

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'IMPACT DES ATTRIBUTIONS INTERNES DE BLÂME, DE LA HONTE ET
DES STRATÉGIES D'ADAPTATION SUR LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE
ET LES IDÉATIONS SUICIDAIRES CHEZ DES ADOLESCENTES VICTIMES
D'AGRESSION SEXUELLE

THÈSE PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

STÉPHANIE ALIX

MARS 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce doctorat marque la fin d'une longue aventure qui n'aurait pas été possible sans l'aide de nombreuses personnes.

D'abord, je tiens à remercier Louise Cossette et Martine Hébert d'avoir cru en moi, de m'avoir permis d'accomplir mon rêve et de m'avoir offert le soutien dont j'avais besoin afin d'y arriver. Je ne pourrais jamais vous remercier suffisamment pour le temps et l'attention que vous avez consacrés à mon travail dans les dernières années.

Merci aux étudiantes et étudiants, ainsi qu'aux membres du laboratoire de recherche de Martine Hébert qui ont contribué au projet, qui m'ont aidé à m'orienter et à me dépasser.

Merci également à Jean Bégin et à Pier-Olivier Caron pour votre précieuse aide qui m'a épargné bien des maux de tête.

Je tiens à remercier toutes les adolescentes qui ont eu le courage de participer au projet à un des moments les plus difficiles de leur vie.

Grâce aux organismes subventionnaires et regroupements suivants, j'ai eu accès à un précieux soutien financier durant mon doctorat : les Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC), le Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et l'agression sexuelle (CRIPCAS) et l'Équipe Violence Sexuelle et Santé (ÉVISSA).

Merci à ma sœur et à mon père d'avoir cru en moi et de m'avoir soutenue pendant ce long projet. Je remercie également ma mère de m'avoir poussée à persévérer quand j'étais trop jeune pour comprendre le sens de ce mot. Tu m'as appris que tout est possible quand on y met les efforts. Je ne me serais jamais rendue aussi loin sans toi et je sais que tu serais très fière de moi.

Finalement, merci aux amis que je me suis faites en chemin. Toutes ces années d'études ne seraient pas passées aussi vite sans vous. Merci Guillaume de m'avoir encouragée à changer le cours de ma vie selon le sens que je voulais lui donner et d'avoir été la seule personne proche dans ma vie qui comprenait vraiment en quoi consistait le chemin vers notre but commun. Merci à Osanne et à Philippe de m'avoir encouragée et soutenue dans les hauts et les bas de mes longues études.

Je suis chanceuse de vous avoir eus dans ma vie.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
RÉSUMÉ	ix
CHAPITRE I INTRODUCTION GÉNÉRALE	11
1.1 L'agression sexuelle	13
1.1.1 Définition de l'agression sexuelle et prévalence.....	13
1.1.2 Répercussions psychologiques de l'ASE	15
1.2 Fondements théoriques	19
1.2.1 Modèle intégratif des facteurs psychosociaux reliés à l'adaptation à un stress traumatique.....	19
1.2.2 Escape Theory of Suicide.....	20
1.2.3 Modèles spécifiques à l'agression sexuelle.....	21
1.3 La stigmatisation : les attributions internes de blâme et la honte	23
1.3.1 Définition	23
1.3.2 Stigmatisation et psychopathologie chez les victimes d'agression sexuelle.....	25
1.4 Les stratégies d'adaptation	27
1.4.1 Définition	28
1.4.2 Stratégies d'adaptation et psychopathologie chez les victimes d'agression sexuelle.....	29
1.5 Limites des études antérieures	31
1.6 La présente thèse.....	32
1.6.1 Objectifs	34

1.6.2	Méthodologie et considérations éthiques	35
CHAPITRE II ARTICLE I		38
2.1	Introduction.....	40
2.1.1	Self-blame and shame	40
2.1.2	Coping Strategies	42
2.1.3	Relationships among self-blame, shame, and coping strategies in explaining CSA symptoms.....	43
2.2	Method.....	44
2.2.1	Participants and Procedure.....	44
2.2.2	Measures	45
2.3	Results	47
2.3.1	Preliminary analyses and correlations among variables	47
2.3.2	Mediation and path analysis.....	48
2.4	Discussion.....	50
2.5	References.....	54
CHAPITRE III ARTICLE II.....		69
3.1	Introduction.....	71
3.1.1	Self-blame and Shame.....	72
3.1.2	Coping.....	74
3.1.3	Aim and Hypotheses	75
3.2	Method.....	75
3.2.1	Participants and procedure	75
3.2.2	Measures	76
3.3	Results	78
3.3.1	Path analysis.....	79
3.4	Discussion.....	81
3.5	References.....	86
CHAPITRE IV DISCUSSION GÉNÉRALE		97
4.1	Synthèse et intégration des résultats	97
4.1.1	Prévalence du TSPT, de la dépression et des idéations suicidaires	97

