Favez, 2013), le développement d'une alliance parentale cohésive est au cœur des cibles de l'intervention. Précisons que le processus d'évaluation de même que le début de l'intervention thérapeutique peuvent parfois entraîner un soulagement et un certain espoir chez les couples qui consultent, mais aussi et, à l'inverse, une augmentation de la détresse (Wright et al., 2008). Par conséquent, les psychothérapeutes doivent rester vigilants afin d'éviter une escalade des conflits et pouvoir identifier les signes avant-coureurs d'une dégradation ou d'un risque de débordement en dehors des séances. Cette mise en garde est particulièrement importante, puisque les coparents qui consultent risquent d'être en manque de sommeil, ce qui entraîne plus de fatigue et d'irritabilité.

* L'intervention pour un mandat de séparation n'est pas détaillée ici. Les lecteurs.trices peuvent se référer aux protocoles de la PCCC classique pour en savoir plus sur les interventions à utiliser dans ce contexte (voir entre autres Dugal et al., 2018).

Quels seraient donc, dans ce contexte, les principaux objectifs thérapeutiques qui devraient être visés par les thérapeutes conjugaux et familiaux ? Le tableau 3 propose quelques-unes des cibles à considérer pour l'intervention.

Éducation psychologique. Afin d'accompagner les couples dans l'atteinte de leurs objectifs, des stratégies d'éducation psychologique sont préconisées (Petch et Halford, 2008). L'information apportée doit être soutenue empiriquement et dénuée de préjugés sur ce que devrait être une expérience parentale positive. En effet, les répercussions sur la sphère relationnelle se font sentir pour une majorité de couples et peuvent être liées aux représentations parfois peu réalistes qui sont transmises dans les médias, sur les réseaux sociaux et dans la culture populaire, par exemple sur la parentalité en tant qu'expérience facile et innée, empreinte de joie et de positivité, ou sur les mythes concernant l'accouchement (Vliegen et al., 2014). Il importe donc d'informer les coparents sur l'influence délétère d'avoir des attentes trop élevées, voire irréalistes, par exemple quant à l'effet que devrait avoir l'expérience de la parentalité sur leur bonheur personnel, au degré d'implication que devrait avoir l'autre partenaire au sujet des tâches parentales, à leur identité en tant que parents (Welch, 2019). Il conviendrait ici de valider la frustration ressentie, ou le sentiment que l'expérience vécue comme nouveaux parents est inhabituelle ou hors norme (Lévesque et al., 2020).

Ainsi, à ce stade, l'intervention vise à fournir de l'information sur les défis typiques auxquels sont confrontés les nouveaux coparents (p. ex. manque de sommeil, plus grand isolement et solitude, augmentation de la détresse relationnelle, diminution de l'intimité, etc.), ainsi qu'à valider ces changements qui se produisent chez une majorité des couples. En raison de l'importance du soutien reçu lors de cette étape de transition, une emphase particulière est ici mise sur l'implication des deux partenaires dans la démarche de parentalité. L'objectif est de discuter avec les conjoints à propos du partage des tâches et de la notion de charge mentale associés aux soins du nouveau-né, afin de trouver une répartition satisfaisante et cohérente pour les deux partenaires (Lévesque et al., 2020). Parallèlement, après avoir clarifié les attentes de chacun, des mises en situation sont proposées en séances, de même que des exercices pour développer la capacité des coparents à offrir un soutien adapté à l'autre et de percevoir le soutien offert. Cette stratégie s'arrime dans la recherche sur la fonction du soutien au sein de la relation dyadique, décrit comme un élément

protecteur face à la détresse relationnelle et au stress parental (Durtschi, 2017). L'objectif est aussi de promouvoir l'engagement des coparents dans les soins de l'enfant (Sheedy et al., 2019). Pour ce faire, chaque partenaire est invité à s'exercer dans l'utilisation de stratégies orientées vers les solutions (Eid et Bélanger, 2019). Ces dernières visent à : 1) identifier les attentes de chacun des coparents en ce qui concerne la transition parentale, en portant une attention particulière au contrôle du stress associé à celle-ci et au soutien mutuel; 2) identifier les messages envoyés à l'autre coparent et les mettre en lien avec leurs croyances et objectifs de changement; 3) aider les coparents à accepter les responsabilités qui leur incombent et à reconnaître le rôle qu'ils jouent dans la dynamique parentale.

Entraînement à la communication. L'entraînement à la communication constitue une étape centrale de la PCCC, puisque la communication non constructive est souvent la base des problématiques qui sont rapportées par le couple (Dugal et al., 2018; Eid et Bélanger, 2019). Le développement d'une bonne communication est particulièrement important lors des périodes de changement en général et lors de la transition parentale en particulier, considérant l'augmentation potentielle des conflits pendant cette période (Doss et Rhoades, 2017; Favez, 2013). Le fait de travailler au développement des compétences de communication et des stratégies de résolution des conflits permettra de fournir au couple parental des outils pour gérer les difficultés qui accompagnent leur nouvelle réalité.

Une attention particulière est mise sur l'expérience parentale telle qu'elle est vécue par chacun des partenaires, ainsi que sur les émotions et cognitions qui y sont rattachées et qui peuvent être sources de conflits. Il est donc attendu que les psychothérapeutes prennent en compte et interviennent sur les cognitions (p. ex. peur des conflits ou de blesser l'autre) qui participent au maintien d'une communication non constructive (p. ex., « je suis sûr qu'en m'affirmant, ça va finir en conflit » ou « si je lui dis mon désaccord ou ce que j'attends pour les soins de l'enfant, mon.ma partenaire va se sentir accusé.e ou incompetent.e dans son rôle parental »). Afin d'éviter une escalade de comportements disruptifs arrimés dans la colère lors des conflits, des techniques de pauses (*time out*) sont expliquées aux coparents.

La modification des patrons d'interaction du couple parental non constructifs (patrons de demande-retrait, de retrait-retrait, de blâme mutuel) (Dugal et al., 2018) ainsi que des comportements destructifs (p. ex. rejeter le blâme, exiger, critiquer, mépriser) est visée afin de modifier ces patrons de communication non fonctionnels (Wright et al., 2008). Quatre étapes permettent de modifier ces patrons, soit : 1) identifier les patrons et les reconnaître, 2) offrir aux coparents des alternatives pour la modification de ces patrons, 3) travailler la modification des distorsions cognitives sous-jacentes au maintien des patrons non constructifs (p. ex., « il devrait savoir que... ») et 4) faciliter l'expression émotionnelle et l'accueil avec tolérance de la détresse de l'autre. De plus, la pratique de stratégies de communication constructive en séance à l'aide de jeux de rôles est préconisée. Par exemple, un exercice de communication peut d'abord être effectué en séance à l'aide d'un conflit d'intensité modérée et choisi avec les coparents (p. ex., gestion des nuits et du sommeil), puis pratiqué en dehors des séances. Ici, le rôle des psychothérapeutes consiste à 1) guider l'émetteur dans l'expression de ses émotions (en parlant au « je »), 2) guider le récepteur afin qu'il adopte des stratégies sans jugement, d'ouverture et d'empathie et 3) faire part de ses observations et suggérer des stratégies de résolution de problèmes visant l'adoption de solutions qui tiennent compte des deux points de vue, comme il sera discuté plus loin.

Lors de ces exercices ciblant la communication, il est important d'offrir du renforcement ainsi que des interprétations et des suggestions constructives, tout en contrôlant l'interaction afin d'éviter une escalade pouvant mener à un conflit, ainsi que l'émission de propos non constructifs. Finalement, un travail sur les patrons d'interactions entre les partenaires est proposé. Plus précisément, les psychothérapeutes, tout en reflétant la dynamique d'interactions qui est propre au couple, interrogent le rôle de chaque coparent dans celle-ci. Le travail thérapeutique vise également à réparer les impacts délétères des patrons non constructifs sur la relation de couple et sur l'alliance parentale, tout en rétablissant le lien de confiance entre les coparents. L'objectif final est de permettre l'émergence de nouveaux patrons interactionnels sains entre les partenaires.

Stratégies de résolutions de problèmes et de conflits. Les problématiques de communication entraînent fréquemment des difficultés dans la capacité de résolution de problèmes chez les couples en transition parentale (Favez, 2013). Ainsi, comme discuté plus haut, une fois que les habiletés de communication constructive sont acquises, que chaque partenaire peut s'affirmer et que les

coparents arrivent à faire équipe, il est possible de travailler en séance des stratégies de résolution de problèmes. Ultiment, cette procédure aide les coparents à prendre des décisions pour viser la satisfaction de chacun et à faire des compromis pour atteindre cet objectif. Un exemple d'intervention visant la résolution de problèmes est proposé avec le cas de Charles et Audrey (voir vignette clinique).

Vignette clinique

Charles, 37 ans, et Audrey, 30 ans, sont en couple depuis huit ans et sont les parents de Sacha, six mois. Le couple vient consulter sous l'initiative d'Audrey pour des problèmes d'adaptation concernant leur nouveau rôle parental. Depuis la naissance de Sacha, les conflits sont de plus en plus présents et houleux. Audrey reproche le manque de considération de Charles, qui investit davantage la sphère professionnelle que familiale, alors que Charles estime essentiel de consacrer du temps à son travail pour pouvoir subvenir aux besoins financiers de sa famille. Le couple a de la difficulté à s'entendre sur la responsabilité des soins à apporter à Sacha. Les conjoints mentionnent ne plus avoir le temps de passer des moments de qualité à deux. Audrey a totalement mis de côté sa passion (la peinture), car elle a beaucoup de difficulté à laisser Sacha se faire garder par une autre personne. Elle appréhende le retour au travail après son congé de maternité à la fin de l'année. Ils n'ont plus eu de relations sexuelles depuis la naissance de Sacha. Charles dit avoir moins de désir envers Audrey, qu'il voit maintenant « plus comme une mère ». Il aimerait néanmoins reprendre leurs activités sexuelles, en disant que « l'appétit vient en mangeant ». Audrey, quant à elle, est tellement fatiguée qu'elle préfère se reposer et elle évite les comportements qui pourraient être interprétés comme une « invitation » lorsqu'elle a des moments seule avec Charles. Elle ajoute que les nombreux conflits qu'ils vivent contribuent à éteindre encore plus son désir sexuel.

Exemple d'interventions pour travailler les stratégies de résolution de conflit

1) Le couple choisit de parler de la situation conflictuelle redondante concernant les soins apportés à Sacha. Le psychothérapeute prend le temps de bien définir le problème avec les partenaires et comment celui-ci se manifeste dans la relation.

Psychothérapeute (P) : « Si je comprends bien, vous n'êtes pas en accord sur les soins apportés à Sacha. Pourriez-vous m'expliquer comment ce conflit se manifeste quand vous

êtes chez vous ? Audrey, quelles sont vos sources de frustration à ce propos ? Charles, comment y réagissez-vous ? ».

2) Le psychothérapeute clarifie les besoins et les objectifs de chacun des coparents et explore comment chacun se sent dans la situation.

Audrey (A) : « J'ai besoin que Charles m'aide avec Sacha... C'est souvent moi qui me lève la nuit, car je l'allaite. Je suis donc toujours fatiguée et je ne réussis pas à reprendre le dessus. Lui, il rentre du travail et il prend un peu Sacha. Il change aussi ses couches et prépare ses biberons pour la nuit, mais ce n'est pas suffisant. J'ai l'impression d'en faire toujours plus et j'aimerais qu'il me soutienne davantage. »

Charles (C) : « J'aimerais lui apporter plus de soutien, mais c'est difficile et comme je travaille toute la journée, je ne suis pas toujours présent comme Audrey, qui est en congé de maternité. J'essaie de prendre des initiatives, comme faire prendre son bain à Sacha quand je rentre du travail, mais souvent elle s'en est déjà occupée. Je ne sais pas comment faire pour lui venir en aide davantage que ce que je fais déjà. J'aimerais qu'elle s'exprime mieux et plus clairement sur ses besoins, car je ne peux pas les deviner... Comme je me lève très tôt pour aller travailler, c'est compliqué de m'occuper de notre fille la nuit. »

3) Le psychothérapeute aide le couple à générer des solutions en se servant de procédures de remue-méninge (*brainstorming*). Il peut, au besoin, suggérer des solutions pour régler la problématique.

P : « Audrey, vous souhaitez que Charles vous aide davantage et si je comprends bien, vous prenez souvent les devants et les initiatives dans les soins de Sacha et n'exprimez pas clairement et spécifiquement vos besoins. Charles, vous souhaitez également aider Audrey, mais vous voyez mal comment vous pourriez en faire plus car vous travaillez beaucoup. Quels seraient les terrains d'entente possibles concernant cette situation ? »

A : « Je pense que nous pourrions nous répartir des tâches fixes et sur lesquelles nous nous entendrions à l'avance. Je ne savais pas que Charles voulait donner le bain à Sacha et c'est vrai que souvent je le fais avant qu'il arrive... Si je sais qu'il s'en occupera en rentrant, je pourrais me décharger de cette tâche. Même si ce n'est pas suffisant pour que je me sente davantage soutenue, c'est un bon début. »

C : « Nous pourrions faire des roulements pour les nuits où je commence plus tard le lendemain. Et un soir lors des fins de semaine je pourrais m'en occuper toute la nuit, pour que tu puisses mieux te reposer. »

Le psychothérapeute continue le processus de résolution de problèmes en posant des questions aux partenaires afin de lister plusieurs pistes de solutions (ici pour dégager du temps pour qu'Audrey puisse se libérer davantage de moments pour elle et pour se reposer), tout en délimitant les solutions qui sont possibles et réalistes pour eux.

4) Le couple, aidé du psychothérapeute, choisit les solutions les plus appropriées en fonction des avantages et des inconvénients à court et à long terme. Des solutions alternatives (Plans B et C) sont également prévues, si la première solution (Plan A) ne fonctionne pas.

Les coparents devront mettre en pratique pendant la semaine la solution retenue en séance en prévision de la cinquième étape.

5) Le psychothérapeute évalue les résultats et révisé au besoin la solution mise en place. Les autres problèmes comme la baisse du désir sexuel seront abordés de la même manière.

Restructuration cognitive. Le protocole d'intervention de PCCC pour les couples en transition parentale comporte également un volet de restructuration cognitive. Celui-ci vise à identifier et à modifier le discours interne des partenaires, car ce dernier conditionne souvent leurs difficultés relationnelles et parentales. Les psychothérapeutes peuvent ainsi identifier les distorsions qui sont reliées à leurs perceptions en lien avec leur expérience parentale. Ces distorsions comprennent entre autres les croyances erronées et rigides et les attentes irréalistes entourant la parentalité et la relation de couple. Par exemple, « un bon parent comprend immédiatement les besoins de son enfant », « si on se dispute sur l'éducation de notre enfant, nous ne sommes pas compatibles comme coparents », « ce n'est pas normal que je n'aie plus envie d'avoir des relations sexuelles depuis l'accouchement ».

L'objectif de la restructuration cognitive est de travailler à recadrer et à assouplir ces distorsions. Plus spécifiquement, le but est pour chaque coparent de mieux comprendre ses propres pensées, mais également de mieux appréhender celles de l'autre. Ainsi, chacun des partenaires se responsabilise et développe plus d'empathie envers l'autre. Précisons ici que ce n'est pas toujours

la modification des cognitions qui est visée, mais également la conscientisation du fait que celles-ci sont souvent non fondées et que, par conséquent, elles sous-tendent fréquemment les problématiques rapportées par le couple (Dugal et al., 2018).

L'identification des distorsions cognitives peut se faire à l'aide de l'imagerie mentale, de jeu de rôle ou de questionnement (p. ex. « à quoi pensez-vous lorsque vous constatez que vous n'avez pas répondu aux besoins de votre enfant », « que vous dites-vous lorsque vous constatez que votre partenaire semble en désaccord avec vous, qu'est-ce que cela signifie pour vous, pour votre relation et pour votre famille ? »). Les distorsions cognitives sont donc travaillées à l'aide de différentes techniques de restructuration cognitive (discuter les évidences, générer des pensées alternatives, s'engager dans des jeux de rôles, utiliser le questionnement socratique, la technique de la flèche ascendante ou descendante, etc.) (Eid et Bélanger, 2019 ; Wright et al., 2008). Par exemple : le *questionnement socratique* vise à poser des questions aux partenaires afin de s'interroger sur le bien-fondé de leurs cognitions, de les mettre à l'épreuve, de les confronter, puis de proposer une perspective alternative dans la façon d'envisager les choses. La technique de la *flèche ascendante/descendante* consiste à mettre en lumière une cognition automatique et non fonctionnelle, puis à poser une série de questions qui mettent cette croyance au défi (p. ex. « Et si c'était vrai que vous aviez vos faiblesses en tant que coparent, qu'est-ce que cela impliquerait pour vous ? [...] Et par rapport à votre relation ? »). L'objectif est l'identification des croyances profondes qui sous-tendent ces cognitions et qui sont impliquées dans la dynamique et la problématique du couple parental, comme dans l'exemple suivant :

Parent (P) : « Je suis un mauvais parent et nous risquons de divorcer. »

Thérapeute (T) : « Et si cela arrivait, que se passerait-il ? »

P : « Je finirais seul.e et je ne verrais plus mon enfant. »

T : « Et qu'advierait-il de vous si cela se produisait ? »

P : « Je ne pourrais jamais construire et maintenir la vie de famille que je souhaite et j'aurais ruiné la vie de mon enfant, comme mon père l'a fait quand il nous a abandonnées, mes sœurs et moi. »

L'objectif ultime de cette stratégie est de remettre en lumière les postulats, souvent fallacieux, sur lesquels les coparents font souvent reposer leurs perceptions.

Travailler l'expression des émotions et la régulation émotionnelle. En plus d'un travail thérapeutique sur les pensées et sur les comportements, la PCCC auprès des couples en transition parentale intègre un important travail sur les émotions. En effet, celles-ci sont souvent soit minimisées et évitées ou, au contraire, envahissantes. Les émotions dans les situations conflictuelles sont donc régulièrement non identifiées ou alors mal exprimées, ce qui entraîne des difficultés de communication entre les coparents (Sheedy et al., 2019).

Une exposition graduelle est préconisée, avec un travail sur les émotions primaires et secondaires. Spécifiquement, les psychothérapeutes cherchent par l'exposition à mettre les coparents en contact avec leurs émotions primaires (p. ex. je suis triste, je me sens seul.e et abandonné.e lorsque mon.ma conjoint.e ne se réveille pas la nuit) et secondaires (p. ex. je suis en colère en réaction à la tristesse de me sentir seul.e à gérer l'enfant). Le but est de développer une appréhension plus saine des émotions vécues par chaque partenaire (p. ex. capacité à prendre contact avec ses états internes [émotions, pensées, sentiments, etc.], à les observer, à les nommer et à exprimer ses besoins de façon appropriée). Ces stratégies permettent de diminuer les réactions défensives (p. ex. se sentir persécuté ou attaqué, avoir l'impression que l'autre en demande toujours plus ou n'apprécie pas ce qui est fait, etc.), de développer la tolérance des coparents face aux émotions fortes et/ou négatives, ainsi que leur réactivité émotionnelle, même en contexte de fatigue et d'irritabilité, typiques chez les couples en transition parentale, comme nous l'avons vu précédemment.

Travailler l'acceptation. En parallèle, des techniques visant l'acceptation et la tolérance des différences entre les coparents sont préconisées, afin de travailler l'élaboration d'une alliance parentale cohésive. Les psychothérapeutes proposent des interventions ayant pour objectif d'aider les coparents à accepter leurs différences (p. ex. dans l'éducation ou la façon de fournir les soins à l'enfant). Ainsi, les psychothérapeutes guident les partenaires pour les aider à formuler de nouvelles façons d'appréhender et d'accepter leurs désaccords, à mettre en lumière la vulnérabilité de chacun et à développer la tolérance envers l'autre. Pour ce faire, les coparents sont invités à prendre conscience des avantages d'avoir des visions différentes de la parentalité, ce qui participe à déconstruire la vision négative des différences de l'autre.

Plusieurs interventions peuvent être utilisées (Eid et Bélanger, 2019), comme : 1) la connexion empathique, qui a pour objectif le fait que chaque partenaire manifeste davantage d'empathie face

au vécu de l'autre; 2) le détachement unifié, qui fait référence à l'incitation pour les partenaires d'adopter une vision unifiée du problème, mais également qu'ils arrivent à s'en détacher (p. ex. par le truchement de l'humour, l'utilisation de métaphores, etc.); 3) l'identification de retombées positives des comportements qui sont jugés comme étant négatifs par les coparents (p. ex. apprécier l'engagement au travail de l'autre coparent qui participe à la stabilité financière de la famille).