4.1.2	Corrélat et prédiction des symptômes de TSPT, de dépression et des idéations suicidaires	100
4.2	Contribution générale	109
4.3	Limites de la thèse	110
4.4	Implications cliniques et conclusion.....	111
ANNEXE A APPROBATION ÉTHIQUE		115
ANNEXE B FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ...		117
ANNEXE C PREUVES DE PUBLICATION DES ARTICLES		122
ANNEXE D ABUSE SPECIFIC SHAME QUESTIONNAIRE (ASSQ).....		125
ANNEXE E ABUSE ATTRIBUTION INVENTORY (AAI).....		127
ANNEXE F WAYS OF COPING QUESTIONNAIRE (WCQ).....		129
ANNEXE G YOUTH SELF REPORT (YSR)		131
ANNEXE H CHILDREN'S IMPACT OF TRAUMATIC EVENTS SCALE II (CITES-II).....		134
ANNEXE I HISTORY OF VICTIMIZATION FORM (HVF)		137
RÉFÉRENCES.....		143

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
2.1 Path Analysis of Suicidal Ideations through Self-blame, Shame, and Depressive Symptoms	66
2.2 Partial Mediation of the Relationship between Self-blame and PTSD through Shame	67
3.1 Path analysis with standardized beta coefficients.....	95

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
2.1 Sociodemographic Characteristics.....	62
2.2 Sexual Abuse Characteristic.....	63
2.3 Summary of Intercorrelations, Means and Standard Deviations for Scores of Self-Blame, Shame, Avoidance, PTSD Symptoms, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideations.....	65
3.1 Sociodemographic characteristics	93
3.2 Intercorrelations, means, and standard deviations for self-blame, shame, and coping strategies at T1 and PTSD symptoms, depressive symptoms, and suicidal ideation at T2.....	94

RÉSUMÉ

Les répercussions de l'agression sexuelle pendant l'enfance (ASE) sont bien documentées. Les victimes d'ASE présentent plus de dépression, de trouble de stress post-traumatique (TSPT) et d'idéations suicidaires que leurs pairs, en particulier à l'adolescence. La honte, les attributions internes de blâme et l'évitement contribuent fortement à accroître la détresse psychologique des enfants victimes d'agression sexuelle. Bien que les adolescentes représentent près de 40% des victimes d'ASE, l'influence de ces facteurs sur leur détresse psychologique et sur leurs idéations suicidaires a été peu étudiée.

Cette thèse de doctorat a pour but de mieux comprendre l'effet des attributions internes de blâme, de la honte et des stratégies d'adaptation sur les symptômes dépressifs, les symptômes post-traumatiques ainsi que sur les idéations suicidaires d'adolescentes victimes d'agression sexuelle. Les participantes étaient âgées de 14 à 18 ans et ont été recrutées dans quatre milieux d'intervention au Québec : la clinique de l'adolescence du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Sainte-Justine, le centre Parent-Unis Repentigny (PURL), le Centre d'Intervention en Abus Sexuels pour la Famille (CIASF) et le Centre Jeunesse de la Mauricie et du Centre du Québec (CJMCQ). La thèse s'inscrit dans le cadre d'une étude longitudinale entreprise par la Chaire de recherche du Canada sur les traumatismes interpersonnels et la résilience. Elle comporte deux articles.

Les données du premier article recueillies au premier temps de mesure (T1) portent sur 147 adolescentes âgées de 14 à 18 ans qui ont dévoilé leur agression. Parmi elles, 66% présentaient un score clinique de TSPT, 53% un score clinique de dépression et 46% rapportaient avoir sérieusement pensé au suicide dans les trois derniers mois. Au T1, les stratégies d'évitement étaient reliées aux symptômes de détresse, mais elles ne prédisaient pas ces symptômes lorsque les attributions internes de blâme et la honte étaient prises en compte. La honte agissait comme médiateur de la relation entre les attributions internes de blâme et les symptômes de TSPT. De plus, la honte et les symptômes dépressifs exerçaient un effet de médiation sur la relation entre les attributions internes de blâme et les idéations suicidaires, ces trois variables expliquant 42% de la variance des idéations suicidaires des adolescentes.

Le deuxième article porte sur un sous-échantillon de 100 adolescentes rencontrées lors du deuxième temps de mesure (T2), soit six mois après l'évaluation initiale. Parmi elles, 48% présentaient des symptômes cliniques de TSPT, 37% présentaient des symptômes cliniques de dépression et 30% avaient sérieusement pensé au suicide dans les trois derniers mois. Les données recueillies au T2 ont permis d'évaluer à l'aide d'un devis longitudinal l'effet des attributions internes de blâme, de la honte et des stratégies d'adaptation mesurées au T1 sur les symptômes de détresse des adolescentes. Les résultats des analyses acheminatoires révèlent que la honte au T1 est un prédicteur des symptômes de TSPT six mois plus tard, alors que les attributions internes de blâme au T1 sont un prédicteur des symptômes dépressifs six mois plus tard. De plus, les stratégies d'évitement au T1 ainsi que les symptômes dépressifs au T2 sont des prédicteurs des idéations suicidaires au T2 et expliquent 54% de leur variance.