La prise en charge des difficultés sexuelles. Une fois que la communication et la gestion émotionnelle sont plus fonctionnelles, un travail peut être effectué sur les problématiques qui ont pu se développer sur le plan des sphères intime et sexuelle lors de la transition parentale. En effet, comme mentionné, il est fréquent que les couples qui consultent pour des problématiques relationnelles pendant cette période éprouvent également des difficultés dans la sphère sexuelle (Dugal et al., 2018; Rosen et Byers, 2020). D'ailleurs, les partenaires qui éprouvent de la difficulté à aborder la sexualité au sein de leur relation se trouvent soulagés lorsque les psychothérapeutes montrent leur ouverture à en discuter en séance (Bergeron et al., 2008). Qui plus est, puisque la transition parentale a un impact sur la satisfaction sexuelle (Rosen et al., 2018), la thérapie de couple offre un contexte favorable pour diminuer les divergences dans les attentes et les connaissances qui alimentent les difficultés sexuelles (Rosen et Byers, 2020).

Les techniques utilisées en PCCC pour améliorer le bien-être sexuel comprennent une variété d'interventions (p. ex. auto-exploration, sensibilisation corporelle) qui visent à diversifier le répertoire sexuel des coparents, à augmenter la satisfaction sexuelle, de même que la fonction sexuelle en lien avec le désir et l'excitation, la douleur, la fonction érectile, l'orgasme, etc. (voir Bergeron et al., 2008; Hall et Binik, 2020). Les interventions sur la sphère sexuelle des couples en transition parentale doivent être ancrées dans une évaluation biopsychosociale, spécifique à la parentalité (p. ex. douleurs gynécologiques fréquentes, impact de l'allaitement, complications médicales possibles, etc.). De plus, certains facteurs psychosociaux peuvent maintenir les difficultés sexuelles (p. ex. les mythes portant sur la sexualité en lien avec la grossesse et la parentalité, le manque de sommeil, le peu de temps intime de qualité, l'enfant qui dort avec les parents ou dans leur chambre, la communication et les scripts sexuels inadéquats, la vision de l'autre partenaire comme un coparent et non plus comme un partenaire sexuel, les changements corporels, etc.).

Chronologie de l'intervention sexuelle. Dans un premier temps, il est recommandé que les psychothérapeutes s'intéressent aux mythes et au manque d'information sur la sexualité, par exemple en abordant l'impact du manque de sommeil sur la fonction sexuelle et sur le niveau de désir sexuel, les effets physiologiques [physiques et hormonaux] de la grossesse et de l'accouchement et en validant la réduction de la fréquence des rapports sexuels, les techniques pour élargir le répertoire sexuel, etc. (Rosen et Byers, 2020). Ensuite, des techniques d'intervention adaptées à la transition parentale sont utilisées pour cibler les préoccupations sexuelles et les distorsions cognitives sous-jacentes (p. ex. partenaires qui ne se considèrent plus comme des figures sexuelles au profit d'une identité parentale, distractions liées à l'enfant lors des relations sexuelles, préoccupations liées à l'image corporelle et aux changements physiques, etc.). Finalement, des interventions comportementales (p. ex. exercices d'auto-exploration, masturbation dirigée, sensibilisation corporelle) sont préconisées en fonction des problématiques rapportées par les coparents. (Pour plus de détails sur la sexothérapie de couple, voir Bergeron et al., 2008; Hall et Binik, 2020.)

4.3 Perspectives d'avenir

En dépit de la fréquence des difficultés qui se développent chez certains couples en transition parentale, aucune psychothérapie de couple ne semble avoir été développée spécifiquement pour soutenir cette population. Ainsi, il serait pertinent d'élaborer, comme suggéré ici, des protocoles de PCCC visant la prise en charge des couples qui vivent une transition parentale empreinte de détresse. De plus, ces protocoles d'intervention devraient être validés empiriquement, ainsi que leurs impacts sur différentes populations de couples vivant des difficultés entourant leur parentalité. Par exemple, la recherche empirique indique le manque significatif d'interventions parentales adaptées au vécu des partenaires ayant subi des traumatismes interpersonnels durant l'enfance, en dépit de l'influence délétère qu'ils peuvent avoir sur l'expérience parentale, sans compter le risque de transmission intergénérationnelle du trauma (Berthelot et al., 2016; Godbout et al., 2023). À la lumière des recherches futures, notons que plusieurs avancées empiriques restent à faire (p. ex. études incluant les deux coparents, échantillons issus de la diversité LGBTQI+). En outre, les couples issus de populations plus à risque (p. ex. couples en situation socio-économique précaire, avec troubles de santé mentale ou physique, minorités visibles) sont trop peu étudiés et leur réalité

est encore mal comprise, ce qui freine la mise en place d'interventions adaptées lorsque surviennent des situations de stress comme l'arrivée d'un nouvel enfant. Finalement, les thérapeutes conjugaux et familiaux peuvent intervenir auprès des couples en transition parentale à l'aide d'outils empruntés à la PCCC, en les adaptant, comme proposé ici. Concluons qu'il est primordial de garder en mémoire la complexité multifactorielle caractéristique de la transition parentale, ainsi que la nécessité d'intégrer une vision intersectionnelle dans son approche thérapeutique afin de rendre compte de la diversité des expériences des couples en transition parentale.

Catégories	Variables déterminantes	Références pertinentes
Facteurs individuels (liés à la personne)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Croyances et attentes concernant la parentalité¹ ▪ Identité parentale² ▪ Stress parental³ ▪ Trouble de santé mentale⁴ ▪ Maladie physique⁵ ▪ Traumas interpersonnels (violence physique, psychologique, sexuelle, négligence, intimidation) et traumas cumulatifs en enfance⁶ ▪ Attachement romantique (sécurisant/insécurisant)⁷ ▪ Capacités du soi⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Barimani et al., 2017^{1,3} ▪ Berthelot et al., 2016⁶ ▪ Bouchard, 2017^{1, 4, 5} ▪ Christie et al., 2017⁶ ▪ Godbout et al., 2023^{4, 6} ▪ Kohn et al., 2012⁷ ▪ Lévesque et al., 2020^{1, 2} ▪ Parfitt et Ayers, 2014⁴ ▪ Rassart et al., 2022^{3, 6, 8} ▪ Trillingsgaard et al., 2014⁴
Facteurs contextuels (liés au contexte)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caractéristiques socio-économiques⁹ : <ul style="list-style-type: none"> - Revenus - Âge des coparents - Soutien social et familial ▪ Liés à la grossesse et à l'accouchement¹⁰ : <ul style="list-style-type: none"> - Planification - Type de grossesse (p. ex. naturelle, fécondation <i>in vitro</i>, adoption) - Associés aux modalités de l'accouchement (p. ex. par voie naturelle ou par césarienne, violences obstétricales, problèmes médicaux, etc.) ▪ Caractéristiques du nouveau-né¹¹ : <ul style="list-style-type: none"> - Tempérament de l'enfant - Troubles congénitaux ou développementaux (p. ex. naissance prématurée, trisomie 21, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bouchard, 2017^{9, 10, 11} ▪ Saxbe et al., 2018¹⁰ ▪ Watson et al., 2013¹¹
Facteurs relationnels (liés au couple)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien¹² ▪ Communication¹³ ▪ Stratégies de résolution de conflits et attributions relationnelles¹⁴ ▪ Satisfaction relationnelle¹⁵ ▪ Alliance parentale¹⁶ ▪ Satisfaction sexuelle¹⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doss et al., 2017¹⁵ ▪ Favez, 2013¹² ▪ Kan et al., 2012¹⁴ ▪ Sheedy et al., 2019^{13, 16} ▪ Rosen et al., 2018; 2020¹⁷ ▪ Trillingsgaard et al., 2014^{12, 13}

Figure 7 Principaux facteurs impliqués dans la transition parentale

Construits à évaluer	Exemples de questionnaires
Alliance parentale	<i>Mesure d'alliance parentale (PAM) (Abidin et Konold, 1999)</i>
Stress parental	<i>L'index de stress parental (PSI) (Abidin et al., 2013)</i>
Symptômes de dépression post-partum	<i>L'échelle de dépression post-partum d'Edinburgh (EPDS) (Cox et al., 1987)</i>
Satisfaction relationnelle	<i>L'échelle d'ajustement dyadique (EAD) (Sabourin et al., 2005)</i>
Résolution de conflits et violence conjugale	<i>Le questionnaire sur la résolution des conflits conjugaux (CTS-2) (Straus et al., 1996)</i>
Attachement amoureux	<i>Le questionnaire sur les relations amoureuses (ECR-12) (Lafontaine et al., 2016)</i>
Satisfaction sexuelle	<i>La mesure générale de la satisfaction sexuelle (GMSEX) (Lawrence et al., 2011)</i>

Figure 8 Questionnaires psychométriques auto-rapportés pour une évaluation multimodale

Cibles d'intervention	Objectifs associés
Éducation psychologique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normaliser et valider l'expérience des nouveaux parents (p. ex. modifications apportées par le nouveau statut de coparents au sein de la relation de couple). ▪ Comprendre les impacts de la parentalité sur les conjoints et sur leur relation de couple (p. ex. concessions à faire, gestion de la nouveauté, des imprévus, du stress, des exigences, de la vie sexuelle, de la diminution du temps disponible ensemble, de la satisfaction relationnelle et des modifications à cet égard, etc.). ▪ Soutenir les coparents dans la définition de leur identité parentale et de leurs différents rôles (p. ex. comme parents, comme partenaires romantiques, modifications dans leurs rôles au travail, etc.). ▪ Démystifier les croyances irrationnelles entourant les rôles mutuels des partenaires et les rôles de genre. <ul style="list-style-type: none"> - Gestion des priorités de chacun, répartition des tâches et conciliation travail-famille.
Cognitions, émotions et communication constructive	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuer l'anxiété et la dépression associées à la transition parentale. Dans le cas d'une dépression post-partum, viser la diminution des symptômes en travaillant le soutien relationnel et la diminution du stress parental, en plus de soutenir les stratégies axées sur le repos et la consolidation des ressources internes. <ul style="list-style-type: none"> - Suggérer si nécessaire une consultation médicale pour prise de médication. ▪ Apprendre à collaborer en tant que coparents et développer une alliance parentale cohésive. ▪ Améliorer la communication efficace et la résolution de problèmes en lien avec les nouveaux rôles et fonctions de chaque coparent. ▪ Comprendre les besoins de chacun et favoriser une base sécuritaire au sein de laquelle le couple peut grandir et offrir une famille optimale à l'enfant.
Développement de l'intimité et de la satisfaction sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmenter le temps alloué au couple, ainsi que le temps personnel accordé à chacun. ▪ Améliorer l'intimité, identifier des manifestations d'affection appréciées par chacun, promouvoir le soutien et l'entente satisfaisante entre ce que l'un pense offrir et ce que l'autre perçoit recevoir, faire une place au couple dans la parentalité. ▪ Améliorer la satisfaction sexuelle de chacun (p. ex. clarifier les attentes et le rythme attendu par chaque partenaire aux différentes étapes de la parentalité, diversifier le répertoire sexuel et sensuel, etc.).

Figure 9 Exemples d'objectifs d'une psychothérapie pour des couples en transition parentale

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Cette thèse visait à examiner les effets d'un historique de trauma cumulatif en enfance (TCE) sur la satisfaction relationnelle des survivant·e·s de ce type de trauma et de leurs partenaires, à l'âge adulte. Trois articles complémentaires ont permis d'examiner ces relations par le biais de différentes perspectives méthodologiques et théoriques. Le premier article a exploré les associations entre un historique de TCE et la satisfaction relationnelle auprès d'un échantillon de couples établis de la population générale, en examinant le rôle modérateur de l'attachement romantique sur ces relations. Le deuxième article s'est concentré sur l'étude d'un échantillon de couples représentatif de la population générale accueillant un enfant, une période particulièrement vulnérable pour la satisfaction relationnelle. Cette étude a examiné plus précisément le rôle de l'alliance parentale comme mécanisme indirect expliquant les relations entre un historique de TCE et la satisfaction relationnelle des survivant·e·s et de leurs coparents. Le troisième article offre, quant à lui, une perspective ancrée dans la pratique clinique. Il permet de discuter de manière plus théorique de la prise en charge des couples accueillant un enfant, afin de soutenir leur ajustement relationnel et parental lors de cette période de transition.

De façon générale, les résultats de cette recherche doctorale soutiennent les hypothèses de départ et apportent un soutien empirique aux différents modèles théoriques examinés, en documentant les liens entre un historique de TCE et une baisse de la satisfaction relationnelle à l'âge adulte, et ce, d'un point de vue dyadique, ainsi que le rôle clé de variables intra (attachement romantique avec l'attachement évitant) et interpersonnelles (alliance parentale) dans ces associations. Ainsi, les résultats obtenus conduisent à des avancées scientifiques pertinentes qui seront approfondies dans ce chapitre. D'abord, une synthèse des résultats de la thèse et de leurs implications empiriques et théoriques est présentée. La discussion se poursuit par une exploration des implications cliniques découlant des deux premiers articles, avec un accent particulier sur les pistes d'intervention pour les survivant·e·s de TCE et leurs partenaires. Enfin, les limites de la présente thèse, accompagnées de propositions pour orienter les futures recherches sont présentées.

5.1 Synthèse des résultats

5.1.1 Prévalences des variables à l'étude, corrélats du TCE et rôles de genres

En premier lieu, cette thèse apporte une contribution importante en attestant de l'ampleur de la problématique des traumatismes interpersonnels vécus en enfance (TIE) et de leur impact délétère sur les relations amoureuses à l'âge adulte. Cela consolide les connaissances existantes, tout en les situant dans des contextes relationnels spécifiques. En effet, les résultats des deux premiers articles, qui évaluent huit types de TIE, confirment et approfondissent les résultats des études antérieures, renforçant ainsi la confiance dans la généralisation des conclusions de la thèse. De plus, ils mettent en lumière l'importance de poursuivre les recherches dans le domaine du trauma, en particulier dans des populations encore sous-représentées dans la recherche empirique actuelle, comme les couples accueillant un enfant.

De manière plus détaillée, les résultats indiquent que plus de la moitié des participants ont rapporté avoir vécu au moins deux types de TIE (moyenne variant entre 2,5 et 2,6). Ces données corroborent le caractère cumulatif des TIE et s'alignent avec les prévalences qui sont observées dans différentes méta-analyses et études épidémiologiques (Afifi et al., 2014 ; Finkelhor et al., 2007, 2009 ; Kessler et al., 2017 ; Stoltenborgh et al., 2015). Bien qu'étant un phénomène de plus en plus documenté (Briere et Scott, 2015 ; Godbout et al., 2020 ; Hodges et al. 2013), le caractère cumulatif des TIE est encore peu étudié de façon dyadique et dans des contextes relationnels spécifiques (Vaillancourt-Morel et al., 2024). Cette réalité est particulièrement préoccupante, puisqu'il est reconnu que l'exposition à plusieurs formes de traumatismes tend à amplifier et complexifier leurs effets délétères à long terme sur les sphères physiques, psychologiques et relationnelles des survivant·e·s (Afifi et al., 2016 ; Fink et Galea, 2015 ; Jaffee, 2017 ; Kirkbride et al., 2024 ; Strathearn et al., 2020 ; Vaillancourt-Morel et al., 2024).

Un autre constat marquant des résultats de la thèse réside dans l'importante proportion de couples issus de la population générale où les deux partenaires rapportaient un historique de TIE. En effet, pour la majorité des couples étudiés, qu'ils soient établis de longue date (70,1 %) ou parents d'un nouvel enfant (74,3 %), les deux partenaires étaient survivant·e·s d'au moins un type de TIE. Ainsi, ces données mettent en lumière une réalité encore peu documentée dans la recherche, à savoir la

fréquence élevée de couples au sein desquels les deux partenaires rapportent des antécédents de TIE. Cette cooccurrence suggère que les expériences traumatiques précoces peuvent s'inscrire dans un contexte relationnel partagé qui est susceptible d'être associé aux dynamiques relationnelles ultérieures, sans pour autant permettre d'inférer de lien causal direct. Dans cette perspective, plusieurs auteurs soulignent que les antécédents de TIE ne se limitent pas à des expériences strictement individuelles, mais peuvent contribuer à façonner des vulnérabilités relationnelles communes au sein du couple (Goff et Smith, 2005 ; Vaillancourt-Morel et al., 2024 ; Zamir, 2022). De ce fait, ces résultats invitent à considérer l'historique de TCE dans une approche systémique, particulièrement lorsqu'il est question d'ajustement relationnel.

Les résultats de la seconde étude permettent d'affiner notre compréhension des dynamiques spécifiques liées au TCE dans un échantillon encore peu étudié : les couples accueillant un enfant. En effet, ce contexte particulier, marqué par des changements physiques, émotionnels et relationnels (Saxbe et al., 2018), peut exacerber certaines dynamiques marquées par un historique de TCE. De plus, les résultats de la thèse mettent en lumière des différences de genre, puisque si les résultats de la première étude n'ont révélé aucune différence significative entre les hommes et les femmes, la seconde étude fait part de certaines différences.

D'abord, une plus grande exposition aux TIE était rapportée par les mères. Ce résultat peut être éclairé par les recherches portant sur le dévoilement des expériences traumatiques. En effet, l'historique de TIE doit être analysé dans un cadre sociétal où les normes et attentes liées au genre peuvent influencer la perception et l'interprétation des expériences traumatiques (Ullman et Filipas, 2005). Dans ce contexte, les femmes pourraient avoir une plus grande propension à reconnaître et rapporter des expériences de violences ou de maltraitance, tandis que les hommes seraient davantage enclins à minimiser, voire à nier la nature violente de leurs vécus, afin d'éviter d'être stigmatisés (Easton et al., 2014). Ensuite, les mères ont rapporté une plus grande satisfaction relationnelle, tandis que les pères ont déclaré des niveaux d'alliance parentale supérieurs. Ces résultats suggèrent que l'expérience des mères et des pères diffère lorsque le couple parental accueille un nouvel enfant, ce qui appuie les travaux antérieurs sur le sujet (p. ex., Fox, 2001 ; Katz-Wise et al., 2010 ; Kaźmierczak et Karasiewicz, 2019). Enfin, les disparités observées pourraient s'expliquer par des facteurs contextuels spécifiques à la période périnatale, tels que la

division des rôles parentaux ou les attentes socioculturelles distinctes, qui influencent différemment les perceptions et les vécus des partenaires (Każmierczak et Karasiewicz, 2019 ; Lévesque et al., 2020 ; Mickelson et Biehle, 2017). Par exemple, les mères pourraient ressentir une pression sociale à s'investir dans le lien relationnel et émotionnel, alors que les pères pourraient être davantage perçus comme les piliers d'un soutien pratique et organisationnel. Somme toute, ces observations invitent à interroger les rôles de genre dans l'expression et la perception d'un historique traumatique, ainsi que leurs répercussions différenciées sur la satisfaction relationnelle et l'alliance parentale lorsque les couples accueillent un enfant.

En définitive, l'ensemble de ces résultats, tout en appuyant les connaissances empiriques actuelles, se distingue par sa portée dyadique et son exploration dans des contextes spécifiques comme la parentalité. Ces résultats posent ainsi des jalons empiriques pour mieux comprendre les effets d'un historique de TCE sur la satisfaction relationnelle, ce qui correspond au premier objectif de cette thèse, dont les liens observés sont discutés dans la section suivante.

5.1.2 Trauma cumulatif en enfance et satisfaction relationnelle : des effets dyadiques

Conformément à nos hypothèses, le premier volet de la thèse a permis de constater qu'un historique de TCE était lié à de plus faibles niveaux de satisfaction relationnelle pour les survivant·e·s de TCE, ainsi que pour leurs partenaires. Ces résultats s'alignent avec les études antérieures ayant examiné les effets délétères d'un historique de TCE sur la sphère relationnelle (voir pour une recension : Vaillancourt-Morel et al., 2024) et ils introduisent une vision systémique des répercussions du TCE, ouvrant la voie à une exploration approfondie de la dynamique relationnelle dans des contextes spécifiques. C'est précisément cette question qui est abordée dans la deuxième étude composant la thèse, ayant une attention portée à une population particulièrement vulnérable aux faibles niveaux de satisfaction relationnelle : les couples accueillant un enfant. En recueillant des données auprès des deux parents, alors que la recherche actuelle se concentre souvent sur l'expérience des mères (Christie et al., 2017), cette étude représente une avancée empirique majeure. En effet, celle-ci a permis d'obtenir une compréhension plus complète de l'impact des TCE sur la dynamique relationnelle entre les coparents, en plus de mesurer le vécu des pères survivants de TCE. Ainsi, les résultats révèlent que le fait d'avoir subi un plus grand nombre de TCE est lié à une satisfaction relationnelle plus faible, tant pour les mères que pour les pères.