Ces résultats soulignent l'importance d'évaluer la présence d'idéations suicidaires, en plus des symptômes dépressifs et de TSPT, chez les adolescentes victimes d'agression sexuelle dans les études à venir et lors des interventions cliniques. Ils mettent aussi en évidence la nécessité de cibler les attributions internes de blâme, la honte et les stratégies d'évitement afin de réduire la détresse psychologique des adolescentes victimes d'agression sexuelle.

Mots clés : agression sexuelle, dépression, idéations suicidaires, adolescentes, stress post-traumatique, honte, attributions internes de blâme, évitement

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Selon une méta-analyse incluant près de 10 millions de personnes provenant de tous les continents, la prévalence des ASE est de 18% chez les femmes et de 7,6% chez les hommes (Stoltenborgh, van IJzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011). Une autre méta-analyse, portant sur 65 articles provenant de 22 pays, présente des résultats similaires : 19,7% des femmes et 7,9 % des hommes auraient subi une agression sexuelle avant l'âge de 18 ans (Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009). Les filles sont donc plus nombreuses que les garçons à être victimes d'ASE, mais ce risque s'accroît de façon considérable vers la fin de l'adolescence. Finkelhor, Shattuck, Turner et Hamby (2014) rapportent que 40% des victimes d'ASE aux États-Unis sont des adolescentes.

Au cours des 30 dernières années, plusieurs études ont tenté d'identifier les corrélats de l'agression sexuelle pendant l'enfance. Selon différentes méta-analyses, on retrouve chez les victimes d'ASE davantage de troubles de stress post-traumatique, de symptômes dépressifs et anxieux, d'idéations ou de comportements suicidaires, de problèmes interpersonnels, de promiscuité sexuelle et de difficultés d'adaptation en milieu scolaire que chez les personnes n'ayant pas été victimes de telles agressions (Hillberg, Hamilton-Giachritsis, & Dixon, 2011; Maniglio, 2009; Paolucci, Genuis et Violato, 2001).

Divers facteurs peuvent influencer les répercussions de l'agression sexuelle. Parmi ces facteurs, les attributions causales internes de blâme, le sentiment de honte et les stratégies d'évitement apparaissent comme les variables médiatrices de différents symptômes de détresse psychologique chez les enfants ou les adultes (Whiffen & Macintosh, 2005). Toutefois, peu de recherches ont été conduites spécifiquement chez la population adolescente en explorant les variables médiatrices pouvant expliquer le lien entre l'ASE et les idéations suicidaires. Pourtant, les idéations suicidaires sont souvent associées à l'ASE (Jumper, 1995; Maniglio, 2009; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001) et le risque suicidaire chez les victimes adolescentes est particulièrement inquiétant (Patton et al, 2009; Serafini et al., 2015). Selon une étude de Brabant, Hébert et Chagnon (2013), 64% des adolescentes victimes d'agression sexuelle entretiennent des idéations suicidaires. Les auteures rapportent aussi des liens entre la présence d'idéations suicidaires et la dépression, le trouble de stress post-traumatique et les sentiments d'impuissance.

Cette thèse comporte quatre chapitres. Le premier présente les données les plus récentes sur la prévalence des ASE et sur ses répercussions. Nous nous concentrons ensuite sur les liens entre la honte, les attributions causales internes de blâme, les stratégies d'adaptation et la détresse psychologique chez les victimes d'ASE. Ce chapitre se conclut sur les limites des études antérieures ainsi que sur les objectifs et hypothèses de la présente thèse.

Le deuxième chapitre présente le premier article réalisé dans le cadre de la présente thèse. Il a pour titre *Posttraumatic Stress Disorder and Suicidal Ideation Among Sexually Abused Adolescent Girls: The Mediating Role of Shame* et a été publié en mars 2017 dans la revue *Journal of Child Sexual Abuse*. Le troisième chapitre présente le deuxième article qui s'intitule *Self-Blame, Shame, Avoidance, and*

Suicidal Ideation in Sexually Abused Adolescent Girls: A Longitudinal Study. Il a été publié dans le Journal of Child Sexual Abuse en novembre 2019.

Le quatrième chapitre comporte une synthèse des résultats des deux articles et une discussion générale. Les contributions et limites de la thèse y sont aussi soulignées. Le chapitre se conclut sur les implications de nos résultats pour l'évaluation et les interventions auprès des adolescentes victimes d'ASE.