Ces observations s'inscrivent dans la continuité des recherches précédentes, qui soulignent que c'est la cooccurrence de différents types de TIE, plutôt que l'intensité d'un événement isolé, qui exerce un impact plus significatif sur les trajectoires relationnelles des survivant·e·s à l'âge adulte (Briere et al., 2016 ; Martin et al., 2013 ; Vaillancourt-Morel et al., 2024). En effet, plusieurs experts ont mis en lumière que l'accumulation de différents types de TIE constitue un facteur prédictif des difficultés à long terme des survivant·e·s, indépendamment du type de traumatisme ou de la durée ou sévérité de l'expérience traumatique (Cloitre et al., 2009 ; Dye, 2018). Ainsi, en entravant le développement des compétences émotionnelles et relationnelles, un historique de TCE peut compliquer l'établissement de relations intimes satisfaisantes à l'âge adulte (Briere et Scott, 2014, 2015 ; Godbout et al., 2013 ; Martin et al., 2013 ; Messman-Moore et Bhuptani, 2017), comme l'ont également révélé les résultats des deux premières études de cette thèse. Ces constats soulignent l'importance cruciale de prendre en compte l'effet cumulatif des expériences traumatiques, tel que conceptualisé par le TCE, afin de mieux appréhender leurs répercussions au long cours.

En somme, ces conclusions révèlent que les impacts des TCE ne se limitent pas à des conséquences intrapersonnelles, mais touchent également les partenaires des survivant·e·s. Si la première étude visait à explorer les répercussions d'un historique de TCE au sein de couples établis de la population générale, la seconde a permis de mieux comprendre cette relation dans un contexte relationnel spécifique, soit l'accueil d'un nouvel enfant. Par ailleurs, les résultats de cette seconde étude soulèvent la question des pistes d'interventions qui seraient susceptibles d'aider les parents lors de la naissance d'un enfant. Nous avons tenté de répondre à cette question dans le troisième article composant la thèse, qui propose des pistes cliniques adaptées aux défis relationnels vécus dans la transition à la parentalité, où les antécédents de TIE constituent un facteur de risque (Christie et al., 2017). Enfin, ces résultats mettent en lumière l'importance d'identifier les mécanismes intra et interpersonnels qui influencent l'ajustement relationnel des survivant·e·s de TCE, ce qui constituait le deuxième objectif de cette recherche doctorale.

5.1.3 L'attachement romantique et l'alliance parentale comme leviers pour la satisfaction relationnelle des couples ayant vécu des traumatismes cumulatifs en enfance

Une autre contribution majeure de cette thèse concerne l'identification de variables expliquant ou modulant la relation entre un historique de TCE et la satisfaction relationnelle des survivant·e·s et de leurs partenaires.

L'attachement évitant a d'abord été identifié comme un modérateur clé dans cette relation. Plus spécifiquement, les résultats de la première étude révèlent que chez les individus présentant un faible niveau d'attachement évitant, le lien entre le TCE et la satisfaction relationnelle se révélait non significatif. Ces résultats complètent ceux de précédentes études ayant révélé le rôle de l'attachement anxieux (p. ex., Godbout et al., 2017 ; Labonté et al., 2022) en identifiant également celui de l'attachement évitant pour la satisfaction relationnelle des survivant·e·s de TCE. Ils suggèrent notamment, que de plus faibles niveaux d'attachement évitant pourraient permettre aux individus de faire face aux effets des traumatismes passés en s'exposant davantage aux opportunités relationnelles offertes dans le cadre d'une relation de couple stable (Brassard et al., 2017 ; Calvo et Bianco, 2015 ; Hazan et Shaver, 1987 ; Mikulincer et Shaver, 2016). En effet, le fait de vivre une relation durable pourrait non seulement offrir des occasions répétées d'intimité, de communication ou de soutien, mais aussi permettre une métabolisation des expériences traumatiques. En effet, les expériences au sein de la relation de couple pourraient ainsi contribuer à la consolidation de nouvelles mémoires relationnelles plus sécurisantes (Brassard et Johnson, 2016), susceptibles de contrebalancer les mémoires traumatiques, ce qui réduirait l'empreinte de ces dernières sur la satisfaction relationnelle des survivant·e·s de TCE et de leurs partenaires (Dalton et al., 2013 ; Godbout et al., 2013). Dans ce contexte, les couples stables, tels ceux composant l'échantillon de l'étude 1, offrent un cadre particulièrement propice pour faciliter cette réparation (Bühler et al., 2021 ; Hadden et al., 2014). Des relations intimes stables sur le long terme (la durée de la relation étant d'environ 23 ans pour l'article 1) fournissent des opportunités répétées de s'engager dans des interactions empathiques et sécurisantes, permettant aux survivant·e·s de TCE d'expérimenter des relations où leurs besoins d'attachement sont respectés et soutenus. Ces expériences répétées dans un contexte de stabilité peuvent non seulement contrebalancer les souvenirs de rejet, de violence ou de négligence associés aux traumatismes passés, mais également renforcer des modèles internes de relations plus sécurisants (Hazan et Shaver, 1987, 1994 ;

Mikulincer et Shaver, 2016 ; Pearlman et al., 2005). À l'inverse, les résultats suggèrent que des niveaux élevés d'attachement évitant exacerbent les effets négatifs d'un historique de TCE sur la satisfaction relationnelle, limitant l'accès aux bénéfices potentiels liés à une relation intime sécurisante. Par exemple, en évitant les interactions émotionnelles qui favorisent une proximité et une intimité, les individus avec de plus hauts niveaux d'évitement sont susceptibles de restreindre leur capacité à recevoir et à offrir un soutien émotionnel, renforçant ainsi des schémas d'isolement et de méfiance (Li et Chan, 2012 ; Mikulincer et Shaver, 2016). Ce désengagement émotionnel, bien qu'adaptatif dans des contextes relationnels traumatiques dans l'enfance, pourrait ainsi devenir problématique dans des relations adultes, ce qui impacterait la satisfaction relationnelle. Cela pourrait notamment empêcher l'émergence de nouvelles expériences relationnelles positives, qui pourraient agir comme des éléments réparateurs dans le contexte d'une relation de couple teintée par un historique de TCE.

De surcroît, nos résultats soulignent que les caractéristiques intrapersonnelles, telles que l'attachement romantique, jouent un rôle crucial dans la capacité des survivant·e·s de TCE à interagir de manière adaptative avec leur partenaire (Goff et Smith, 2005 ; McNulty et al., 2021). Un faible niveau d'attachement évitant semble faciliter une résilience accrue face aux impacts des traumatismes sur la satisfaction relationnelle, en permettant une participation active aux dynamiques relationnelles qui soutiennent la régulation émotionnelle et l'établissement de modèles relationnels plus sains. En revanche, un niveau élevé d'attachement évitant pourrait limiter l'accès à ces opportunités, notamment dans la mesure où il est susceptible de s'inscrire dans des dynamiques caractérisées par davantage d'évitement et de distance émotionnelle. Les résultats de cette première étude parachèvent ainsi les travaux préexistants portant sur l'attachement romantique, puisqu'elle est la première à étudier le rôle modérateur de l'attachement romantique sur les niveaux de satisfaction relationnelle des survivant·e·s de TCE et de leurs partenaires.

La seconde étude apporte une contribution supplémentaire en mettant en lumière le rôle crucial de l'alliance parentale en tant que mécanisme explicatif de la relation entre un historique de TCE et la satisfaction relationnelle au sein du couple. Plus précisément, les résultats suggèrent qu'un historique de TCE chez l'un des parents est associé à des niveaux plus faibles d'alliance parentale pour les deux coparents, ce qui, à son tour, contribue à une plus faible satisfaction relationnelle des

deux parents. Cette période critique liée à l'accueil d'un enfant peut exacerber les défis relationnels, notamment en raison d'un manque de coopération et de coordination dans les soins et l'éducation de l'enfant (Feinberg, 2002, 2003). Ainsi, les résultats indiquent que ces difficultés affectent d'abord l'alliance parentale, en affaiblissant la capacité des parents à fonctionner en équipe, et finissent par nuire à leur satisfaction relationnelle, tant chez les mères que chez les pères. Ces résultats apportent des appuis empiriques aux travaux de Feinberg (2002, 2003), qui suggèrent que l'alliance parentale constitue un facteur clé de cette période de transition. D'ailleurs, les recherches antérieures sur les couples confrontés à des défis relationnels dans des contextes de parentalité (Delicate et al., 2018 ; Pilkington et al., 2016) appuient également l'idée que l'alliance parentale, lorsqu'elle n'est pas cohésive, peut mener à un isolement émotionnel accru et à une intensification des conflits, ce qui fragilise la satisfaction relationnelle.

Ces résultats s'inscrivent ainsi dans la continuité d'études qui ont suggéré que les survivant·e·s de TCE sont particulièrement vulnérables aux difficultés parentales (Bakhos et al., 2024 ; Berthelot et al., 2015, 2019 ; Christie et al., 2017 ; Harvey-Morissette et al., 2024 ; Rassart et al., 2024 ; Sivers et Morgan, 2019). Toutefois, bien que le rôle de l'alliance parentale sur la satisfaction relationnelle ait été largement documenté, cette thèse apporte une perspective novatrice en étant la première à mettre en lumière l'impact spécifique d'un historique de TCE sur l'alliance parentale, tout en tenant compte de l'expérience des mères et des pères et en évaluant les niveaux de satisfaction relationnelle.

Bien que les résultats empiriques actuels concernant l'impact d'un historique de TCE sur l'alliance parentale soient lacunaires, nos résultats peuvent être interprétés à la lumière de différentes hypothèses. D'abord, le fait que l'accueil d'un enfant soit perçu comme une transition majeure pour le couple fait consensus dans la recherche empirique (Bogdan et al., 2022 ; Fentz et al., 2024 ; Leonhardt et al., 2022 ; Mack et al., 2023 ; Trillingsgaard et al., 2014). En effet, cette transition est exigeante émotionnellement et relationnellement, nécessitant notamment une réorganisation des rôles et une collaboration étroite pour répondre aux besoins d'un nouveau-né (Doss et Rhoades, 2017 ; Favez, 2013).

Or, chez les survivant·e·s de TCE, ces exigences peuvent exacerber des vulnérabilités préexistantes liées à leur historique traumatique, comme une difficulté à réguler leurs émotions, ou la présence

de schémas relationnels marqués par une méfiance ou une crainte de dépendance mutuelle (Christie et al., 2017 ; Siverns et Morgan, 2019). Plus précisément, les difficultés rencontrées pour l'établissement d'une alliance parentale cohésive pourraient donc s'expliquer par différents mécanismes. Tout d'abord, les survivant·e·s de TCE peuvent avoir un modèle interne de relations marqué par une faible capacité à demander ou offrir du soutien dans des contextes de stress, ce qui peut se traduire par des comportements tels que le rejet des tentatives de collaboration de l'autre parent ou une incapacité à partager la charge parentale de manière équitable (Bailey et al., 2012 ; Siverns et Morgan, 2019). Ces comportements peuvent à leur tour générer des sentiments de frustration ou de désengagement chez le·la partenaire, créant ainsi un cercle vicieux de coopération insuffisante et de tension relationnelle. De plus, la parentalité est une période qui peut réactiver des blessures liées aux traumatismes de l'enfance, en raison des similitudes entre les besoins émotionnels d'un enfant et les besoins non satisfaits que le parent a pu expérimenter durant sa propre enfance (Berthelot et al., 2015 ; Chamberlain et al., 2019 ; Greene et al., 2020 ; Siverns et Morgan, 2019). Pour les survivant·e·s de TCE, cette activation émotionnelle peut accroître la difficulté à naviguer dans des tâches parentales et à gérer les conflits susceptibles de survenir pendant cette période, affaiblissant ainsi la perception d'un partenariat équilibré et collaboratif. Cela peut également intensifier les dynamiques d'évitement ou d'hypervigilance, limitant encore davantage les opportunités de construire une alliance parentale cohésive. Finalement, les résultats suggèrent que ces difficultés dans l'alliance parentale semblent jouer un rôle important dans la relation entre un historique de TCE et une diminution de la satisfaction relationnelle. Lorsque l'alliance parentale est affaiblie par une histoire marquée par différents types de traumatismes, les deux parents peuvent ressentir un manque de soutien et une surcharge émotionnelle ou pratique de la part de l'autre, ce qui peut éroder leur relation et impacter négativement la satisfaction relationnelle.

Enfin, les résultats de cette thèse offrent un éclairage sur la manière dont les cadres théoriques du modèle de vulnérabilité-stress-adaptation (VSA ; Karney et Bradbury, 1995) et du modèle d'adaptation du couple au stress traumatique (CATS ; Goff et Smith, 2005) peuvent être mobilisés pour comprendre les impacts d'un historique de TCE sur la satisfaction relationnelle à l'âge adulte.

En premier lieu, les résultats de la présente thèse s'alignent avec le modèle VSA (Karney et Bradbury, 1995), selon lequel un historique de TCE constitue une vulnérabilité individuelle

pouvant compromettre la capacité d'un couple à bien gérer les stressés relationnels. Les survivant·e·s de TCE peuvent, par exemple, éprouver des difficultés à réguler leurs émotions, à exprimer leurs besoins de manière claire ou à résoudre les conflits de façon constructive. Ces vulnérabilités individuelles peuvent non seulement affecter directement leur propre bien-être, mais aussi devenir des sources de frustration ou de ressentiment envers leur partenaire. Les résultats de cette thèse appuient également l'idée d'un cycle d'interactions défavorables, où l'historique de TCE d'un individu est associé négativement non seulement à ses propres niveaux de satisfaction relationnelle, mais également à ceux de son·sa partenaire (McNulty et al., 2021). Par exemple, un partenaire ayant des antécédents de TCE peut adopter des comportements d'évitement ou de retrait affectif, créant des tensions ou des malentendus au sein du couple. Ces comportements, souvent motivés par un mécanisme d'autoprotection, peuvent être perçus par le·la partenaire comme un désintérêt ou un manque d'engagement, ce qui alimente un cercle vicieux d'interactions négatives. Le deuxième article complète ces conclusions en indiquant que, dans le contexte des couples accueillant un enfant, ces vulnérabilités peuvent être particulièrement exacerbées. La transition à la parentalité, identifiée comme un stresser majeur dans le modèle VSA, accroît les exigences relationnelles et met en lumière les limites des processus adaptatifs des couples. Les résultats suggèrent ainsi que les couples où un ou les deux partenaires rapportent un historique de TCE pourraient être particulièrement à risque de voir leur satisfaction relationnelle diminuer au cours de cette période de stress majeur.

Les résultats de cette thèse s'articulent également avec le modèle CATS (Goff et Smith, 2005), qui conceptualise les interactions dynamiques entre les traumatismes primaires vécus par un partenaire et les effets secondaires qu'ils génèrent chez l'autre membre du couple. Ces effets secondaires incluent le phénomène de stress traumatique secondaire, qui se produit lorsque les exigences émotionnelles et relationnelles afin de soutenir un partenaire ayant des antécédents de TCE génèrent une détresse psychologique chez l'autre. Cela peut inclure des symptômes tels que l'irritabilité, l'épuisement émotionnel et une perception accrue des conflits relationnels. En retour, ces effets exacerbent les tensions dans la relation, ce qui est susceptible de diminuer les niveaux de satisfaction relationnelle des deux partenaires. Les résultats de la présente thèse appuient et enrichissent donc cette perspective systémique. En identifiant l'attachement évitant et l'alliance parentale comme variables modulant la relation entre un historique de TCE et la satisfaction

relationnelle, cette recherche doctorale propose une extension du modèle CATS, puisque ces variables semblent jouer un rôle crucial dans la régulation des interactions négatives et dans la promotion de dynamiques relationnelles satisfaisantes. De fait, un attachement plus sécurisant ou une alliance parentale cohésive pourrait atténuer les effets du stress traumatique, renforçant ainsi la résilience du couple face aux antécédents traumatiques.

Cette thèse propose finalement une vision intégrative où ces deux cadres théoriques peuvent être combinés pour mieux comprendre les dynamiques complexes des couples touchés par un historique de TCE. Alors que le modèle VSA met en lumière les processus adaptatifs nécessaires pour faire face aux stressors, le modèle CATS permet de conceptualiser les mécanismes circulaires qui amplifient ou atténuent les impacts traumatiques au sein du couple. La présente recherche doctorale offre ainsi une perspective précieuse sur les processus adaptatifs pouvant moduler et/ou expliquer les effets d'un historique de TCE à l'âge adulte. En intégrant cette perspective, il devient plus clair que les couples confrontés à des vulnérabilités telles qu'un historique de TCE peuvent bénéficier de stratégies adaptatives, comme des comportements d'attachement plus sécurisants (p. ex., comportements d'intimité favorisant l'empathie, la compréhension mutuelle et une gestion plus constructive des conflits ; Brassard et al., 2017) et de bons niveaux d'alliance parentale (une collaboration efficace et un soutien mutuel ; Feinberg et al., 2003 ; Bouchard, 2014), permettant d'amortir les effets des vulnérabilités individuelles sur la satisfaction relationnelle du couple.

En définitive, cette thèse contribue à l'avancement des connaissances portant sur les mécanismes sous-jacents liant un historique de TCE à la satisfaction relationnelle, en précisant le rôle des facteurs intrapersonnel et interpersonnel dans cette relation. Elle souligne également que les relations intimes sont à la fois des espaces où se manifestent les vulnérabilités liées à un historique de TCE et des terrains potentiels de réparation des expériences traumatiques passées.

Ces constats sont directement explorés dans le troisième article de cette thèse, qui met l'accent sur des approches d'interventions psychothérapeutiques visant à renforcer ces leviers relationnels. En particulier, cet article propose des pistes concrètes pour favoriser des dynamiques plus sécurisantes au sein des couples, notamment lors de période charnière comme la transition à la parentalité. Ces interventions s'appuient sur les résultats empiriques des deux premières études, traduisant les mécanismes identifiés en recommandations cliniques, telles que le développement d'un

attachement sécurisant et d'une alliance parentale solide. Par ailleurs, cette perspective ouvre la voie aux implications cliniques des résultats de la thèse, discutées en détail dans la section suivante, fournissant des recommandations pour améliorer le bien-être relationnel des couples.

5.2 Implications cliniques

En mettant l'accent sur des processus adaptatifs, tels qu'un moindre évitement de l'intimité et l'établissement d'une alliance parentale cohésive, cette thèse offre non seulement des contributions empiriques et théoriques, mais également des suggestions cliniques pour améliorer le bien-être relationnel des couples confrontés à un historique de TCE. Les résultats des deux premières études trouvent ainsi une application directe dans le troisième article, qui explore des approches psychothérapeutiques pour renforcer ces leviers relationnels, notamment lors des transitions de vie comme la naissance d'un enfant.

5.2.1 Interventions concernant les traumatismes interpersonnels en enfance

D'abord, la prévalence élevée des antécédents de TIE, ainsi que leurs effets révélés sur la satisfaction relationnelle de chaque partenaire dans les deux premières études, soulignent la nécessité de poursuivre les efforts de prévention dans ce domaine. En effet, étant donné leur prévalence, reconnaître l'impact de ces expériences traumatiques est essentiel d'un point de vue sociétal, scientifique, théorique et clinique (Tebes et al., 2019). Cela implique notamment de sensibiliser les professionnel·le·s à la prévalence des TIE, ainsi qu'au caractère particulièrement délétère lié à leur aspect cumulatif. Il est également crucial de les conscientiser aux impacts potentiels d'un historique de TCE sur les relations intimes et parentales, ainsi qu'aux ressources et trajectoires de résilience des survivant·e·s et de leurs partenaires.

Nos résultats suggèrent donc de former les professionnel·le·s à l'importance d'évaluer systématiquement l'histoire développementale des individus et les antécédents de différents types de TIE, ainsi que ceux de leur partenaire s'ils sont en relation, considérant le fait qu'un·e survivant·e·s de TCE a une forte chance d'avoir un·e partenaire rapportant également un historique traumatique. Pourtant, des études indiquent que cette pratique ne serait pas encore suffisamment répandue (p. ex., SAMHSA, 2014 ; Weinreb et al., 2010).