La dernière section de la thèse comprend les annexes et appendices, notamment les formulaires de consentement, ainsi que les preuves de publication des deux articles, ainsi qu'une liste complète des références citées.

1.1 L'agression sexuelle

1.1.1 Définition de l'agression sexuelle et prévalence

Il existe de nombreuses définitions de l'agression sexuelle. Certaines y incluent seulement les agressions avec contacts physiques, alors que d'autres tiennent compte également des agressions sans contact physique. Le présent projet s'appuie sur la définition du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) du Québec établie en 2001 et qui se lit comme suit: « Une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par

l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne».

Il est difficile d'évaluer la prévalence de l'agression sexuelle, notamment parce que sa définition peut varier d'un répondant à l'autre et d'une étude à l'autre (Stoltenborg, 2011). Pour tenter de contourner ce problème, la plupart des études sur la prévalence des ASE ont recours à des questions concernant les comportements sexuels inappropriés qui ont été commis par l'agresseur. La méta-analyse de Barth, Bermet, Heim, Trelle et Tonia (2013) en fait une synthèse par type d'ASE. Elle inclut 55 études provenant de 24 pays. Ses résultats soulignent l'importance de distinguer les divers types d'ASE en fonction de leurs caractéristiques afin d'obtenir des estimations plus adéquates. La prévalence la plus élevée concerne les ASE sans contact physique (ex., sollicitation sexuelle, exhibitionnisme), qui sont rapportées par 31% des filles et 17% des garçons. La prévalence ASE uniquement avec contact (toucher, caresse, baiser) serait de 13% chez les filles et de 6% chez les garçons. La prévalence des ASE avec pénétration orale, vaginale ou anale serait de 9% chez les filles et de 3% chez les garçons. Il faut aussi souligner qu'un grand nombre de victimes subissent plusieurs formes d'ASE et que les prévalences rapportées dans cette étude se chevauchent plutôt que de s'accumuler.

Dans leur étude portant sur 2,293 adolescentes et adolescents âgés de 15 à 17 ans, Finkelhor, Shattuck, Turner et Hamby (2014) rapportent que 26,6% des filles et 5,1% des garçons ont été victimes d'une ASE avec ou sans contact physique avant l'âge de 18 ans. Dans seulement une minorité de cas, soit 11,2% des cas chez les filles et 1,9% chez les garçons, l'agresseur était un adulte. Dans les autres cas, il s'agissait de mineurs (frère, sœur, partenaire amoureux, ami, élève de l'école, etc.). Ces chercheurs ont aussi montré que le risque d'être victime d'une ASE s'accroît de façon

considérable vers la fin de l'adolescence chez les filles. La proportion augmente de 16,8% chez les adolescentes de 15 ans à 26,6% chez les adolescentes de 17 ans. Chez les garçons, l'augmentation est moindre, la proportion passant de 4,3% à 15 ans à 5,1% à 17 ans.

1.1.2 Répercussions psychologiques de l'ASE

Dans leur recension qui inclut 37 études et un nombre total de 3 162 318 participantes et participants, Chen et al. (2010) en arrivent à la conclusion qu'il existe chez les victimes masculines et féminines d'agression sexuelle pendant l'enfance ou à l'âge adulte une association statistiquement significative entre l'agression et les diagnostics de trouble anxieux, de trouble dépressif, de trouble alimentaire, de trouble de stress post-traumatique, de trouble du sommeil et les tentatives de suicide. Les répercussions de l'ASE peuvent, toutefois, varier d'une période développementale à l'autre.

À l'âge adulte

Dans un article paru en 2009, qui porte sur 14 recensions et méta-analyses et plus de 270,000 victimes d'ASE, Maniglio (2009) relève une grande variété de problèmes de santé mentale ou physique chez les adultes victimes d'ASE: symptômes psychotiques, dépressifs, anxieux, de dissociation, troubles alimentaires, somatisation, troubles de la personnalité, détérioration de l'estime de soi et du concept de soi, idéations et comportements suicidaires, automutilation, abus de substances, dysfonctions sexuelles, comportements sexuels à risque, perturbation du fonctionnement social, problèmes interpersonnels, hostilité, colère, perpétration d'agressions sexuelles, détérioration de l'intelligence ou des capacités d'apprentissage et revictimisation.