Pour ce faire, il est recommandé de privilégier une évaluation objective de l'expérience traumatique. Cela peut inclure l'utilisation de questionnaires auto-rapportés, tels que ceux employés dans la présente thèse, ainsi que des questions spécifiques comme « *comment vos figures parentales réagissaient-elles à vos émotions ?* ». À l'inverse, il est préférable d'éviter les évaluations subjectives qui reposent sur des questions générales telles que « *avez-vous vécu des expériences traumatiques ?* », car elles peuvent limiter la précision et la richesse des informations recueillies. En effet, il est fréquent que les individus ne se perçoivent pas nécessairement comme des « victimes » ou que l'expérience traumatique ne soit pas à leur conscience, bien que les effets du traumatisme puissent néanmoins être présents et influencer le processus thérapeutique (Read et al., 2007). Afin de maximiser l'efficacité de l'évaluation d'un historique traumatique, il est recommandé d'adopter une approche holistique et sensible. Cela inclut une écoute active, la création d'un espace sécurisant pour le dévoilement, l'information sur les ressources disponibles et les possibles recours, tout en respectant le rythme et les besoins de la personne. Les professionnel·le·s doivent également être formé·e·s à déconstruire les mythes entourant les traumas, tels que ceux qui perpétuent le blâme ou la honte et à informer les survivant·e·s et leurs partenaires sur les réactions typiques associées aux TIE. Ces étapes permettent de réduire les perceptions négatives et les biais internes des survivant·e·s, tout en favorisant une meilleure compréhension mutuelle au sein des couples (pour plus de détails sur l'évaluation en contexte de traumas interpersonnels, voir : Godbout et al., 2026 ; Milot et al., 2018).

Que ce soit pour les couples éprouvant des difficultés relationnelles en général ou plus particulièrement après la naissance d'un enfant, il est important de reconnaître dans les interventions que ces expériences traumatiques peuvent apporter des défis supplémentaires dans l'expérience relationnelle et parentale des survivant·e·s. Nos résultats mettent ainsi en évidence l'importance de former les psychothérapeutes à offrir des interventions sensibles aux traumatismes qui prennent en compte à la fois les effets individuels et dyadiques des TCE sur la sphère relationnelle à l'âge adulte. Plus précisément, les approches sensibles aux traumatismes s'appuient sur des piliers d'intervention (p. ex., les 4 R : réaliser, reconnaître, répondre et résister à la retraumatisation) et des principes clés visant à établir un environnement sécuritaire, à promouvoir l'autonomie et la transparence (pour plus de détails, voir Godbout et al., 2026 ; Milot et al., 2018 ; SAMHSA, 2014 ; Tebes et al., 2019). En effet, pour exercer efficacement auprès de cette

population, il est primordial que les professionnel·le·s comprennent l'impact des traumatismes interpersonnels et de leur cumul sur le fonctionnement adulte, ainsi que sur la complexité des symptômes traumatiques (Briere et Scott 2014 ; Godbout et al., 2026). En définitive, si le travail thérapeutique avec les survivant·e·s de TCE peut présenter certains défis (p. ex., plus grande difficulté à faire confiance), il implique de faire usage de patience, de flexibilité et de bienveillance face à une réalité souvent complexe. Face à une telle posture, de nombreux survivant·e·s de traumatismes révèlent une capacité remarquable à surmonter ces défis relationnels et à faire des progrès significatifs dans leur cheminement thérapeutique (Godbout et al., 2026 ; MacIntosh, 2019, 2024).

5.2.2 Interventions concernant l'attachement romantique

D'après nos résultats, l'attachement romantique joue un rôle central dans la dynamique relationnelle des couples où au moins un·e des partenaires est survivant·e·s de TCE. Ces données soulignent la pertinence pour les clinicien·ne·s de cibler les insécurités d'attachement (c.-à-d., attachement évitant et attachement anxieux) dans leur pratique, afin de permettre aux couples de mieux comprendre et répondre aux besoins émotionnels de chacun des partenaires et pour de viser une satisfaction relationnelle plus élevée. Dans le cas des survivant·e·s de TCE ayant de hauts niveaux d'attachement évitant, une exploration et une acceptation progressives de leurs émotions pourraient être encouragées. Cela inclut l'incitation à partager ces émotions avec leur partenaire lorsqu'ils·elles commencent à se sentir plus en sécurité dans la relation. Ce processus pourrait également aider leur partenaire à percevoir et à comprendre la vulnérabilité sous-jacente qui accompagne souvent les comportements d'évitement. Par exemple, les clinicien·ne·s pourraient guider les couples dans l'apprentissage de la reconnaissance mutuelle des besoins d'attachement : pour le·la survivant·e, exprimer ses craintes et besoins d'intimité ; pour le·la partenaire, développer une réponse empathique et rassurante qui valide les émotions exprimées. En mettant l'accent sur cette dynamique d'échange et de validation, les couples sont susceptibles de mieux naviguer les tensions liées aux comportements d'évitement, dans l'objectif d'atteindre à long terme un attachement sécurisant, améliorant la satisfaction relationnelle de chaque membre du couple.

Ces observations renforcent ainsi l'importance des interventions psychothérapeutiques ciblées sur les dynamiques d'attachement. Par exemple, la thérapie de couple centrée sur les émotions peut permettre aux partenaires de coconstruire un environnement émotionnel sécuritaire (Greenberg,

1988 ; Johnson et Greenberg, 1988). En effet, cette thérapie, ancrée dans la théorie de l'attachement, résonne directement avec les résultats de cette thèse qui suggèrent qu'un moindre évitement de l'intimité contribue à une satisfaction relationnelle plus élevée. Cette thérapie a d'ailleurs été démontrée comme efficace dans la réduction de la détresse relationnelle chez les personnes ayant des antécédents de TIE (Dalton et al., 2013 ; Greenman et Johnson, 2012) puisqu'elle permet la création de nouvelles expériences d'attachement au sein de la relation de couple, restructurant ainsi les effets délétères découlant de l'expérience traumatique. Plus particulièrement, le couple peut constituer un espace propice à la résolution des TIE, notamment grâce à une approche psychothérapeutique qui, en impliquant les deux partenaires, vise à créer un lien d'attachement sécurisant pour chacun (Johnson et Greenman, 2006 ; Johnson et Williams-Keeler 1998 ; MacIntosh et Johnson, 2008).

Pourtant, il est fréquent que les partenaires des survivant·e·s TIE indiquent se sentir mis de côté dans le processus thérapeutique (Godbout et al., 2013). Par le fait même, les résultats de la thèse vont dans le sens des idées avancées par celles d'expert·e·s dans le domaine (Godbout et al., 2026) et, ainsi, viennent souligner l'utilité d'une psychothérapie de couple pour les personnes survivantes de TCE. Des interventions adaptées aux personnes ayant vécu un TCE, telles que celles proposées par MacIntosh (2019, 2024), peuvent donc jouer un rôle crucial dans la guérison des blessures relationnelles profondes laissées par des expériences traumatiques interpersonnelles. Cette approche thérapeutique se concentre sur la reconstruction des relations affectées par les TIE, en intégrant notamment des stratégies de régulation émotionnelle, de réparation des insécurités d'attachement et de renforcement des compétences individuelles (p. ex., régulation émotionnelle) relationnelles (p. ex., résolution des conflits). Elle vise à aider les partenaires à reconstruire la confiance, à réduire les conflits et à promouvoir une communication plus saine, tout en tenant compte des défis uniques posés par un historique de TCE au fil du temps (Godbout et al., 2026 ; MacInstosh, 2019, 2024). En définitive, ces différentes interventions s'alignent sur les conclusions de cette thèse en mettant l'accent sur la transformation des modèles relationnels délétères en dynamiques sécurisantes et constructives.

5.2.3 Interventions concernant l'alliance parentale

Les résultats de cette thèse invitent également à envisager des interventions spécifiques pour accompagner les couples accueillant un enfant, en prenant en compte les interactions entre les vulnérabilités individuelles et les exigences relationnelles, comme proposées dans le troisième article de la thèse. Ils suggèrent également que l'alliance parentale peut représenter une cible importante sur laquelle intervenir, en particulier lorsque l'un des parents est un·e survivant·e·s de TCE. D'ailleurs, ces conclusions appuient les recommandations des expert·e·s travaillant avec les parents concernant l'importance de favoriser une alliance parentale cohésive (Campbell, 2023 ; Lévesque et al., 2020 ; Pilkington et al., 2019 ; Pinquart et Teubert, 2010 ; Refaeli et al., 2024 ; Xiao et Loke, 2021). Plusieurs travaux indiquent en effet que l'alliance parentale constitue une dimension malléable et susceptible d'être renforcée par des interventions spécifiques, même en contexte de vulnérabilité psychosociale ou traumatique (Petch et al., 2012 ; Pilkington et al., 2018 ; Philipp et al., 2025). Plus précisément, les différents programmes ayant démontré leur efficacité partagent un certain nombre de caractéristiques communes. Ils visent notamment à renforcer la communication et la coordination entre les parents, à soutenir le développement de compétences coparentales et à favoriser une meilleure compréhension des rôles et responsabilités de chacun au sein de la dyade parentale (Petch et al., 2012 ; Philipp et al., 2025). Par ailleurs, plusieurs auteurs soulignent l'importance de soutenir activement la confiance parentale, en particulier celle du parent le plus à risque de se désengager ou de se sentir incompetent (Pilkington et al., 2018). D'autres travaux mettent en évidence la pertinence d'interventions ciblant la réduction de l'hostilité, l'amélioration de la régulation émotionnelle et la capacité à maintenir des échanges constructifs lors de situations de stress ou de désaccords (Miller-Graff et al., 2016).

Ces données empiriques convergent avec les résultats de la présente thèse et soutiennent l'idée que l'alliance parentale constitue un processus adaptatif, sensible aux contextes de stress et aux vulnérabilités individuelles, mais également un point d'entrée particulièrement pertinent sur lequel intervenir cliniquement. En effet, intervenir sur l'alliance parentale permet non seulement de soutenir la satisfaction relationnelle du couple, mais également de prévenir ou d'atténuer les effets délétères associés à un vécu de TCE pour le couple parental. Ainsi, l'examen conjoint des antécédents de TCE, de la qualité de l'alliance parentale et de la satisfaction relationnelle apparaît essentiel pour orienter le développement d'interventions adaptées aux besoins spécifiques des

familles. Les clinicien·ne·s peuvent jouer un rôle clé en accompagnant les couples parentaux dans l'amélioration de leur communication, de leur coopération et de leur soutien mutuel, tout en offrant un espace de reconnaissance et de validation des expériences traumatiques passées, en reconnaissant les défis auxquels ils·elles ont été confrontés et leurs efforts pour établir des relations amoureuses et parentales saines, malgré leur histoire traumatique et les craintes qui peuvent y être associées (Greene et al., 2020 ; MacIntosh et Menard, 2021).

Le troisième article de la thèse permet d'affiner ces implications cliniques en discutant en détail la transition parentale, une période cruciale qui peut profondément influencer la satisfaction relationnelle des coparents (Bogdan et al., 2022 ; Doss et Rhoades, 2017 ; Trillingsgaard et al., 2014). En se concentrant sur les changements majeurs qui surviennent lors de cette période clé, il offre des pistes cliniques concrètes pour aider les couples à naviguer dans cette étape de vie. Typiquement, cet article met en lumière plusieurs interventions comportementales et cognitives visant à améliorer la qualité de l'alliance parentale, ainsi que la satisfaction relationnelle et sexuelle des couples nouvellement parents. En proposant des suggestions pour l'évaluation et l'intervention auprès des couples pendant cette période, il enrichit les recommandations précédentes en offrant des stratégies pratiques adaptées à cette transition de vie. Finalement, en intégrant ces recommandations, les clinicien·ne·s pourront adresser les défis spécifiques rencontrés par les couples nouvellement parents, notamment ceux ayant des antécédents de TCE. Les suggestions de cet article en ce qui a trait à la recherche et à la pratique future soulignent également l'importance de continuer à développer les connaissances pour soutenir efficacement les couples parentaux. Ces observations sont particulièrement pertinentes, puisqu'une récente revue systématique révèle que la majorité des interventions auprès des nouveaux parents se sont concentrées sur les mères et les dyades mère-enfant, avec peu d'interventions ciblant les couples et aucune ne s'adressant aux pères ou aux dyades père-enfant (Refaeli et al., 2024).

En outre, cette thèse met en lumière la nécessité d'adapter les pratiques cliniques pour mieux répondre aux défis uniques posés par un historique de TCE et son impact sur les relations de couple à l'âge adulte. En discutant des rôles de l'attachement romantique et de l'alliance parentale, elle offre des pistes précieuses pour des interventions sensibles aux besoins des survivant·e·s de traumatismes et de leurs partenaires. En se concentrant sur une approche intégrative prenant en

compte à la fois les dimensions individuelles et dyadiques des expériences traumatiques, les professionnel·le·s peuvent ainsi développer des stratégies pour soutenir les couples et les familles. En définitive, cette thèse appelle à une pratique clinique éclairée et sensible au trauma, visant à renforcer la résilience des survivant·e·s et à favoriser des relations saines et épanouissantes.

5.3 Limites et pistes pour les recherches futures

Les études composant cette thèse ne sont pas exemptes de certaines limites. Cette section vise à en discuter et à proposer des pistes pour les recherches futures.

D'abord, l'utilisation exclusive dans les deux études de mesures auto-rapportées via des questionnaires rétrospectifs présente des limites inhérentes, telles que des biais de rappel et de désirabilité sociale (Krayem et al., 2021). Bien que ces outils soient considérés comme fiables pour évaluer les expériences traumatiques (Baldwin et al., 2019), ils demeurent sensibles à ces biais qui peuvent potentiellement influencer les résultats en sous-estimant, voir en surestimant, les taux de traumatismes, et ne donnent accès qu'à une perspective subjective des participants. Par ailleurs, le moment où les participants remplissent les questionnaires peut avoir un impact sur leurs réponses en raison des fluctuations dans leur état émotionnel et mental au moment de la passation des questionnaires (Schwartz et Stone, 2007). Par exemple, un participant confronté à une situation stressante, comme un conflit avec son partenaire, pourrait percevoir sa relation de manière biaisée au moment de remplir le questionnaire. Concernant la première étude, certaines de ces limites ont possiblement été atténuées par le fait que les intervieweurs étaient des professionnels expérimentés. À ce propos, des recherches ont indiqué que les entretiens téléphoniques constituent une méthode de récolte de données valide, même pour des variables sensibles (Kraus et Augustin, 2001). À cela s'ajoute le risque de biais de méthode commune, lié au fait que l'ensemble des variables a été mesuré auprès des mêmes répondant·e·s, au même moment et à l'aide d'un même mode d'évaluation. Ce type de biais peut contribuer à une surestimation artificielle des associations observées entre les variables, en raison notamment de facteurs partagés, tels que le style de réponse, l'état émotionnel au moment de la passation ou certaines tendances cognitives individuelles (Podsakoff et al., 2003). Pour pallier ces limites, l'adoption de protocoles de recherche multiméthodes serait recommandée. Par exemple, des devis mixtes combinant des questionnaires quantitatifs avec des approches qualitatives telles que des entrevues semi-dirigées, ou des mesures

comportementales objectives basées sur l'observation en laboratoire (p. ex., Bélanger et al., 1993) pourraient enrichir les résultats. Les entrevues semi-dirigées permettraient d'explorer en profondeur les expériences des participants, apportant des nuances supplémentaires sur leurs perceptions et vécus, tout en complétant les données quantitatives issues des questionnaires auto-rapportés. Par ailleurs, l'observation des interactions relationnelles dans des contextes standardisés fournirait des données comportementales précises en capturant des dynamiques réelles et spontanées, réduisant les biais d'auto-évaluation.

Ensuite, les deux premières études de cette thèse, basées sur des devis transversaux, ne permettent pas d'établir de manière définitive la direction ou la causalité des liens observés. À l'exception de l'historique de TCE, qui se situe clairement dans le cadre temporel de l'enfance, et le fait que la relation de couple soit contemporaine, il est difficile de déterminer la direction des liens entre l'alliance parentale, l'attachement romantique et la satisfaction relationnelle. Des devis longitudinaux seraient nécessaires pour explorer l'évolution des effets des TCE sur la satisfaction relationnelle et pour clarifier les éventuelles relations bidirectionnelles entre les variables à l'étude. Des études futures devraient également continuer d'explorer les mécanismes sous-jacents aux relations observées, en étudiant d'autres variables susceptibles d'influencer les variables d'intérêt de la thèse (p. ex., communication, soutien, problèmes de santé mentale, etc.).

Une autre limite concerne la composition des échantillons. Bien que les deux études aient inclus des couples à différentes étapes du cycle de vie — soit des couples plus âgés et établis dans l'étude 1, et des couples plus jeunes accueillant un enfant dans l'étude 2 —, ce qui constitue une force méthodologique, les participant·e·s demeurent relativement homogènes sur le plan sociodémographique. En effet, les échantillons sont majoritairement composés de couples hétérosexuels⁶, caucasiens et présentant un niveau socioéconomique relativement favorisé, ce qui

⁶ Une limite concerne le choix méthodologique d'exclure les couples issus de la diversité sexuelle des analyses finales. Bien que ces couples aient initialement été inclus, leur nombre très restreint ne permettait ni de réaliser des analyses dyadiques suffisamment robustes, ni d'examiner adéquatement les effets liés au genre, lesquels constituaient un axe central de la thèse. Cette décision visait avant tout à éviter toute interprétation erronée ou dilution des effets observés. Cela souligne la nécessité de développer des recherches spécifiquement conçues pour étudier les dynamiques relationnelles et parentales au sein des familles issues de la diversité sexuelle et de genre, à partir d'échantillons suffisamment représentatifs, afin de représenter adéquatement leurs réalités.

limite la généralisation des résultats à des populations plus diversifiées, notamment les couples issus de la diversité sexuelle, de genre, culturelle ou socioéconomique. À cet égard, certaines caractéristiques propres à ces groupes — telles que l'exposition accrue à la discrimination, à la précarité financière ou à des stressseurs sociaux chroniques — peuvent influencer les dynamiques relationnelles et parentales, de même que les processus d'attachement et d'alliance parentale. Les écrits soulignent d'ailleurs l'importance de mieux documenter ces réalités encore sous-représentées dans les études, afin de mieux comprendre leurs expériences et d'élargir la portée des résultats scientifiques (McGorray et al., 2023 ; Spengler et al., 2020), point sur lequel les recherches futures devront se concentrer. Par ailleurs, le contexte socioculturel particulier du Québec constitue une autre limite à considérer dans l'interprétation des résultats de la deuxième étude. Les politiques familiales québécoises, notamment en matière de congé parental, sont parmi les plus favorables dans le monde. Ces conditions peuvent favoriser une plus grande implication parentale, une meilleure répartition des rôles et un soutien accru au sein du couple, limitant ainsi la généralisation des résultats à des contextes où les ressources institutionnelles sont plus restreintes.

Enfin, un biais de sélection est également à considérer. Les couples ayant participé aux études présentent globalement des niveaux élevés de satisfaction relationnelle, ce qui est corroboré par les données suggérant que les couples plus fonctionnels sont davantage enclins à participer à des études portant sur la vie relationnelle (Girme et al., 2019). Il est donc possible que les couples présentant une détresse relationnelle plus marquée ou des difficultés psychosociales plus importantes aient été sous-représentés. Par conséquent, de futures recherches gagneraient à inclure des échantillons présentant un niveau de risque psychosocial plus élevé, notamment des parents présentant des symptômes de détresse relationnelle cliniquement significatifs et des facteurs de risque associés à la transmission intergénérationnelle de la maltraitance ou de la négligence. Cette intégration permettrait de mieux cerner les mécanismes par lesquels les vulnérabilités individuelles et contextuelles interagissent avec l'alliance parentale et la satisfaction relationnelle, et d'accroître la portée clinique et préventive des modèles issus de la présente thèse.

Concernant les limites propre à la troisième étude, il est à noter qu'elle repose sur une recension d'écrits et des recommandations cliniques. La méthodologie de la recension des écrits gagnerait à être améliorée pour assurer sa fiabilité, par exemple en utilisant des revues systématiques ou des

méta-analyses qui offrent une synthèse rigoureuse et exhaustive des connaissances empiriques actuelles. De plus, les recommandations basées sur la recherche existante peuvent ne pas s'appliquer de manière égale à toutes les populations de parents en raison des différences culturelles et contextuelles. Qui plus est, la mise en œuvre des interventions recommandées peut être complexe et nécessiter des ressources importantes en ce qui concerne la formation pour les psychothérapeutes. Pour pallier ces limites, il serait pertinent de conduire des études expérimentales pour tester l'efficacité des interventions comportementales et cognitives proposées. Il serait également bénéfique de développer des interventions adaptées aux contextes culturels et socio-économiques variés pour garantir leur pertinence et leur efficacité auprès de différentes populations. Des évaluations à long terme des effets des interventions sur la satisfaction relationnelle et le bien-être des parents et des enfants seraient également nécessaires.

CONCLUSION

Cette thèse permet d'accroître les connaissances concernant les liens qui unissent un historique de traumatismes cumulatifs en enfance (TCE) et la satisfaction relationnelle à l'âge adulte, en adoptant une approche dyadique. Ceci a été rendu possible par l'étude de deux échantillons distincts de couples issus de la population générale. En explorant des mécanismes intrapersonnel et interpersonnel, tels que l'attachement romantique et l'alliance parentale, cette thèse vise à mieux comprendre les dynamiques relationnelles des survivant·e·s de TCE, tant dans des contextes relationnels établis que lors de périodes de transition, comme lors de la naissance d'un enfant. Les résultats soulignent le rôle modérateur de l'attachement évitant (étude 1) et le rôle indirect de l'alliance parentale (étude 2), dans la relation entre un historique de TCE et la satisfaction relationnelle des survivant·e·s et de leurs partenaires. Ces résultats mettent en évidence l'importance des processus relationnels dans l'ajustement des couples confrontés à des vulnérabilités personnelles liées à un historique traumatique. En effet, cette thèse apporte une contribution significative en révélant l'impact réciproque des expériences traumatiques, suggérant que certaines dimensions, telles qu'un faible attachement évitant et une alliance parentale cohésive, peuvent moduler les effets négatifs du TCE sur la satisfaction relationnelle des survivant·e·s et de leurs partenaires. Ces résultats enrichissent la compréhension des facteurs de risque et de protection propres aux relations de couple des survivant·e·s de TCE. Elle met également de l'avant des pistes concrètes pour mettre en œuvre des interventions ciblées visant à améliorer la satisfaction relationnelle et à soutenir les couples dans des périodes de transition critique, telle que celle liée à parentalité (étude 3). En somme, les retombées de cette thèse, empiriques, théorique et cliniques, ouvrent de nouvelles perspectives pour accompagner cliniquement les survivant·e·s de TCE et leurs partenaires. Finalement, ces conclusions indiquent que les relations intimes agissent à la fois comme des lieux où s'expriment les effets d'un historique de TCE, et comme des contextes favorables à la reconstruction après de telles expériences traumatiques.

ANNEXE A

Formulaires de consentements

Première étude



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,

Préambule

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche.

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

Afin de vous remercier de votre participation, une compensation financière de 10\$ par conjoint (20\$ par couple) vous sera remise, sous la forme de carte cadeau.

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](mailto:cierreh@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 _____

Deuxième étude



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche : Étude sur le bien-être des couples parentaux

Chercheur responsable : Natacha, Godbout, Ph.D., Université du Québec à Montréal ; Alison Paradis, Ph.D., Université du Québec à Montréal

Membres de l'équipe : Membres du Laboratoire TRACE, Université du Québec à Montréal

Coordonnatrice : Pelletier, Stéphanie, pelletier.stephanie@uqam.ca N-7490, #2752

Organisme de financement : CRSH – Conseil de recherche en sciences humaines

Préambule

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche.

Avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire, il est important de prendre le temps de lire et de bien comprendre les renseignements ci-dessous. S'il y a des mots ou des sections que vous ne comprenez pas ou qui ne semblent pas clairs, n'hésitez pas à nous à poser des questions ou à communiquer avec le responsable du projet ou le coordonnateur de recherche.

Objectifs du projet

La naissance d'un enfant représente un événement de vie majeur pour de nombreux couples. Elle peut toutefois s'accompagner de nombreux changements dans le fonctionnement psychosocial de chaque conjoint et du couple parental. Elle peut aussi créer une pression supplémentaire sur ses ressources émotionnelles et matérielles. Ainsi, à la naissance de l'enfant, certains couples rapporteront plus de difficultés que d'autres à combiner leur nouveau rôle de parent et leur rôle de conjoint. Peu d'études se sont intéressées au vécu du couple parental suite à l'arrivée de l'enfant,

au bagage historique que porte chaque parent avec lui et comment tous ces facteurs interagissent ensemble dans le fonctionnement du couple.

Ainsi, ce projet vise à mieux comprendre les relations entre l'historique familial et le bien-être psychologique et relationnel des couples de nouveaux parents via l'exploration des mécanismes sous-jacents au bien-être ainsi que les facteurs de protection qui sont en jeu. Votre participation est cruciale, car elle pourra permettre d'obtenir d'importantes informations pour le développement de programmes éducatifs et préventifs des problèmes psychologiques et relationnels des couples parentaux. Ce projet aura aussi des avantages pour vous, en tant que parents et pour vos enfants, puisque la qualité de la relation du couple parental contribue à votre façon d'être parent et ainsi, au développement de votre enfant.

Nature de la participation

Votre participation consiste à répondre, trois fois, à un questionnaire en ligne via la plateforme *Qualtrics* et qui nécessitera environ 45 minutes de votre temps (270 questions à choix multiples). Ce questionnaire doit être rempli de façon individuelle et sans consulter votre conjoint(e). Lors de votre participation, un code alphanumérique vous sera attribué. Il sera important de le conserver précieusement dans vos dossiers. Le questionnaire porte sur votre historique familial, le bien-être psychologique, le bien-être relationnel et sexuel, la régulation des émotions, l'attachement, la présence attentive/pleine conscience, le soutien conjugal et les habiletés de communication. Un sous-groupe de participants sera invité à participer à une tâche d'observation impliquant une interaction conjugale filmée. Plus d'informations et un formulaire de consentement propre à cela sera à signer (on en parle plus loin).

Avantages

Il peut être bénéfique pour vous de pouvoir réfléchir à ce que vous vivez actuellement sans crainte de jugement. De plus, votre participation contribuera à l'avancement des connaissances sur le bien-être psychologique et relationnel des couples parentaux, comme vous, afin que des améliorations puissent être apportées aux programmes éducatifs et préventifs déjà existants, et aux interventions ciblant les couples de parents.

Risques et inconvénients

Il est possible que vous viviez des désagréments en raison du temps qui est requis pour votre participation. Certains items du questionnaire pourraient aussi raviver des émotions désagréables liées à votre expérience de vie. Le cas échéant, vous êtes invités à contacter l'équipe de recherche et une liste de références vous est systématiquement remise par mesure de prévention.

Compensation

Afin de vous remercier de votre participation, une compensation financière de 20\$ par conjoint (40\$ par couple) vous sera remise, sous la forme de carte cadeau.

Confidentialité

Il est entendu que tous les renseignements recueillis sont confidentiels. Seuls les membres de l'équipe de recherche y auront accès. Vos données de recherche ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sur un serveur institutionnel de l'UQAM sécurisé au laboratoire de recherche de la responsable du projet pour la durée totale du projet. De plus, afin de protéger votre identité et la confidentialité de vos données, vous serez toujours identifié par un code alphanumérique. Ce code associé à votre nom ne sera connu que du responsable du projet et de l'assistant de recherche chargé de la codification. Les données seront conservées jusqu'à cinq ans après la fin de la recherche. Vos données seront effacées de l'ordinateur à ce moment. Les documents papier seront déchiquetés de façon confidentielle au moment où les données seront effacées.

Participation volontaire et droit de retrait

Nous tenons à préciser que votre participation à ce projet est tout à fait volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure. Cela signifie également que vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche, sans préjudice de quelque nature que ce soit, et sans avoir à vous justifier. Dans ce cas, et à moins d'une directive verbale ou écrite contraire de votre part, les documents, renseignements et données vous concernant seront détruits.

Le responsable du projet peut mettre fin à votre participation, sans votre consentement, s'il estime que votre bien-être ou celui des autres participants est compromis ou bien si vous ne respectez pas les consignes du projet.

Suivi

Pour s'assurer de la continuité du projet, nous vous invitons à ajouter vos coordonnées afin que notre équipe puisse vous envoyer le questionnaire pour les deux autres temps de mesure, soit dans un an, et dans deux ans.

Adresse postale :

Adresse courriel :

Volet *Interaction de couple*

Consentez-vous à ce qu'un membre de notre équipe de recherche vous contacte par téléphone pour vous donner toutes les informations nécessaires sur le volet *Interaction de couple*? Ce volet implique une discussion filmée de 15 minutes. En cochant « oui » vous pourrez accepter ou refuser de participer lors de votre entretien téléphonique, une fois que vous aurez toutes les informations nécessaires à votre consentement libre et éclairé.

Oui **Non**

Numéro de téléphone pour vous joindre :

Vos données de recherche seront rendues anonymes et conservées pendant cinq ans au terme du projet. Nous souhaitons les utiliser dans d'autres projets de recherche similaires. Vous êtes libre de refuser cette utilisation secondaire.

J'accepte que mes données 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, le(s) commanditaire(s) ou l'institution impliquée (ou les institutions impliquées) de leurs obligations civiles et professionnelles.

Personnes-ressources :

Vous pouvez contacter le responsable du projet au numéro (514) 987-3000 poste 6590 pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez discuter avec lui, ou le coordonnateur du projet au numéro (514) 987-3000 poste 2752 des conditions dans lesquelles se déroule votre participation.

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a approuvé ce projet et en assure le suivi. Pour toute information vous pouvez communiquer avec 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. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des principaux résultats de cette recherche, veuillez cocher la case appropriée :

Oui, je voudrais obtenir un résumé des résultats Oui Non

Consentement du participant : Par la présente, je reconnais avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement. 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. Je comprends que je peux me retirer du projet en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner.

En cochant cette case, je consens volontairement à participer à ce projet de recherche.

Oui Non

Déclaration du chercheur principal (ou de son délégué) :

Je, soussigné, déclare avoir expliqué les objectifs, la nature, les avantages, les risques du projet et autres dispositions du formulaire d'information et de consentement et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature : _____

Date : _____

Nom (lettres moulées) : _____

ANNEXE B

Instruments de mesure

Traumas cumulatifs en enfance (TCE)

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 l'attention médicale 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
11.	Enfermé/e seul/e dans une pièce durant une longue période de temps.	0 1 2 3 4 5 6
12.	Ignoré mes demandes d'attention ou ne m'adressait pas la parole.	0 1 2 3 4 5 6

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

13.	Mes parents se disaient des bêtises, se criaient par la tête, ou se rabaissaient.	0 1 2 3 4 5 6
14.	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

15.	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 :

16. 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

17. 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.

Référence :

Godbout, N., Bigras, N., et Sabourin, S. (2017). Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ) [manuscrit non publié]. Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

Satisfaction relationnelle

Pour chaque question, indiquez votre réponse en encerclant le chiffre approprié.

0	1	2	3	4	5
Jamais	Rarement	Occasionnellement	Plus souvent qu'autrement	La plupart du temps	Toujours

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Dans le dernier mois, vous est-il déjà arrivé d'envisager une séparation ou de mettre fin à votre relation? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. De façon générale, pouvez-vous dire que les choses vont bien entre vous et votre partenaire ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Vous confiez-vous à votre partenaire? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Les descriptions sur la ligne suivante correspondent à différents degrés de bonheur retrouvés dans les relations de couple. Encerchez le chiffre qui correspond le mieux au degré de bonheur de votre couple. La case centrale « heureux/se » correspond au degré de bonheur retrouvé dans la plupart des relations. Sélectionnez la case qui correspond le mieux au <u>degré de bonheur de votre couple</u> . | | | | | | |

0	1	2	3	4	5	6
Extrêmement malheureux/se	Passablement malheureux/se	Un peu malheureux/se	Heureux/s e	Très heureux/se	Extrêmement heureux/se	Parfaitement heureux/se

Référence :

Sabourin, S., Valois, P. et Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the dyadic adjustment scale with a nonparametric item analysis model. *Psychological Assessment*, 17(1), 15–27. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.1.15>

Attachement romantique

Généralement, comment-vous sentez dans votre relation amoureuse ? Répondez à chacun des énoncés en indiquant jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord.

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

1. Je m'inquiète à l'idée d'être abandonné/e.	1	2	3	4	5	6	7
2. J'ai peur que mon/ma partenaire ne soit pas autant attaché/e à moi que je le suis à lui/elle.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je m'inquiète pas mal à l'idée de perdre mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7
4. Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7
5. Je m'inquiète à l'idée de me retrouver seul/e.	1	2	3	4	5	6	7
6. Je me sens à l'aise de partager mes pensées intimes et mes sentiments avec mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7
7. J'ai un grand besoin que mon/ma partenaire me rassure de son amour.	1	2	3	4	5	6	7
8. Lorsque je n'arrive pas à faire en sorte que mon/ma partenaire s'intéresse à moi, je deviens peiné/e ou fâché/e.	1	2	3	4	5	6	7
9. Je dis à peu près tout à mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7
10. Habituellement, je discute de mes préoccupations et de mes problèmes avec mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7
11. Je me sens à l'aise de compter sur mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7
12. Cela ne me dérange pas de demander du réconfort, des conseils ou de l'aide à mon/ma partenaire.	1	2	3	4	5	6	7

Référence :

Lafontaine, M. F., Brassard, A., Lussier, Y., Valois, P., Shaver, P. R., et Johnson, S. M. (2015). Selecting the best items for a short-form of the Experiences in Close Relationships questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 32(2), 140–154. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000243>

Alliance parentale

Les questions suivantes portent sur ce qui peut se passer entre vous et votre conjoint. Il est possible qu'il n'y ait pas de choix de réponse qui corresponde exactement à ce que vous vivez, dans ce cas cochez la réponse qui se rapproche le plus de votre situation actuelle.

1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Incertain	D'accord	Fortement d'accord
1.	Mon/ma conjoint(e) apprécie se retrouver seul(e) avec notre enfant.			1 2 3 4 5
2.	Durant la grossesse, mon/ma conjoint(e) me faisait sentir qu'il/elle avait confiance en ma capacité d'être une bonne mère/un bon père.			1 2 3 4 5
3.	Lorsqu'il y a un problème avec notre enfant, mon/ma conjoint(e) et moi arrivons à trouver ensemble une solution valable.			1 2 3 4 5
4.	Mon/ma conjoint(e) et moi communiquons bien ensemble lorsque la conversation concerne notre enfant.			1 2 3 4 5
5.	Discuter de notre enfant avec mon/ma conjoint(e) est une chose que j'apprécie et que je recherche.			1 2 3 4 5
6.	Mon/ma conjoint(e) est très attentif (ve) à notre enfant.			1 2 3 4 5
7.	Mon/ma conjoint(e) et moi sommes d'accord sur ce que notre enfant doit faire et ne pas faire.			1 2 3 4 5
8.	Je me sens proche de mon/ma conjoint(e) lorsque je le/la vois jouer avec notre enfant.			1 2 3 4 5
9.	Mon/ma conjoint(e) a « le tour » avec les enfants.			1 2 3 4 5
10.	Mon/ma conjoint(e) et moi formons une bonne « équipe ».			1 2 3 4 5
11.	Mon/ma conjoint(e) considère que je suis une bonne mère/un bon père.			1 2 3 4 5
12.	Je considère que mon/ma conjoint(e) est une bonne mère/un bon père.			1 2 3 4 5
13.	Mon/ma conjoint(e) fait des choses pour rendre plus facile ma tâche de mère/père.			1 2 3 4 5
14.	Mon/ma conjoint(e) et moi avons la même façon de percevoir notre enfant.			1 2 3 4 5

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 15. Si mon/ma conjoint(e) avait à décrire (ou parler de) notre enfant, il/elle dirait à peu près les mêmes choses que moi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Lorsque notre enfant devra être puni, mon/ma conjoint(e) et moi serons d'accord sur le type de punition qu'il devra recevoir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Je fais confiance à mon/ma conjoint(e) en ce qui concerne ce qui est bien pour notre enfant. Je sens qu'il/elle a un bon jugement à ce sujet. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Mon/ma conjoint(e) me dit que je suis une bonne mère/un bon père. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Mon/ma conjoint(e) et moi partageons les mêmes objectifs en ce qui concerne notre enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Mon/ma conjoint(e) accepte de faire des sacrifices personnels pour aider à prendre soin de notre enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Référence :

Abidin, R. R., et Brunner, J. F. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(1), 31–40. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2401_4

ANNEXE C

Certificats éthiques



CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

No. de certificat : 2017-1284
Date : 02 mars 2024

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 **01 avril 2025**. 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.

Gabrielle Lebeau
Coordonnatrice du CIEREH

Pour Yanick Farmer, Ph.D.
Professeur
Président

Signé le 2024-03-02 à 20:40

NAGANO Approbation du renouvellement par le comité d'éthique
www.comite.ca

1 / 2

Exporté le 2024-11-12 10:33 par Pelletier, Stéphanie — CODE DE VALIDATION NAGANO: uqam-cac11d13-7933-4bd0-8a83-81996c37ee7 <https://uqam.nagano.ca/verification/uqam-cac11d13-7933-4bd0-8a83-81996c37ee7>

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

No. de certificat : 2018-1689

Date : 17 janvier 2023

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 : Une étude systématique du bien-être des couples parentaux: Associations avec les traumatismes interpersonnels vécus en enfance

Source de financement (le cas échéant) : CRSH

Date d'approbation initiale du projet : 22 août 2017

Cochercheurs UQAM : Alison Paradis; Catherine Herba; Martine Hébert; Stéphanie Pelletier

Cochercheurs externes : Marie-Eve Daspe (Université de Montréal)

Auxiliaires de recherche UQAM: Maxim Larouche; Meghan Drapeau-Lamothe; Elise Villeneuve; Noémie D'Amours; Rose Lebeau; Elisabeth Lafleur; Charlotte Fournier; Justine Provencher; Florence Grenier; Maggy Gamache; Stéphanie Quevillon

Étudiants réalisant un projet de thèse UQAM : Élise Villeneuve; Luciana Lassance; Mathilde Baumann; Camille Andrée Rassart; Francis Morissette Harvey

Étudiants réalisant un projet de thèse de spécialisation UQAM : Meghan Drapeau-Lamothe; Noémie D'Amours

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 évènement 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 **01 février 2024**. 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.

Gabrielle Lebeau
Coordonnatrice du CIEREH

Pour Yanick Farmer, Ph.D.

ANNEXE D

Attestation de formation éthique (EPTC2)

Groupe en éthique
de la recherche

Piloter l'éthique de la recherche humaine

EPTC 2: FER



Certificat d'accomplissement

Ce document certifie que

Mathilde Baumann

*a complété le cours : l'Énoncé de politique des trois Conseils :
Éthique de la recherche avec des êtres humains :
Formation en éthique de la recherche (EPTC 2 : FER)*

13 septembre, 2017

ANNEXE E

Avis finaux de conformité



AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

No. de certificat : 2018-1689

Date : 23 janvier 2025

Nom de l'étudiant.e : Mathilde Baumann (BAUM30559406)

Titre du projet : TRAUMA CUMULATIF EN ENFANCE ET SATISFACTION RELATIONNELLE À L'ÂGE ADULTE : UNE PERSPECTIVE DYADIQUE AUPRÈS DE COUPLES DE LA POPULATION GÉNÉRALE ET DE COUPLES NOUVELLEMENT PARENTS

Programme d'étude : Doctorat en psychologie

Unité de rattachement : Département de psychologie

Direction de recherche : Claude Bélanger et Natacha Godbout

OBJET : Avis final de conformité - doctorat

Selon les informations qui nous ont été fournies par la direction de recherche, le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) confirme que **Mathilde Baumann** a réalisé son Doctorat en psychologie sous la direction de Claude Bélanger et 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. 2018-1689.

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.

Yanick Farmer, Ph.D.