Une autre recension qui inclut des femmes victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance et/ou à l'âge adulte révèle que de 17% à 65% d'entre elles présentent un trouble de stress post-traumatique, de 13% à 51% rencontrent tous les critères diagnostiques de la dépression, de 13% à 49% souffrent d'une dépendance à l'alcool, de 23% à 44% entretiennent des idéations suicidaires et de 2% à 19% auraient fait au moins une tentative de suicide (Campbell, Dworkin, & Cabral, 2009). Une récente méta-analyse révèle que les femmes victimes d'agression sexuelle présentent davantage de troubles dépressifs et anxieux que les hommes qui en ont été victimes et présentent cinq fois plus de probabilité de répondre aux critères diagnostiques de dépression et deux fois plus de probabilité de répondre aux critères diagnostiques de trouble anxieux que les femmes non victimes (Amado, Arce, & Herraiz, 2015). Enfin, une autre méta-analyse récente indique que de 20% à 22% des suicides et tentatives de suicide chez les femmes peuvent être attribués aux ASE (Devries et al., 2014).

Pendant l'enfance

Selon la recension de Kendall-Tackett, Williams et Finkelhor (1993), qui compte 45 études, il n'y a aucun symptôme spécifique associé à l'ASE. Cependant, les enfants qui en ont été victimes manifestent clairement plus de symptômes que les enfants non victimes. Parmi ces symptômes, les plus fréquents sont les peurs, le trouble de stress post-traumatique, les problèmes de comportement, les comportements sexualisés et une faible estime de soi. De plus, Daignault et Hébert (2009) rapportent que 54% des filles de 7 à 12 ans victimes d'ASE présentent des difficultés d'adaptation scolaire atteignant le seuil clinique.

Selon la recension de Collin-Vézina, Daignault et Hébert (2013), l'ASE est un facteur de risque significatif pour le développement de divers troubles de santé mentale pendant l'enfance. Les difficultés les plus fréquemment rapportées sont les

symptômes de stress post-traumatique, les symptômes de dissociation et divers troubles de l'humeur, dont les épisodes de dépression majeure. De plus, les enfants victimes d'ASE sont plus susceptibles que leurs pairs non victimes de présenter des problèmes de comportement et des comportements sexuels inappropriés, de s'engager dans des activités sexuelles à risque, d'abuser de substances psychotropes, de manifester des comportements d'automutilation et de faire des tentatives de suicide.

À l'adolescence

Kendall-Tackett, Williams et Finkelhor (1993) rapportent, dans leur recension, que les conséquences les plus importantes de l'ASE à l'adolescence, comparativement à celles observées chez les enfants, sont la dépression, l'isolement, les idéations suicidaires, l'automutilation, les plaintes somatiques, les comportements délinquants, les fugues et l'abus de drogues ou d'alcool. Les adolescents victimes d'ASE sont aussi plus susceptibles de subir de la violence psychologique, physique et sexuelle de la part de leurs partenaires amoureux (Hébert, Moreau, Blais, Lavoie, & Guerrier, 2017).

Selon deux études portant sur des adolescentes québécoises victimes d'agression sexuelle, de 50 à 60% d'entre elles répondent aux critères diagnostiques de trouble de stress post-traumatique ou présentent des symptômes de dépression ou d'anxiété qui atteignent le seuil clinique (Daigneault, Hébert, & Tourigny, 2006) et 64% rapportent des idéations suicidaires (Brabant et al., 2013).

Dépression, trouble de stress post-traumatique et suicide

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC- Santé mentale), parue en 2012, qui porte sur la prévalence des troubles de santé mentale au cours des 12 derniers mois, le groupe des 15-24 ans est celui ayant

les pourcentages les plus élevés de dépression (7,1%) et de pensées suicidaires (5,8%). Les adolescentes et les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont, cependant, presque deux fois plus nombreuses que les adolescents et les jeunes hommes du même groupe d'âge à présenter un épisode de dépression majeure et à avoir reçu un diagnostic de trouble de stress post-traumatique. Elles sont également plus nombreuses que les adolescents et les jeunes hommes à entretenir des pensées suicidaires (6,6% vs 5,0%). Ces écarts entre les sexes pourraient, en partie, s'expliquer par les agressions sexuelles que subissent les femmes. En effet, chez les adolescentes de 15 à 19 ans, le suicide serait la première cause de décès (Patton et al., 2009) et l'agression sexuelle serait l'événement le plus fortement et régulièrement associé au suicide chez les jeunes de 10 à 25 ans (Serafini et al., 2015). Une récente revue de la littérature révèle une association significative entre l'ASE et les idéations et tentatives suicidaires dans 49 des 52 études portant sur une population adolescente (Miller, Esposito-Smythers, Weismoore, & Renshaw, 2013).