Professeur, Département de communication sociale et publique

Président du CIEREH

Louis-Philippe Auger

Coordonnateur du CIEREH

Pour: Yanick Farmer
Professeur
Président du CIEREH

Signé le 2025-01-23 à 10:31

AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

No. de certificat : 2017-1284

Date : 23 janvier 2025

Nom de l'étudiant.e : Mathilde Baumann (BAUM30559406)

Titre du projet : TRAUMA CUMULATIF EN ENFANCE ET SATISFACTION RELATIONNELLE À L'AGE ADULTE : UNE PERSPECTIVE DYADIQUE AUPRÈS DE COUPLES DE LA POPULATION GÉNÉRALE ET DE COUPLES NOUVELLEMENT PARENTS

Programme d'étude : Doctorat en psychologie

Unité de rattachement : Département de psychologie

Direction de recherche : Claude Bélanger et Natacha Godbout

OBJET : Avis final de conformité - doctorat

Selon les informations qui nous ont été fournies par la direction de recherche, le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) confirme que **Mathilde Baumann** a réalisé son doctorat en psychologie sous la direction de Claude Bélanger et 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.



Yanick Farmer, Ph.D.

Professeur, Département de communication sociale et publique

Président du CIEREH

Louis-Philippe Auger

Coordonnateur du CIEREH

Pour: Yanick Farmer
Professeur
Président du CIEREH

Signé le 2025-01-23 à 10:31

RÉFÉRENCES

- Abidin, R. R., Austin, W. G., et Flens, J. R. (2013). The forensic uses and limitations of the Parenting Stress Index. Dans R. P. Archer et E. M. A. Wheeler (dir.), *Forensic uses of clinical assessment instruments* (p. 346–379). Routledge.
- Abidin, R. R., et Konold, T. (1999). *Parenting Alliance Measure – Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Abidin, R. R., et Brunner, J. F. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(1), 31–40. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2401_4
- Alder, M. C., Yorgason, J. B., Sandberg, J. G., et Davis, S. (2018). Perceptions of parents' marriage predicting marital satisfaction: The moderating role of attachment behaviors. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 17(2), 146-164. <https://doi.org/10.1080/15332691.2017.1372834>
- Altenburger, L. E., Schoppe-Sullivan, S. J., Lang, S. N., Bower, D. J., et Kamp Dush, C. M. (2014). Associations between prenatal coparenting behavior and observed coparenting behavior at 9-months postpartum. *Journal of Family Psychology*, 28(4), 495–504. <https://doi.org/10.1037/fam0000012>
- Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Cheung, K., Taillieu, T., Turner, S., et Sareen, J. (2016). Child abuse and physical health in adulthood. *Health Reports*, 27(3), 10-18. PMID: 26983007
- Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K., et Sareen, J. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *Cmaj*, 186(9), E324-E332. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131792>
- Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2015 : Données principales*. Ottawa. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.35.8/9.01f>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association (APA). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Andersson, S. O., Annerbäck, E. M., Söndergaard, H. P., Hallqvist, J., et Kristiansson, P. (2021). Adverse Childhood Experiences are associated with choice of partner, both partners'

- relationship and psychosocial health as reported one year after birth of a common child. A cross-sectional study. *Plos One*, 16(1), e0244696. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244696>
- Bailey, H. N., DeOliveira, C. A., Wolfe, V. V., Evans, E. M., et Hartwick, C. (2012). The impact of childhood maltreatment history on parenting: A comparison of maltreatment types and assessment methods. *Child Abuse and Neglect*, 36(3), 236–246. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.11.005>
- Bakhos, G., Villeneuve, É., Bélanger, C., Paradis, A., Brassard, A., Bergeron, S. et Godbout, N. (2024). Cumulative childhood interpersonal trauma and parental stress: The role of partner support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 02654075241246794. <https://doi.org/10.1177/02654075241246794>
- Baldwin, J. R., Reuben, A., Newbury, J. B. et Danese, A. (2019). Agreement between prospective and retrospective measures of childhood maltreatment: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(6), 584-593. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0097>
- Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Forslund Frykedal, K. et Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood—ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 537-546. <https://doi.org/10.1111/scs.12367>
- Barnett, O., Miller-Perrin, C. L., et Perrin, R. D. (2005). *Family violence across the lifespan: An introduction* (2e éd.). Sage.
- Bartholomew, K. (1993). From childhood to adult relationships: Attachment theory and research. Dans S. Duck (dir.), *Learning about relationships* (p. 30–62). Sage.
- Baumann, M., Bigras, N., Paradis, A., et Godbout, N. (2021). It's Good to Have You: The Moderator Role of Relationship Satisfaction in the Link Between Child Sexual Abuse and Sexual Difficulties. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 47(1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1797965>
- Baumann, M., Bélanger, C., et Godbout, N. (2023). Évaluation et intervention auprès des couples qui consultent pour des problèmes associés à la transition parentale. *Intervention*, Hors-série, 2, 47-63.
- Becher, E. H., Kim, H., Cronin, S. E., Deenanath, V., McGuire, J. K., McCann, E. M. et Powell, S. (2019). Positive parenting and parental conflict: contributions to resilient coparenting during divorce. *Family Relations*, 68(1), 150-164. <https://doi.org/10.1111/fare.12349>

- Bélanger, C., Bergeron, Y., Lafontaine, M. F. et Julien, D. (2011). Protocole d'évaluation des couples présentant un problème de violence conjugale. *Perspectives Psy*, 50(3), 238-245.
- Bélanger, C., Dulude, D., Sabourin, S., et Wright, J. (1993). Validation Préliminaire d'un Système Global de Cotation des Interactions Conjugales. *Revue canadienne des Sciences du Comportement*. 25(4), 483–498. <https://doi.org/10.1037/h0078879>
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>
- Bergeron, S., Benazon, N., Jodoin, M., et Brousseau, M. (2008). Sexualité et dysfonction sexuelle. Dans J. Wright, Y. Lussier et S. Sabourin (dir.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (p. 361–396). Presses de l'Université du Québec.
- Berthelot, N., Drouin-Maziade, C., Garon-Bissonnette, J., Lemieux, R., Sériès, T., et Lacharité, C. (2021). Evaluation of the acceptability of a prenatal program for women with histories of childhood trauma: The program STEP. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 772706. doi: [10.3389/fpsy.2021.772706](https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.772706)
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Lacharité, C., et Muzik, M. (2019). The protective role of mentalizing: Reflective functioning as a mediator between child maltreatment, psychopathology and parental attitude in expecting parents. *Child Abuse and Neglect*, 95, 104065. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104065>
- Berthelot, N., Ensink, K. et Drouin-Maziade, C. (2016). Les défis de la parentalité chez les victimes de maltraitance en enfance. Dans C. Giraudeau (dir.), *Éléments pour une psychologie de la maltraitance* (p. 53-76). Éditions Publibook.
- Berthelot, N., Ensink, K., Bernazzani, O., Normandin, L., Luyten, P. et Fonagy, P. (2015). Intergenerational transmission of attachment in abused and neglected mothers: The role of trauma-specific reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 200-212. <https://doi.org/10.1002/imhj.21499>
- Bigras, N., Godbout, N., Hébert, M., et Sabourin, S. (2017). Cumulative adverse childhood experiences and sexual satisfaction in sex therapy patients: What role for symptom complexity? *Journal of Sexual Medicine*, 14(3), 444–454. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.013>
- Bigras, N., Daspe, M.-È., Godbout, N., Briere, J., et Sabourin, S. (2016). Cumulative Childhood Trauma and Adult Sexual Satisfaction: Mediation by Affect Dysregulation and Sexual Anxiety in Men and Women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 43(4), 377–396. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1176609>

- Bigras, N., Godbout, N., Hébert, M., Runtz, M., et Daspe, M.-È. (2015). Identity and relatedness as mediators between child emotional abuse and adult couple adjustment in women. *Child Abuse and Neglect*, 50, 85-93. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.009>
- Biswas, T., Scott, J. G., Munir, K., Thomas, H. J., Huda, M. M., Hasan, M. M., ... et Mamun, A. A. (2020). Global variation in the prevalence of bullying victimisation amongst adolescents: Role of peer and parental supports. *EClinicalMedicine*, 20. doi: [10.1016/j.eclinm.2020.100276](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100276)
- Bouchard, G. (2017). La transition parentale. Dans Y. Lussier, C. Bélanger et S. Sabourin (dir.), *Les fondements de la psychologie du couple* (p. 36–51). Presses de l'Université du Québec.
- Bouchard, G. (2014). The quality of the parenting alliance during the transition to parenthood. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 46, 20–28. <https://doi.org/10.1037/a0031259>
- Bogdan, I., Turliuc, M. N., et Candel, O. S. (2022). Transition to parenthood and marital satisfaction: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, 901362. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.901362>
- Bolduc, R., Bigras, N., Daspe, M.-È., Hébert, M. et Godbout, N. (2018). Childhood Cumulative Trauma and Depressive Symptoms in Adulthood: the Role of Mindfulness and Dissociation. *Mindfulness*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0906-3/>
- Bonneville-Roussy, A., Fenouillet, F., et Morvan, Y. (2022). *Introduction aux analyses par équations structurelles. Applications avec Mplus en psychologie et sciences sociales*. Dunod.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Random House.
- Brassard, A., Lussier, Y., Lafontaine, M. -F., Péloquin, K., et Sabourin, S. (2017). Attachement dans les relations de couple. Dans Y. Lussier, C. Belanger et S. Sabourin (Dir.), *Les fondements de la psychologie du couple* (pp. 53–77). PUQ.
- Brassard, A., et Johnson, S. M. (2016). Couple and family therapy: An attachment perspective. Dans J. Cassidy et P. R. Shaver (dir.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3e éd., p. 811–829). Guilford Press.

- Brassard, A., Péloquin, K., Lussier, Y., Sabourin, S., Lafontaine, M.-F., et Shaver, P. R. (2012, Juillet). *Romantic Attachment in the Clinical and General Population: Norms and Cut-off scores for the ECR*. International Association for Relationship Research, Chicago, Il.
- Brassard, A., et Lussier, Y. (2009). L'attachement dans les relations de couple: fonctions et enjeux cliniques. *Psychologie Québec*, 26(3), 24-26.
- Bremner, J. D., Bolus, R. et Mayer, E. A. (2007). Psychometric Properties of the Early Trauma Inventory–Self Report. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3), 211-218. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c>
- Brennan, K. A., Clark, C. L., et Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. Dans J. A. Simpson et W. S. Rholes (Dir.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). The Guilford Press.
- Briere, J., Agee, E., et Dietrich, A. (2016). Cumulative trauma and current posttraumatic stress disorder statut in general population and inmate samples. *Psychological Trauma: Theory, Research and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0000107>
- Briere, J., et Scott, C. (2015). Complex trauma in adolescents and adults: Effects and treatment. *Psychiatric Clinics*, 38(3), 515-527. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2015.05.004>
- Briere, J. N., et Scott, C. (2014). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment (DSM-5 update)*. Sage.
- Briere, J., et Scott, C. (2015). Complex trauma in adolescents and adults: Effects and treatment. *Psychiatric Clinics*, 38(3), 515-527. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2015.05.004>
- Briere, J., et Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse and Neglect*, 27(10), 1205-1222. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.09.008>
- Briere, J., Kaltman, S., et Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 223-226. <https://doi.org/10.1002/jts.20317>
- Briere, J., Hodges, M. et Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 767-774. <https://doi.org/10.1002/jts.20578>
- Buecker, S., Luhmann, M., Haehner, P., Bühler, J. L., Dapp, L. C., Luciano, E. C., et Orth, U. (2023). The development of subjective well-being across the life span: A meta-analytic

review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 149(7-8), 418–446. <https://doi.org/10.1037/bul0000401>

Bühler, J. L., Krauss, S., et Orth, U. (2021). Development of relationship satisfaction across the life span: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 147(10), 1012–1053. <https://doi.org/10.1037/bul0000342>

Calvo, V., et Bianco, F. (2015). Influence of adult attachment insecurities on parenting self-esteem: the mediating role of dyadic adjustment. *Frontiers in Psychology*, 6, 1461. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01461>

Camisasca, E., Miragoli, S., et Di Blasio, P. (2014). Is the relationship between marital adjustment and parenting stress mediated or moderated by parenting alliance?. *Europe's Journal of Psychology*, 2014, Vol. 10(2), 235–254, <https://doi.org/10.5964/ejop.v10i2.724>

Campbell, C. G. (2022). Two Decades of Coparenting Research: A Scoping Review. *Marriage et Family Review*, 59(6), 379–411. <https://doi.org/10.1080/01494929.2022.2152520>

Candel, O. S., et Turluc, M. N. (2019). Insecure attachment and relationship satisfaction: A meta-analysis of actor and partner associations. *Personality and Individual Differences*, 147, 190–199. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.04.037>

Cao, H., Zhou, N., et Leerkes, E. M. (2020). Childhood emotional maltreatment and couple functioning among women across transition to parenthood: A process model. *Journal of Family Psychology*, 34(8), 991. <https://doi.org/10.1037/fam0000662>

Caron, P.-O. (2018). *La modélisation par équations structurelles avec Mplus*. Presses de l'Université du Québec.

Cecil, C. A., Viding, E., Fearon, P., Glaser, D. et McCrory, E. J. (2017). Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 63, 106–119. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.024>

Chamberlain, C., Gee, G., Harfield, S., Campbell, S., Brennan, S., Clark, Y., ... et 'Healing the Past by Nurturing the Future' group. (2019). Parenting after a history of childhood maltreatment: A scoping review and map of evidence in the perinatal period. *PloS One*, 14(3), e0213460. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213460>

Christie, H., Talmon, A., Schäfer., Haan, A., Vang, M., Haag, K., Gilbar, O., Alisic, E., et Brown, E. (2017). The transition to parenthood following a history of childhood maltreatment: a review of the literature on prospective and new parents' experiences. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(7). <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1492834>

- Clément, M. È., Bérubé, A., et Chamberland, C. (2016). Prevalence and risk factors of child neglect in the general population. *Public Health*, 138, 86-92. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.03.018>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., et Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1–12. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., 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>
- Cohen, R. S., et Weissman, S. H. (1984). The parenting alliance. Dans R. Cohen, B. Cohler, et S. Weissman (dir.), *Parenthood: A psychodynamic perspective* (p. 33–49). Guilford Press.
- Colman, R. A. et Widom, C. S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study. *Child Abuse and Neglect*, 28(11), 1133-1151. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.02.005>
- Cook, W. L., et Kenny, D. A. (2005). The actor–partner interdependence model: A model of bidirectional effects in developmental studies. *International Journal of Behavioral Development*, 29(2), 101-109. <https://doi.org/10.1080/01650250444000405>
- Courtois, C. A., et Ford, J. D. (2012). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. Guilford Press.
- Courtois, C. A. (2008). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, S(1), 86–100. <https://doi.org/10.1037/1942-9681.S.1.86>
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Hinesley, J., Chan, R. F., Aberg, K. A., Fairbank, J. A., ... et Costello, E. J. (2018). Association of childhood trauma exposure with adult psychiatric disorders and functional outcomes. *JAMA Network Open*, 1(7), e184493-e184493. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4493>
- Cox, M. J., et Paley, B. (2003). Understanding families as systems. *Current directions in psychological science*, 12(5), 193-196. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01259>
- Cox, J. L., Holden, J. M. et Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786. DOI: [10.1192/bjp.150.6.782](https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782)

- Cross, D., Fani, N., Powers, A., et Bradley, B. (2017). Neurobiological development in the context of childhood trauma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 111–124. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12198>
- Dalton, E. J., Greenman, P. S., Classen, C. C., et Johnson, S. M. (2013). Nurturing connections in the aftermath of childhood trauma: A randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy for female survivors of childhood abuse. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 2(3), 209–221. <https://doi.org/10.1037/a0032772>
- Dandurand, C., et Lafontaine, M. F. (2014). Jealousy and couple satisfaction: A romantic attachment perspective. *Marriage and Family Review*, 50(2), 154–173. <https://doi.org/10.1080/01494929.2013.879549>
- Danese, A., et McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology and Behavior*, 106(1), 29–39. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.08.019>
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., et van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187–200. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x>
- da Silva, H. C., Vilete, L., Coutinho, E. S. F., Luz, M. P., Mendlowicz, M., Portela, C. M., ... et Berger, W. (2024). The role of childhood cumulative trauma in the risk of lifetime PTSD: an epidemiological study. *Psychiatry Research*, 336, 115887. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115887>
- Delicate, A., Ayers, S., et McMullen, S. (2018). A systematic review and meta-synthesis of the impact of becoming parents on the couple relationship. *Midwifery*, 61, 88–96. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.022>
- Delvecchio, E., Sciandra, A., Finos, L., Mazzeschi, C., et Riso, D. D. (2015). The role of co-parenting alliance as a mediator between trait anxiety, family system maladjustment, and parenting stress in a sample of non-clinical Italian parents. *Frontiers in Psychology*, 6, 1177. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01177>
- DeMontigny, F., Gervais, C., Pierce, T., et Lavigne, G. (2020). Perceived paternal involvement, relationship satisfaction, Mothers' mental health and parenting stress: A multi-sample path analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 578682. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.578682>
- Don, B. P., et Mickelson, K. D. (2014). Relationship satisfaction trajectories across the transition to parenthood among low-risk parents. *Journal of Marriage and Family*, 76(3), 677–692. <https://doi.org/10.1111/jomf.12111>

- Doss, B. D. et Rhoades, G. K. (2017). The transition to parenthood: impact on couples' romantic relationships. *Relationships and Stress*, 13, 25-28. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.003>
- Doss, B. D., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., et Markman, H. J. (2009). The Effect of the Transition to Parenthood on Relationship Quality: An 8-Year Prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(3), 601–619. <https://doi.org/10.1037/a0013969>
- Dugal, C., Bélanger, C., Brassard, A. et Godbout, N. (2019). A dyadic analysis of the associations between cumulative childhood trauma and psychological intimate partner violence: the mediating roles of negative urgency and communication patterns. *Journal of Marital and Family Therapy*. <https://doi.org/10.1111/jmft.12414>
- Dugal, C., Godbout, N., Bélanger, C., Hébert, M. et Goulet, M. (2018). Cumulative childhood maltreatment and subsequent psychological violence in intimate relationships: The role of emotion dysregulation. *Partner Abuse*, 9(1), 18-40. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.9.1.18>
- Dugal, C., Bakhos, G., Bélanger, C., et Godbout, N. (2018). Cognitive Behavioral Psychotherapy for Couples: An insight into the treatment of couple hardships and struggles. Dans O. Senormanci (dir.), *Cognitive Behavioral Therapy and Clinical Applications*. InTech.
- Dugal, C., Bigras, N., Godbout, N., et Bélanger, C. (2016). Childhood interpersonal trauma and its repercussions in adulthood: An analysis of psychological and interpersonal sequelae. Dans G. El-Baalbaki (dir.), *Posttraumatic Stress Disorder*. InTech.
- Durtschi, J. A., Soloski, K. L., et Kimmes, J. (2017). The dyadic effects of supportive coparenting and parental stress on relationship quality across the transition to parenthood. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2), 308-321. DOI: [10.1111/jmft.12194](https://doi.org/10.1111/jmft.12194)
- Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 28(3), 381-392. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1435328>
- Easton, S. D., Saltzman, L. Y., et Willis, D. G. (2014). “Would you tell under circumstances like that?”: Barriers to disclosure of child sexual abuse for men. *Psychology of Men et Masculinity*, 15(4), 460–469. <https://doi.org/10.1037/a0034223>
- Eid, P. et Bélanger, C. (2019) La thérapie cognitive comportementale de couple : résolution de l’ambivalence et des conflits sous-jacents. Dans L. Souche et A. Sagne (dir.). *La thérapie de couple : 11 études de cas*. Éditions In Press Ed.