La prévalence à vie de la dépression majeure est également de 3 à 5 fois plus élevée chez les femmes ayant vécu une ASE que chez les femmes n'ayant pas subi ce type d'agression (Putnam, 2003). Brabant et al. (2013) rapportent un pourcentage d'idéations suicidaires de 63,5% chez les adolescentes victimes d'ASE, alors que ce pourcentage est de 29,9% chez les 12-20 ans dans la population générale (Evans, Hawton, Rodham, & Deeks, 2005). Ces résultats sont d'autant plus inquiétants que de 25% à 58% des personnes ayant des idéations suicidaires feront une tentative de suicide et que 7% d'entre elles parviendront à se suicider (Brezo, Paris, Tremblay, Vitaro, Hébert, & Turecki, 2007). Selon l'étude de Brezo et al. (2007), menée au Québec sur un échantillon issu de la communauté, être une fille et être victime d'ASE sont les facteurs les plus souvent associés aux tentatives de suicide. Selon une autre étude, les jeunes ayant été agressés sexuellement sont huit fois plus susceptibles de

commettre des tentatives de suicide à répétition que les autres jeunes (Brown, Cohen, Johnson, & Smailes, 1999).

À la suite de l'analyse des résultats des 55 299 participantes et participants âgés de 18 ans et plus et provenant de 21 pays du World Mental Health Survey, Bruffaerts et ses collègues (2010) en arrivent à la conclusion que parmi neuf événements négatifs survenus pendant l'enfance (agression physique, agression sexuelle, négligence, décès d'un parent, divorce des parents, autre perte parentale, violence familiale, maladie physique et difficulté financière), l'ASE est le plus fort prédicteur des idéations suicidaires et des tentatives de suicide au cours de la vie.

Les symptômes dépressifs et de stress post-traumatique ainsi que les idéations suicidaires apparaissent comme des conséquences importantes à évaluer chez les adolescentes victimes d'ASE. Il est donc essentiel d'identifier les facteurs associés à la présence de ces symptômes et aux idéations suicidaires chez ces adolescentes.

1.2 Fondements théoriques

1.2.1 Modèle intégratif des facteurs psychosociaux reliés à l'adaptation à un stress traumatique

Dans leur modèle intégratif des facteurs psychosociaux reliés à l'adaptation à un stress traumatique, Joseph, Williams et Yule (1995) prennent en compte les variables les plus susceptibles d'expliquer la qualité de cette adaptation. Ce modèle inclut les caractéristiques de l'événement (blessure physique et perception de menace à sa vie), le contexte social et le soutien social reçu, la personnalité de la victime (incluant son

style attributionnel et ses croyances), son état émotionnel (notamment, la honte, la culpabilité et la colère), son interprétation de l'événement (p. ex., ses attributions causales) et sa gestion du stress (stratégies d'adaptation, inhibition et retrait social). Ce modèle met également en évidence les interactions entre ces différentes variables. Par exemple, la façon de gérer un événement traumatique est liée à l'interprétation qu'en fait la victime. Selon les auteurs, l'interprétation et la gestion du stress agissent comme médiateur de la relation entre l'événement traumatique et les symptômes de TSPT. D'autres modèles conceptuels accordent également une place importante au rôle de l'évitement et des attributions causales dans le développement et le maintien du TSPT (Ehlers & Clark, 2000 ; Foa & Kozak, 1986; Mowrer, 1960).

1.2.2 Escape Theory of Suicide

De son côté, Baumeister (1990), dans son Escape Theory of Suicide, tente d'expliquer le processus menant au suicide à l'aide d'un modèle en six étapes. Lorsqu'un événement difficile est suivi d'attributions causales internes de blâme, le sentiment d'être incompetent, inadéquat, peu attrayant ou coupable va inévitablement surgir. Pour tenter d'échapper à ses pensées et à ses affects négatifs, l'individu va se plonger dans un état d'engourdissement cognitif et émotionnel. Cet état d'engourdissement accroît le risque de commettre un geste suicidaire. Le suicide est donc le résultat d'une escalade de la volonté de fuir des prises de conscience douloureuses. La présence d'attributions internes de blâme, de sentiments négatifs et d'évitement est un élément central de cette théorie sur le suicide.

1.2.3 Modèles spécifiques à l'agression sexuelle

D'autres modèles théoriques portent, de façon spécifique, sur les répercussions de l'agression sexuelle. Le modèle écologique de Campbell, Dworkin et Cabral (2009) met l'accent sur l'importance de considérer tout un ensemble de variables pour comprendre les effets de l'agression sexuelle sur la santé mentale des femmes. Y sont inclus les caractéristiques de l'agression (incluant la relation avec l'agresseur et la présence de blessures), les facteurs individuels (biologiques, génétiques et sociodémographiques), les facteurs du microsystème (soutien social des proches), de l'exosystème (p. ex., le système judiciaire et médical), du macrosystème (les mythes sociaux liés au viol) et du chronosystème (historique d'agression sexuelle et revictimisation). Ces auteurs accordent également une place centrale aux attributions internes de blâme chez la victime et à l'impact des différents systèmes sur ses attributions causales.