- Elgar, F. J., McKinnon, B., Walsh, S. D., Freeman, J., Donnelly, P. D., de Matos, M. G., ... et Currie, C. (2015). Structural determinants of youth bullying and fighting in 79 countries. *Journal of Adolescent Health, 57*(6), 643-650. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.08.007>
- Ensink, K., Borelli, J. L., Normandin, L., Target, M., et Fonagy, P. (2020). Childhood sexual abuse and attachment insecurity: Associations with child psychological difficulties. *American Journal of Orthopsychiatry, 90*(1), 115–124. <https://doi.org/10.1037/ort0000407>
- Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., Godbout, N., et Fonagy, P. (2017). Mentalization and dissociation in the context of trauma: Implications for child psychopathology. *Journal of Trauma et Dissociation, 18*(1), 11–30. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1172536>
- Epifanio, M. S., Genna, V., De Luca, C., Roccella, M. et La Grutta, S. (2015). Paternal and maternal transition to parenthood: the risk of postpartum depression and parenting stress. *Pediatric Reports, 7*(2), 38-44. <https://doi.org/10.4081/pr.2015.5872>
- Epstein, N. B., Dattilio, F. M., et Baucom, D. H. (2016). Cognitive-behavior couple therapy. Dans T. L. Sexton et J. Lebow (dir.), *Handbook of family therapy* (p. 361–386). Routledge.
- Fávero, M., Lemos, L., Moreira, D., Ribeiro, F. N., et Sousa-Gomes, V. (2021). Romantic attachment and difficulties in emotion regulation on dyadic adjustment: A comprehensive literature review. *Frontiers in Psychology, 12*, 723823. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.723823>
- Favez, N. (2013). La transition à la parentalité et les réaménagements de la relation de couple. *Dialogue, 1*(1), 73-83.
- Feinberg, M. E., Brown, L. D., et Kan, M. L. (2012). A Multi-Domain Self-Report Measure of Coparenting. *Parenting, 12*(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/15295192.2012.638870>
- Feinberg, M. E. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for research and intervention. *Parenting: Science and Practice, 3*(2), 95-131. doi: [10.1207/S15327922PAR0302_01](https://doi.org/10.1207/S15327922PAR0302_01)
- Feinberg M. E. (2002). Coparenting and the transition to parenthood: a framework for prevention. *Clinical Child and Family Psychology Review, 5*(3), 173–195. doi: [10.1023/a:1019695015110](https://doi.org/10.1023/a:1019695015110)
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., 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)

Fentz, H. N., Houmark, M. A., Simonsen, M., et Trillingsgaard, T. (2024). Ready for the transition to parenthood? Predicting relationship satisfaction trajectories from prenatal indicators of low readiness. *Journal of Family Psychology*, 39(3), 348–358.
<https://dx.doi.org/10.1037/fam0001277>

Follette, V. M., Polusny, M. A., Bechtle, A. E., et Naugle, A. E. (1996). Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 9(1), 25–35. <https://doi.org/10.1007/BF02116831>

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>

Figueiredo, B., Canário, C., Tendais, I., Pinto, T. M., Kenny, D. A., et Field, T. (2018). Couples' relationship affects mothers' and fathers' anxiety and depression trajectories over the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 238, 204–212.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.064>

Fincham, F. D. et Bradbury, T. N. (1987). The assessment of marital quality : A reevaluation. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 797–809. <https://doi.org/10.2307/351973>

Fink, D. S., et Galea, S. (2015). Life course epidemiology of trauma and related psychopathology in civilian populations. *Current Psychiatry Reports*, 17, 1-9.
<https://doi.org/10.1007/s11920-015-0566-0>

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.

Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., et Hamby, S. L. (2009). Violence, Abuse, and Crime Exposure in a National Sample of Children and Youth. *Pediatrics*, 124(5), 1411–1423.
<https://doi.org/10.1542/peds.2009-0467>

Finkelhor, D., Ormrod, R. K., et Turner, H. A. (2007). Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology*, 19(1), 149-166.
<https://doi.org/10.1017/S0954579407070083>

Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., et Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. *Child Maltreatment*, 10(1), 5–25.
<https://doi.org/10.1177/1077559504271287>

- Forbes, D., Fletcher, S., Parslow, R., Phelps, A., Meaghan, O., Bryant, R. A., ... et Creamer, M. (2011). Trauma at the hands of another: Longitudinal study of differences in the posttraumatic stress disorder symptom profile following interpersonal compared with noninterpersonal trauma. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(3), 372–376. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06640>
- Forbes, D., Lockwood, E., Phelps, A., Wade, D., Creamer, M., Bryant, R. A., ... et Meaghan, O. (2013). 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. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08374>
- Fox, B. (2001). The formative years: How parenthood creates gender. *Revue canadienne de sociologie*, 38(4), 373-390. <https://doi.org/10.1111/j.1755-618X.2001.tb00978.x>
- Fraley, R. C., et Roisman, G. I. (2019). The development of adult attachment styles: Four lessons. *Current Opinion in Psychology*, 25, 26-30. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2018.02.008>
- Fraley, R. C., Roisman, G. I., Booth-LaForce, C., Owen, M. T., et Holland, A. S. (2013). Interpersonal and genetic origins of adult attachment styles: a longitudinal study from infancy to early adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(5), 817–838. <https://doi.org/10.1037/a0031435>
- Fraley, R. C., et Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4(2), 132–154. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.4.2.132>
- Fredman, S. J., Le, Y., Marshall, A. D., Brick, T. R. et Feinberg, M. E. (2017). A dyadic perspective on PTSD symptoms' associations with couple functioning and parenting stress in first-time parents. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 6(2), 117–132. doi: [10.1037/cfp0000079](https://doi.org/10.1037/cfp0000079)
- Freyd, J. J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Sage.
- Garcia, R. L., Kenny, D. A., et Ledermann, T. (2015). Moderation in the actor–partner interdependence model. *Personal Relationships*, 22(1), 8–29. <https://doi.org/10.1111/per.12060>
- Garon-Bissonnette, J., Bolduc, M. È. G., Lemieux, R., et Berthelot, N. (2022). Cumulative childhood trauma and complex psychiatric symptoms in pregnant women and expecting men. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04327-x>

- Gewirtz-Meydan, A., et Godbout, N. (2023). Between pleasure, guilt, and dissociation: How trauma unfolds in the sexuality of childhood sexual abuse survivors. *Child Abuse and Neglect*, 141, 106195. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106195>
- Girme, Y. U., Jones, R. E., Fleck, C., Simpson, J. A., et Overall, N. C. (2021). Infants' attachment insecurity predicts attachment-relevant emotion regulation strategies in adulthood. *Emotion*, 21(2), 260–272. <https://doi.org/10.1037/emo0000721>
- Gladden, R.M., Vivolo-Kantor, A.M., Hamburger, M.E., et Lumpkin, C.D. (2014). *Bullying Surveillance Among Youths: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements* (version 1.0). Atlanta, GA; Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, and U.S. Department of Education.
- Godbout, N., Baumann, M., Bigras, N., et MacIntosh, H. (2026). Thérapie de couple en présence de traumatismes interpersonnels en enfance. Dans A. Brassard, N. Godbout, M-F. Lafontaine et K. Péloquin (Éds), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (2^e éd.). Presses de l'Université du Québec (PUQ).
- Godbout, N., Paradis, A., Rassart, C. A., Sadikaj, G., Herba, C. M., et Drapeau-Lamothe, M. (2023). Parents' history of childhood interpersonal trauma and postpartum depressive symptoms: The moderating role of mindfulness. *Journal of Affective Disorders*, 325, 459–469. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.007>
- Godbout, N., Morissette Harvey, F., Cyr, G., et Bélanger, C. (2020). Cumulative childhood trauma and couple satisfaction: Examining the mediating role of mindfulness. *Mindfulness*, 11, 1723–1733. doi: [10.1007/s12671-020-01390-x](https://doi.org/10.1007/s12671-020-01390-x)
- Godbout, N., Bigras, N., et Sabourin, S. (2017). *Childhood Cumulative Trauma Questionnaire* (CCTQ). Manuscrit non publié, Université du Québec à Montréal.
- Godbout, N., Daspe, M. È., Lussier, Y., Sabourin, S., Dutton, D., et Hébert, M. (2017). Early exposure to violence, relationship violence, and relationship satisfaction in adolescents and emerging adults: The role of romantic attachment. *Psychological trauma: Theory, research, practice, and policy*, 9(2), 127–137. <https://doi.org/10.1037/tra0000136>
- Godbout, N., Runtz, M., MacIntosh, H., et Briere, J. (2013). Traumatismes interpersonnels vécus en enfance et relations de couple. *Cahier Recherche et Pratique*, 3(2), 14–17.
- Godbout, N., Dutton, D. G., Lussier, Y., et Sabourin, S. (2009). Early exposure to violence, domestic violence, attachment representations, and marital adjustment. *Personal Relationships*, 16(3), 365-384. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2009.01228.x>

- Godbout, N., Lussier, Y. et Sabourin, S. (2006). Early abuse experiences and subsequent gender differences in couple adjustment. *Violence and Victims*, 21(6), 744–760. <https://doi.org/10.1891/vv-v21i6a005>
- Goff, B. S. N., et Smith, D. B. (2005). Systemic traumatic stress: The couple adaptation to traumatic stress model. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(2), 145–157. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2005.tb01552.x>
- Gottman, J. M., Coan, J., Carrere, S., et Swanson, C. (1998). Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of Marriage and the Family*, 5-22. <https://doi.org/10.2307/353438>
- Gouvernement du Canada. (1985). *Code criminel* (L.R.C. 1985, c. C-46). <https://laws-lois.justice.gc.ca/>
- Guarino, H., Mateu-Gelabert, P., Quinn, K., Sirikantraporn, S., Ruggles, K. V., Syckes, C., ... et Friedman, S. R. (2021). Adverse childhood experiences predict early initiation of opioid use behaviors. *Frontiers in Sociology*, 6, 620395. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.620395>
- Greenberg, L. S. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. Guilford Press.
- Greene, C. A., Haisley, L., Wallace, C., et Ford, J. D. (2020). Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. *Clinical Psychology Review*, 80, 101891. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101891>
- Greenman, P. S., et Johnson, S. M. (2012). United we stand: Emotionally focused therapy for couples in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 68(5), 561–569. <https://doi.org/10.1002/jclp.21853>
- Hadden, B. W., Smith, C. V., et Webster, G. D. (2014). Relationship duration moderates associations between attachment and relationship quality: Meta-analytic support for the temporal adult romantic attachment model. *Personality and Social Psychology Review*, 18(1), 42–58. <https://doi.org/10.1177/1088868313501885>
- Hart, S. N., Brassard, M. R., Binggeli, N. J., et Davidson, H. A. (2002). Psychological maltreatment. Dans J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, et T. A. Reid (Dir.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2e éd., p. 79–103). Sage Publications.
- Hazan, C., et Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5(1), 1–22. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0501_1

- Hazan, C., et Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., et Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 631-636. <https://doi.org/10.1177/070674370905400908>
- Herman, J. L. (1998). Recovery from psychological trauma. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52(S1), S98-S103. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.1998.0520s5S145.x>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Higgins, D. J., et McCabe, M. P. (2001). Multiple forms of child abuse and neglect: adult retrospective reports. *Aggression and Violent Behavior*, 6(6), 547-578. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00030-6](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00030-6)
- Hilpert, P., Randall, A. K., Sorokowski, P., Atkins, D. C., Sorokowska, A., Ahmadi, K., ... et Yoo, G. (2016). The associations of dyadic coping and relationship satisfaction vary between and within nations: A 35-nation study. *Frontiers in Psychology*, 7, 1106. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01106>
- Hirschberger, G., Srivastava, S., Marsh, P., Cowan, C. P. et Cowan, P. A. (2009). Attachment, marital satisfaction, and divorce during the first fifteen years of parenthood. *Personal Relationships*, 16(3), 401-420. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2009.01230.x>
- Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., et Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse and Neglect*, 37(11), 891-898. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.001>
- Hu, L. T., et 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. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hugill, M., Berry, K., et Fletcher, I. (2017). The association between historical childhood sexual abuse and later parenting stress: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 20(2), 257–271. doi: [10.1007/s00737-016-0708-3](https://doi.org/10.1007/s00737-016-0708-3)

- Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., ... et 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>
- Institut de la statistique du Québec. (2016). *Mieux connaître la parentalité au Québec : Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans*. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/mieux-connaître-la-parentalite-quebec>
- Institut national de santé publique du Québec. (2018). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2016-2017 : Tome 2. L'adaptation sociale et la santé mentale des jeunes*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-la-sante-des-jeunes-du-secondaire-2016-2017-resultats-de-la-deuxieme-edition-tome-2-ladaptation-sociale-et-la-sante-mentale-des-jeunes.pdf>
- Jack, S., Munn, C., Cheng, C., et MacMillan, H. M. (2006). *Child maltreatment in Canada: Overview paper*. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/sfv/avf/sources/nfnts/nfnts-2006-maltr/assets/pdf/nfnts-2006-maltr-eng.pdf>
- Jaffee, S. R. (2017). Child maltreatment and risk for psychopathology in childhood and adulthood. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 525–551. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045005>
- Jiménez-Picón, N., Romero-Martín, M., Ramírez-Baena, L., Palomo-Lara, J. C., et Gómez-Salgado, J. (2021). Systematic review of the relationship between couple dyadic adjustment and family health. *Children*, 8(6), 491. <https://doi.org/10.3390/children8060491>
- Johnson, S. M., et Greenman, P. S. (2006). The path to a secure bond: Emotionally focused couple therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62(5), 597-609. <https://doi.org/10.1002/jclp.20251>
- Johnson, S. M., Makinen, J. A., et Millikin, J. W. (2001). Attachment injuries in couple relationships: A new perspective on impasses in couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27(2), 145-155. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2001.tb01152.x>
- Johnson, S. M., et Williams-Keeler, L. (1998). Creating healing relationships for couples dealing with trauma: The use of emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(1), 25-40. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1998.tb01061.x>
- Johnson, S. M., et Greenberg, L. S. (1988). Relating process to outcome in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14(2), 175-183. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1988.tb00733.x>

- Kan, M. L., Feinberg, M. E. et Solmeyer, A. R. (2012). Intimate Partner Violence and Coparenting Across the Transition to Parenthood. *Journal of Family Issues*, 33(2), 115–135. <https://doi.org/10.1177/0192513X11412037>
- Karney, B. R. et Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability : A review of theory, methods, and research. *Psychological Bulletin*, 118(1), 3-34. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.118.1.3>
- Katz-Wise, S. L., Priess, H. A., et Hyde, J. S. (2010). Gender-role attitudes and behavior across the transition to parenthood. *Developmental Psychology*, 46(1), 18- 28. <https://doi.org/10.1037/a0017820>
- Kaźmierczak, M., et Karasiewicz, K. (2019). Making space for a new role–gender differences in identity changes in couples transitioning to parenthood. *Journal of Gender Studies*, 28(3), 271–287. <https://doi.org/10.1080/09589236.2018.1441015>
- Kelley, H. H., et Thibaut, J. W. (1978). *Interpersonal relations: A theory of interdependence*. Wiley.
- Kenny, D. A., et Ledermann, T. (2010). Detecting, measuring, and testing dyadic patterns in the actor–partner interdependence model. *Journal of Family Psychology*, 24(3), 359. <https://doi.org/10.1037/a0019651>
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2006). *Dyadic data analysis*. Guilford Press.
- Keizer, R. et Schenk, N. (2012), Becoming a Parent and Relationship Satisfaction: A Longitudinal Dyadic Perspective. *Journal of Marriage and Family*, 74, 759–773. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2012.00991.x>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., ... 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>
- Krayem, Z., Hawila, B., Al Barathie, J., et Karam, E. (2021). Recall bias in trauma recollection. *Arab Journal of Psychiatry*, 32(2). <https://doi.org/10.1002/cpp.2912>
- Krieg, D. B. (2007). Does motherhood get easier the second-time around? Examining parenting stress and marital quality among mothers having their first or second child. *Parenting: Science and practice*, 7(2), 149–175. <https://doi.org/10.1080/15295190701306912>
- Kielcolt-Glaser, J. K. et Wilson, S. J. (2017). Lovesick : How couples’ relationships influence health. *Annual Review of Clinical Psychology*, (13), 421–443. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045111>

- Kieselbach, B., Kimber, M., MacMillan, H. L., et Perneger, T. (2022). Prevalence of childhood exposure to intimate partner violence in low-income and lower-middle-income countries: a systematic review. *BMJ open*, 12(4), e051140. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051140>
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., ... et Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4e éd.). Guilford Press.
- Kluwer, E. S. (2010). From partnership to parenthood: A review of marital change across the transition to parenthood. *Journal of Family Theory et Review*, 2(2), 105–125. <https://doi.org/10.1111/j.1756-2589.2010.00045.x>
- Kohn, J. L., Rholes, S. W., Simpson, J. A., Martin III, A. M., Tran, S. et Wilson, C. L. (2012). Changes in marital satisfaction across the transition to parenthood: The role of adult attachment orientations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(11). <https://doi.org/10.1177/0146167212454548>
- Konold, T. R., et Abidin, R. R. (2001). Parenting Alliance : A Multifactor Perspective. *Assessment*, 8(1), 47-65. <https://doi.org/10.1177/107319110100800105>
- 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>
- Kwok, S. Y. C. L., Cheng, L., Chow, B. W. Y., et Ling, C. C. Y. (2015). The spillover effect of parenting on marital satisfaction among Chinese mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 772–783. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9888-x>
- Labonté, T., Dugal, C., Lafontaine, M. F., Brassard, A., et Péloquin, K. (2022). How do partner support, psychological aggression, and attachment anxiety contribute to distressed couples' relationship outcomes?. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 48(1), 79-99. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1972064>
- Lafontaine, M. F., Brassard, A., Lussier, Y., Valois, P., Shaver, P. R., et Johnson, S. M. (2015). Selecting the best items for a short-form of the Experiences in Close Relationships questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 32(2), 140–154. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000243>

- Lawrence, K. A. et Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2(4), 267–285. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x>
- Le, Y., McDaniel, B. T., Leavitt, C. E., et Feinberg, M. E. (2016). Longitudinal associations between relationship quality and coparenting across the transition to parenthood: A dyadic perspective. *Journal of Family Psychology*, 30(8), 918–926. <https://doi.org/10.1037/fam0000217>
- Ledermann, T., Macho, S., et Kenny, D. A. (2011). Assessing Mediation in Dyadic Data Using the Actor-Partner Interdependence Model. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 18(4), 595-612. <https://doi.org/10.1080/10705511.2011.607099>
- Lee, H., et Kim, E. (2023). Global prevalence of physical and psychological child abuse during COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse and Neglect*, 135, 105984. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105984>
- Leonhardt, N. D., Rosen, N. O., Dawson, S. J., Kim, J. J., Johnson, M. D., et Impett, E. A. (2022). Relationship satisfaction and commitment in the transition to parenthood: A couple-centered approach. *Journal of Marriage and Family*, 84(1), 80-100. <https://doi.org/10.1111/jomf.12785>
- Lévesque, S., Bisson, V., Charton, L., et Fernet, M. (2020). Parenting and relational well-being during the transition to parenthood: Challenges for first-time parents. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 1938-1956. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01727-z>
- Li, T., et Chan, D. K. S. (2012). How anxious and avoidant attachment affect romantic relationship quality differently: A meta-analytic review. *European Journal of Social Psychology*, 42(4), 406-419. <https://doi.org/10.1002/ejsp.1842>
- Lin, Y. F., Li, N., Huang, W. H., Ecsedy, K., Feinberg, M. E., Teti, D., et Carroll, J. M. (2024). "Ultimately We're Together": Understanding New Parents' Experiences of Coparenting. *Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction*, 8(CSCW2), 1-25. <https://doi.org/10.1145/3687018>
- Linville, D., Chronister, K., Dishion, T., Todahl, J., Miller, J., Shaw, D., . . . Wilson, M. (2010). A longitudinal analysis of parenting practices, couple satisfaction, and child behavior problems. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(2), 244–255. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00168.x>
- Liu, S., Wang, Z., Lu, S. et Shi, J. (2019). Dyadic Analysis of Childhood Emotional Maltreatment and Marital Satisfaction During the Transition to Parenthood: The Mediating Effects of Emotion Regulation Strategies and Psychological Distress. *Journal of Aggression*,

- Longpré, N., Galiano, C. B., et Guay, J. P. (2022). The impact of childhood trauma, personality, and sexuality on the development of paraphilias. *Journal of Criminal Justice*, 82, 101981. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2022.101981>
- MacDonald, K., Thomas, M. L., Sciolla, A. F., Schneider, B., Pappas, K., Bleijenberg, G., ... et Wingenfeld, K. (2016). Minimization of childhood maltreatment is common and consequential: results from a large, multinational sample using the childhood trauma questionnaire. *PloS one*, 11(1), e0146058. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146058>
- Mack, J. T., Brunke, L., Staudt, A., Kopp, M., Weise, V., et Garthus-Niegel, S. (2023). Changes in relationship satisfaction in the transition to parenthood among fathers. *Plos one*, 18(8), e0289049. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289049>
- MacIntosh, H. B. (2024). Developmental couple therapy for complex trauma: Results of a pilot study. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 50(3), 545–566. <https://doi.org/10.1111/jmft.12711>
- MacIntosh, H. B., et Ménard A. D. (2021). Couple and parenting functioning of childhood sexual abuse survivors: A systematic review of the literature (2001-2018). *Journal of Child Sexual Abuse*, 30(3), 353–384. <https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1847227>
- MacIntosh, H. B. (2019). *Developmental couple therapy for complex trauma: A manual for therapists*. Routledge.
- MacIntosh, H. B., et Johnson, S. (2008). Emotionally focused therapy for couples and childhood sexual abuse survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(3), 298-315. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00074.x>
- Martin, C. G., Cromer, L. D., DePrince, A. P., et Freyd, J. J. (2013). The role of cumulative trauma, betrayal, and appraisals in understanding trauma symptomatology. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(2), 110–118. doi: [10.1037/a0025686](https://doi.org/10.1037/a0025686)
- Martins, L. B., Marengo, L. A. S., Casalecchi, J. G. S., de Almeida Figueiredo, M. J., et Silva Júnior, M. D. (2023). A Systematic Review of the Relationship Between Marital Satisfaction and Adult's Attachment Styles: an Evolutionary and Cross-Cultural Perspective. *Trends in Psychology*, 1-27. doi: [10.1007/s43076-023-00325-4](https://doi.org/10.1007/s43076-023-00325-4)
- Mathews, B. et Collin-Vézina, D. (2017). Child sexual abuse : Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, and Abuse*, 20(2), 131–148. <https://doi.org/10.1177/1524838017738726>

- McGorray, E. L., Emery, L. F., Garr-Schultz, A., et Finkel, E. J. (2023). “Mostly White, heterosexual couples”: Examining demographic diversity and reporting practices in relationship science research samples. *Journal of Personality and Social Psychology*, *125*(2), 316–344. <https://doi.org/10.1037/pspi0000417>
- McKay, M. T., Cannon, M., Chambers, D., Conroy, R. M., Coughlan, H., Dodd, P., ... et Clarke, M. C. (2021). Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *143*(3), 189-205. <https://doi.org/10.1111/acps.13268>
- McNulty, J. K., Meltzer, A. L., Neff, L. A., et Karney, B. R. (2021). How both partners’ individual differences, stress, and behavior predict change in relationship satisfaction: Extending the VSA model. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *118*(27), e2101402118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2101402118>
- Meng, X., Fleury, M. J., Xiang, Y. T., Li, M., et D’arcy, C. (2018). Resilience and protective factors among people with a history of child maltreatment: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *53*, 453-475. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1485-2>
- Menke, R. A., Morelen, D., Simon, V. A., Rosenblum, K. L., et Muzik, M. (2018). Longitudinal relations between childhood maltreatment, maltreatment-specific shame, and postpartum psychopathology. *Child Maltreatment*, *23*(1), 44–53. doi: [10.1177/1077559517720070](https://doi.org/10.1177/1077559517720070)
- Messman-Moore, T. L., et Bhuptani, P. H. (2017). A review of the long-term impact of child maltreatment on posttraumatic stress disorder and its comorbidities: An emotion dysregulation perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *24*(2), 154–169. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12193>
- Meyers, S. A., et Landsberger, S. A. (2002). Direct and indirect pathways between adult attachment style and marital satisfaction. *Personal Relationships*, *9*(2), 159-172. <https://doi.org/10.1111/1475-6811.00010>
- Mickelson, K. D., et Biehle, S. N. (2017). Gender and the transition to parenthood: Introduction to the special issue. *Sex Roles: A Journal of Research*, *76*(5-6), 271–275. <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0724-9>
- Mikulincer, M., et Shaver, P. R. (2019). Attachment, Caregiving, and Parenting. Dans: Taubman – Ben-Ari, O. (Dir) *Pathways and Barriers to Parenthood*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-24864-2_18
- Mikulincer, M., et Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2e éd.). Guilford Press.

- Mikulincer, M., Florian, V., Cowan, P. A., et Cowan, C. P. (2002). Attachment security in couple relationships: A systemic model and its implications for family dynamics. *Family Process*, 41(3), 405–434. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2002.41309.x>
- Milot, T., Collin-Vézina, D., & Godbout, N. (2018). *Trauma complexe: comprendre, évaluer et intervenir*. PUQ.
- Mitnick, D. M., Heyman, R. E., et Smith Slep, A. M. (2009). Changes in relationship satisfaction across the transition to parenthood: a meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 23(6), 848–852. <https://doi.org/10.1037/a0017004>
- Mondor, J., McDuff, P., Lussier, Y., et Wright, J. (2011). Couples in therapy: Actor-partner analyses of the relationships between adult romantic attachment and marital satisfaction. *The American Journal of Family Therapy*, 39(2), 112–123. <https://doi.org/10.1080/01926187.2010.530163>
- Monson, C. M., et Fredman, S. J. (2012). *Cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD: Harnessing the healing power of relationships*. Guilford Press.
- Morissette Harvey, F., Paradis, A., Daspe, M. È., Dion, J., et Godbout, N. (2024). Childhood Trauma and Relationship Satisfaction Among Parents: A Dyadic Perspective on the Role of Mindfulness and Experiential Avoidance. *Mindfulness*, 15(2), 310–326. <https://doi.org/10.1007/s12671-023-02262-w>
- Muthén, L. K., et Muthén, B. (2017). *Mplus user's guide: Statistical analysis with latent variables, user's guide*. Muthén and Muthén.
- Nicolaus, C., Kress, V., Kopp, M., et Garthus-Niegel, S. (2021). The impact of parental relationship satisfaction on infant development: Results from the population-based cohort study DREAM. *Frontiers in Psychology*, 12, 667577. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.667577>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. et Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Oka, M., et Whiting, J. (2013). Bridging the clinician/researcher gap with systemic research: The case for process research, dyadic, and sequential analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(1), 17-27. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00339.x>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2020). *Child maltreatment*. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/child/en/

- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11e édition)*. <https://icd.who.int/>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. <https://www.who.int/publications/i/item/preventing-child-maltreatment-a-guide-to-taking-action-and-generating-evidence>
- Paley, B., Cox, M. J., Kanoy, K. W., Harter, K. S., Burchinal, M., et Margand, N. A. (2005). Adult attachment and marital interaction as predictors of whole family interactions during the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 19(3), 420–429. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.19.3.420>
- Parfitt, Y. et Ayers, S. (2014). Transition to parenthood and mental health in first-time parents. *Infant Mental Health Journal*, 35(3), 263-273. <https://doi.org/10.1002/imhj.21443>
- Pearlman, L. A. et Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 449–459. <https://doi.org/10.1002/jts.20052>
- Peltz, J. S., Rogge, R. D., et Sturge-Apple, M. L. (2018). Transactions within the family: Coparenting mediates associations between parents' relationship satisfaction and the parent-child relationship. *Journal of Family Psychology*, 32(5), 553–564. <https://doi.org/10.1037/fam0000413>
- Petch, J. et Halford, W. K. (2008). Psycho-education to enhance couples' transition to parenthood. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1125-1137. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.005>
- Peterson, C. M., Peugh, J., Loucks, L. et Shaffer, A. (2018). Emotional maltreatment in family of origin and young adult romantic relationship satisfaction: A dyadic data analysis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 35(6), 872–888. <https://doi.org/10.1177/0265407517700300>
- Pilkington, P., Rominov, H., Brown, H. K., et Dennis, C. L. (2019). Systematic review of the impact of coparenting interventions on paternal coparenting behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, 75(1), 17-29. <https://doi.org/10.1111/jan.13815>
- Pilkington, P., Milne, L., Cairns, K., et Whelan, T. (2016). Enhancing reciprocal partner support to prevent perinatal depression and anxiety: a Delphi consensus study. *BMC Psychiatry*, 16(1) 23. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0721-0>
- Pinquart, M., et Teubert, D. (2010). A meta-analytic study of couple interventions during the transition to parenthood. *Family Relations*, 59(3), 221–231. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2010.00597.x>

- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., et Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879-924. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278. <https://doi.org/10.1097/00004583-200303000-00006>
- Proulx, C. M., Helms, H. M., et Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 69(3), 576–593. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00393.x>
- Rassart, C. A., Paradis, A., Bergeron, S. et Godbout, N. (2022). Cumulative childhood interpersonal trauma and parenting stress: the role of self-capacities disturbances among couples welcoming a newborn. *Child Abuse and Neglect*, 129, 105638. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105638>
- Rassart, C. A., Paradis, A., Herba, C. M., et Godbout, N. (2024). Childhood interpersonal trauma and postpartum parenting alliance: The role of mindfulness in couples. *Journal of Family Psychology*, 38(2), 223–235. <https://doi.org/10.1037/fam0001174>
- Refaeli, L. B., Rodrigues, M., Neaman, A., Bertele, N., Ziv, Y., Talmon, A., et Enav, Y. (2024). Supporting the transition to parenthood: a systematic review of empirical studies on emotional and psychological interventions for first-time parents. *Patient Education and Counseling*, 120, 108090. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.108090>
- Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M. et McGinn, M. M. (2014). Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140(1), 140–187. <https://doi.org/10.1037/a0031859>
- Rosen, N. O., et Byers, E. S. (2020). Sexuality and the transition to parenthood. Dans N. O. Rosen et Y. M. Binik (dir.), *Principles and practices of sex therapy* (p. 333–356). Guilford Press.
- Rosen, N. O., Bailey, K. et Muise, A. (2018). Degree and direction of sexual desire discrepancy are linked to sexual and relationship satisfaction in couples transitioning to parenthood. The *Journal of Sex Research*, 55(2), 214-225. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1321732>
- Rowell, T., et Neal-Barnett, A. (2022). A systematic review of the effect of parental adverse childhood experiences on parenting and child psychopathology. *Journal of Child et Adolescent Trauma*, 15(1), 167–180. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00400-x>

- Ruhlmann, L. M., Gallus, K. L., et Durtschi, J. A. (2018). Exploring relationship satisfaction and attachment behaviors in single-and dual-trauma couples: A pilot study. *Traumatology*, *24*(1), 27–35. <https://doi.org/10.1037/trm0000129>
- Sabourin, S., Lorange, J., Wright, J., Lefebvre, D., et Poitras-Wright, H. (2008). Le diagnostic en psychothérapie de couple : vers un nouveau dialogue. Dans J. Wright, Y. Lussier et S. Sabourin (dir.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (p. 99–195). Presses de l'Université du Québec.
- Sabourin, S., Valois, P. et Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the dyadic adjustment scale with a nonparametric item analysis model. *Psychological Assessment*, *17*(1), 15–27. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.1.15>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach* (HHS Publication No. SMA 14-4884). <https://store.samhsa.gov/system/files/sma14-4884.pdf>
- Samuelson, K. W., Wilson, C. K., Padron, E., Lee, S., et Gavron, L. (2017). Maternal PTSD and children's adjustment: Parenting stress and emotional availability as proposed mediators. *Journal of Clinical Psychology*, *73*(6), 693–706. <https://doi.org/10.1002/jclp.22369>
- Saxbe, D., Rossin-Slater, M., et Goldenberg, D. (2018). The transition to parenthood as a critical window for adult health. *American Psychologist*, *73*(9), 1190–1200. <https://doi.org/10.1037/amp0000376>
- Scarff, J. R. (2019). Postpartum depression in men. *Innovations in Clinical Neuroscience*, *16*(5-6), 11–14. PMID: [31440396](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31440396/)
- Schwartz, J. E., et Stone, A. A. (2007). The analysis of real-time momentary data: A practical guide. Dans A. A. Stone, S. Shiffman, A. A. Atienza et L. Nebeling (dir.), *The science of real-time data capture: Self-reports in health research* (p. 76–113). Oxford University Press.
- Shaver, P. R., et Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment eand Human Development*, *4*(2), 133–161. <https://doi.org/10.1080/14616730210154171>
- Sheedy, A., et Gambrel, L. E. (2019). Coparenting negotiation during the transition to parenthood: A qualitative study of couples' experiences as new parents. *The American Journal of Family Therapy*, *47*(2), 67–86. <https://doi.org/10.1080/01926187.2019.1586593>
- Simpson, J. A., et Rholes, W. S. (2019). Adult attachment orientations and well-being during the transition to parenthood. *Current Opinion in Psychology*, *25*, 47-52. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2018.02.019>

- Siverns, K., et Morgan, G. (2019). Parenting in the context of historical childhood trauma: An interpretive meta-synthesis. *Child Abuse and Neglect*, 98, 104186. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104186>
- Smith, L. S., et Stover, C. S. (2016). The moderating role of attachment on the relationship between history of trauma and intimate partner violence victimization. *Violence Against Women*, 22(6), 745-764. <https://doi.org/10.1177/1077801215610863>
- Spanier, G. B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38(1), 15–28. <https://doi.org/10.2307/350547>
- Spengler, E. S., DeVore, E. N., Spengler, P. M., et Lee, N. A. (2020). What does “couple” mean in couple therapy outcome research? A systematic review of the implicit and explicit, inclusion and exclusion of gender and sexual minority individuals and identities. *Journal of Marital and Family Therapy*, 46(2), 240-255. <https://doi.org/10.1111/jmft.12415>
- Spinazzola, J., Van der Kolk, B., et Ford, J. D. (2018). When nowhere is safe: Interpersonal trauma and attachment adversity as antecedents of posttraumatic stress disorder and developmental trauma disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 31(5), 631–642. <https://doi.org/10.1002/jts.22320>
- Staples, J., Rellini, A. H. et Roberts, S. P. (2012). Avoiding experiences: sexual dysfunction in women with a history of sexual abuse in childhood and adolescence. *Archives of Sexual Behavior*, 41(2), 341-350. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9773-x>
- Statistics Canada. (2023). *Families, households and marital status statistics*. https://www.statcan.gc.ca/en/subjects-start/families_households_and_marital_status
- Statistique Canada. (2017). *Les agressions sexuelles déclarées par la police au Canada, 2009 à 2014*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2017001/article/14701-fra.htm>
- Strathearn, L., Giannotti, M., Mills, R., Kisely, S., Najman, J., et Abajobir, A. (2020). Long-term cognitive, psychological, and health outcomes associated with child abuse and neglect. *Pediatrics*, 146(4). DOI: [10.1542/peds.2020-0438](https://doi.org/10.1542/peds.2020-0438)
- Straus, M. A., Hamby, S., Boney-McCoy, S. et Sugarman, D. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales: Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316. doi:[10.1177/019251396017003001](https://doi.org/10.1177/019251396017003001)
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., et IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta- analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>

- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H., et Alink, L. R. (2013a). Cultural–geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*, 48(2), 81–94. <https://doi.org/10.1080/00207594.2012.697165>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., et Van Ijzendoorn, M. H. (2013b). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 345-355. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0549-y>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., et Van Ijzendoorn, M. H. (2012). The universality of childhood emotional abuse: a meta-analysis of worldwide prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 21(8), 870-890. <https://doi.org/10.1080/10926771.2012.708014>
- Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., et Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- Strathearn, L., Giannotti, M., Mills, R., Kisely, S., Najman, J., et Abajobir, A. (2020). Long-term cognitive, psychological, and health outcomes associated with child abuse and neglect. *Pediatrics*, 146(4), e20200438. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0438>
- Siverns, K., et Morgan, G. (2019). Parenting in the context of historical childhood trauma : An interpretive meta-synthesis. *Child Abuse and Neglect*, 98, 104186. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104186>
- Tebes, J. K., Champine, R. B., Matlin, S. L., et Strambler, M. J. (2019). Population health and trauma-informed practice: Implications for programs, systems, and policies. *American Journal of Community Psychology*, 64(3-4), 494-508. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12382>
- Tekin, H. H., et Karakuş, Ö. (2019). The Relationship Between Childhood Trauma, Emotion Regulation Difficulties and Marriage Satisfaction in Pregnant Adolescents. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(4), 500-507. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.519969>
- Thomas, E. A., Owens, G. P., et Keller, E. M. (2021). Relationships among non-interpersonal and interpersonal trauma types, posttraumatic stress, and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology*, 77(11), 2592-2608. <https://doi.org/10.1002/jclp.23190>
- Trillingsgaard, T., Baucom, K. J., et Heyman, R. E. (2014). Predictors of change in relationship satisfaction during the transition to parenthood. *Family Relations*, 63(5), 667-679. DOI: [10.1111/fare.12089](https://doi.org/10.1111/fare.12089)

- Tzouvara, V., Kupdere, P., Wilson, K., Matthews, L., Simpson, A., et Foye, U. (2023). Adverse childhood experiences, mental health, and social functioning: A scoping review of the literature. *Child Abuse and Neglect*, 139, 106092. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106092>
- Ullman, S. E., et Filipas, H. H. (2005). Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse and Neglect*, 29(7), 767-782. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.01.005>
- Van der Kolk, B. A. (2003). *Psychological trauma*. American Psychiatric Publishing.
- Van Nieuwenhove, K., et Meganck, R. (2019). Interpersonal features in complex trauma etiology, consequences, and treatment: A literature review. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 28(8), 903-928. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1405316>
- Vaillancourt-Morel, M.-P., Bussi eres,  .-L., Nolin, M.-C., et Daspe, M.- . (2024). Partner Effects of Childhood Maltreatment: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, and Abuse*, 25(2), 1150-1167. <https://doi.org/10.1177/15248380231173427>
- Vaillancourt-Morel, M.-P., Rellini, A. H., Godbout, N., Sabourin, S. et Bergeron, S. (2019). Intimacy Mediates the Relation Between Maltreatment in Childhood and Sexual and Relationship Satisfaction in Adulthood: A Dyadic Longitudinal Analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 48(3), 803-814. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1309-1>
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une m ethodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue fran aise. *Psychologie canadienne*, 30(4), 662-680. <https://doi.org/10.1037/h0079856>
- Vliegen, N., Casalin, S. et Luyten, P. (2014). The course of postpartum depression: A review of longitudinal studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(1), 1–22. doi: [10.1097/HRP.0000000000000013](https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000013)
- Volling, B. L. (2012). Family transitions following the birth of a sibling: an empirical review of changes in the firstborn's adjustment. *Psychological Bulletin*, 138(3), 497–528. <https://doi.org/10.1037/a0026921>
- Waldinger, R. J., et Schulz, M. S. (2016). The long reach of nurturing family environments: Links with midlife emotion-regulatory styles and late-life security in intimate relationships. *Psychological Science*, 27(11), 1443-1450. doi: [10.1177/0956797616661556](https://doi.org/10.1177/0956797616661556)
- Watson, S. L., Hayes, S. A., Coons, K. D. et Radford-Paz, E. (2013). Autism spectrum disorder and fetal alcohol spectrum disorder. Part II: A qualitative comparison of parenting

stress. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 38(2), 105-113.
<https://doi.org/10.3109/13668250.2013.788137>

Weinreb, L., Savageau, J. A., Candib, L. M., Reed, G. W., Fletcher, K. E., et Hargraves, J. L. (2010). Screening for childhood trauma in adult primary care patients: a cross-sectional survey. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 12(6), 26831.
<https://doi.org/10.4088/PCC.10m00950blu>

Welch, T., Rouleau-Mitchell, E., Farero, A., Lachmar, E. M. et Wittenborn, A. K. (2019). Maintaining Relationship Quality During the Transition to Parenthood: The Need for Next Generation Interventions. *Contemporary Family Therapy*, 41(2), 211-218.
<https://doi.org/10.1007/s10591-018-9481-y>

Whiteman, S. D., McHale, S. M., et Crouter, A. C. (2003). What parents learn from experience: The first child as a first draft?. *Journal of Marriage and Family*, 65(3), 608-621.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.00608.x>

Whitten, T., Tzoumakis, S., Green, M. J., et Dean, K. (2024). Global prevalence of childhood exposure to physical violence within domestic and family relationships in the general population: a systematic review and proportional meta-analysis. *Trauma, Violence, and Abuse*, 25(2), 1411–1430. <https://doi.org/10.1177/15248380231179133>

Wright, J., Sabourin, S., Lussier, Y., et Poitras-Wright, H. (2008). La psychothérapie de couple d'orientation cognitive-comportementale. Dans J. Wright, Y. Lussier et S. Sabourin (dir.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple* (p. 225–275). Presses de l'Université du Québec.

Xiao, X., et Loke, A. Y. (2021). The effects of co-parenting/intergenerational co-parenting interventions during the postpartum period: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 119, 103951. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103951>

Yuan, K. H., et 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>

Zamir, O. (2022). Childhood maltreatment and relationship quality: A review of type of abuse and mediating and protective factors. *Trauma, Violence, and Abuse*, 23(4), 1344–1357.
<https://doi.org/10.1177/1524838021998319>