Parmi les modèles proposés pour expliquer les répercussions de l'ASE, celui de Finkelhor et Browne (1985) figure parmi les plus connus et les plus largement cités. Finkelhor et Browne (1985) décrivent quatre dynamiques traumagéniques pouvant se développer chez les jeunes victimes : la sexualisation traumatique, la trahison, l'impuissance et la stigmatisation. La présente thèse s'appuie sur la dynamique traumagénique de stigmatisation. La dynamique de stigmatisation réfère à la connotation négative associée à l'ASE (tabou, honte, culpabilité, blâme envers la victime) que sa famille, sa communauté et l'agresseur communiquent à l'enfant. L'enfant intériorise cette stigmatisation avant même l'ASE ou suite à son dévoilement. Les stratégies de manipulation souvent utilisées par l'agresseur afin de blâmer la victime, de la diminuer ou d'induire chez elle un sentiment de honte, la pression à garder le secret de l'ASE, les réactions de choc ou de blâme de l'entourage suite au dévoilement et les tabous religieux ou culturels peuvent tous contribuer à alimenter un sentiment de honte, de culpabilité ou de blâme chez la victime. De plus,

conserver le secret de l'ASE peut renforcer le sentiment d'être différent, ce qui peut avoir comme effet d'augmenter les sentiments de culpabilité et de honte. Toujours selon Finkelhor et Browne (1985), les enfants vivant de la stigmatisation se sentent isolés, peuvent consommer de façon abusive des drogues ou de l'alcool et s'engager dans des activités criminelles ou dans la prostitution. La stigmatisation peut aussi mener à des comportements autodestructeurs et à des tentatives de suicide.

D'autres modèles se concentrent sur les processus psychologiques qui peuvent contribuer à accentuer ou à atténuer les répercussions de l'ASE sur l'adaptation psychologique de ses victimes. Le modèle transactionnel de Spaccarelli (1994) met l'accent sur la façon dont la victime perçoit son ASE (perception de menace à l'intégrité physique et aux relations importantes, évaluation négative de soi incluant les attributions internes de blâme et évaluation négative des autres) et sur les stratégies d'adaptation qu'elle utilise. Ces perceptions et les stratégies d'adaptation mises en oeuvre agissent comme médiateurs de la relation entre les caractéristiques de son agression et les symptômes de détresse psychologique de la victime. Enfin, Feiring, Taska et Lewis (1996) insistent, de leur côté, sur le sentiment de honte que suscitent, chez la victime, ses attributions causales internes de l'ASE, ce qui contribue à accentuer ses problèmes d'adaptation psychologique, notamment le risque de dépression et de TSPT. Ce sont les processus psychologiques en jeu chez les victimes d'agression sexuelle qui retiennent plus particulièrement notre attention dans la présente thèse, soit la honte, les attributions internes de blâme ainsi que les stratégies d'adaptation utilisées.

1.3 La stigmatisation : les attributions internes de blâme et la honte

1.3.1 Définition

Finkelhor et Browne (1985) ont décrit, dans leur modèle théorique, la dynamique de stigmatisation que l'on observe généralement chez les enfants victimes d'ASE. Le blâme envers la victime et la honte qu'elle éprouve y jouent un rôle central. Selon Feiring et ses collègues, la honte est le processus émotionnel au cœur de la stigmatisation et les attributions internes de blâme en sont le processus cognitif central (Feiring, Taska, & Lewis, 1998). En d'autres termes, la victime éprouve d'autant plus de honte qu'elle se blâme pour son agression.

Attributions internes de blâme

Feiring, Taska et Lewis (1996), dans leur modèle conceptuel, accordent une grande importance aux attributions causales suite à l'ASE. Selon ces chercheuses, les attributions causales ont un effet de médiation sur le lien entre l'ASE et le sentiment de honte qu'éprouve la victime. Leur modèle s'inspire de la théorie de l'attribution causale de Weiner (1985). Selon cette théorie, trois dimensions des attributions causales vont influencer les répercussions psychologiques d'un événement : le locus de contrôle (interne ou externe), la stabilité du locus de contrôle (stable ou instable) et la contrôlabilité (contrôlable ou incontrôlable). Dans la présente thèse, les attributions internes de blâme suite à l'ASE réfèrent aux attributions causales dont le locus de contrôle est interne, tel que défini par Weiner (1985) dans sa théorie de l'attribution.

Janoff-Bulman (1979) distingue deux types d'attributions internes de blâme : le blâme caractériel, la victime attribuant son agression à son caractère ou à sa

personnalité, et le blâme comportemental, l'agression étant attribuée aux actions qu'elle a posées. Certains auteurs utilisent cette distinction dans leurs recherches sur les victimes d'AS, alors que d'autres ne font pas cette distinction, par exemple Feiring et al. (1998). D'autres encore distinguent plutôt le blâme général, qui réfère au locus de contrôle interne dans différentes situations, du blâme spécifique à l'AS (Daigneault, Tourigny, & Hébert, 2006). Selon Michael Lewis (1992), les femmes ont davantage tendance que les hommes à faire des attributions internes de blâme de leurs échecs. Les attributions internes de blâme jouent un rôle important dans l'émergence du sentiment de honte suite à un échec. La honte est moins susceptible de surgir lorsque l'échec est attribué à une cause externe.

Honte

Deux émotions jouent un rôle central dans la dynamique de stigmatisation de Finkelhor et Browne (1985) : la honte et la culpabilité. Selon Helen Block Lewis (1971), l'expérience de la honte serait directement liée à l'évaluation de soi, alors que, dans la culpabilité, le soi n'est pas l'objet central de l'évaluation négative, mais plutôt le comportement. Michael Lewis (1992) fait une distinction similaire. Le sentiment de honte surgit lorsque le soi dans son entièreté est évalué de façon négative, alors que la culpabilité est suscitée lorsque l'évaluation se limite aux actions posées. Cette distinction entre la honte et la culpabilité n'est pas sans rappeler celle faite entre le blâme caractériel et le blâme comportemental par Janoff-Bulman (1979).

Selon Tangney, Wagner et Gramzow (1992), la culpabilité est liée à un sentiment de remords ou de regret pour le comportement fautif ainsi qu'à une tension qui peut mener à une action réparatrice. Par contre, l'expérience de la honte est plus douloureuse et dévastatrice que la culpabilité, car c'est toute la valeur de la personne qui est alors mise en doute, ce qui peut entraîner un sentiment d'impuissance et le

désir de se cacher ou de disparaître. Feiring, Taska et Lewis (1996) sont également d'avis que la honte, plutôt que la culpabilité, est l'émotion centrale de la dynamique de stigmatisation.

1.3.2 Stigmatisation et psychopathologie chez les victimes d'agression sexuelle

Selon une recension des études portant sur les liens entre la honte et le TSPT, les victimes de violence sexuelle et de violence conjugale rapportent éprouver plus de honte que les victimes d'autres types de traumatismes (Saraiya & Lopez-Castro, 2016). Les auteurs attribuent ces résultats au fait que les victimes de violence interpersonnelle vivent davantage d'humiliation, d'impuissance et de sentiment de perte d'intégrité que les victimes d'autres types d'événement traumatiques. De plus, le sentiment de honte que rapportent les victimes est corrélé à leurs symptômes de TSPT, notamment à l'évitement.

Candice Feiring et ses collègues se sont tout particulièrement intéressées à l'influence de la honte et des attributions internes de blâme sur les symptômes associés à l'ASE. Ces auteures ont été les premières à démontrer l'importance de la honte et des attributions internes de blâme pour l'adaptation des victimes d'ASE pendant l'enfance et à l'adolescence (Feiring et al., 1998). Elles ont également proposé un modèle de médiation selon lequel les attributions internes de blâme chez les victimes d'ASE suscitent la honte qui, elle-même, conduit à des problèmes d'adaptation psychologique (Feiring, Taska, & Lewis, 1996 ; Feiring et al., 2002).

Les études de Candice Feiring et ses collègues montrent que le sentiment de honte et les attributions internes de blâme chez les victimes d'ASE sont liés à la dépression, à une faible estime de soi et aux symptômes de TSPT (Feiring et al., 1998) et que ce

lien persiste un an plus tard (Feiring, Taska, & Lewis, 2002). De plus, le sentiment de honte un an après l'ASE prédit le sentiment de honte et les symptômes de TSPT 6 ans plus tard (Feiring & Taska, 2005) alors que les attributions internes de blâme au moment du dévoilement de l'ASE prédisent les symptômes dépressifs et les pensées intrusives pendant les 6 années suivantes (Feiring & Cleland, 2007).

Les attributions internes de blâme sont associées à de nombreux corrélats de l'agression sexuelle, notamment au trouble de stress post-traumatique (Arata & Bukhart, 1996 ; Feiring, Taska, & Chen, 2002 ; Frazier, 1990), aux symptômes de dépression (Feiring, Taska, & Lewis, 1998; Feiring & Cleland, 2007; Spaccarelli & Fuchs, 1997) et aux idéations suicidaires (Ullman & Najdowsky, 2009)

D'autres auteurs ont étudié l'effet de la honte sur les symptômes de TSPT suite à une agression. Andrews, Brewin, Rose et Kirk (2000) rapportent, dans leur étude portant sur 157 adultes victimes de crimes violents, que le seul prédicteur des symptômes de TSPT 6 mois après l'agression est le sentiment de honte. Ces résultats sont donc cohérents avec ceux de Feiring et Taska (2005) indiquant que le sentiment de honte serait l'un des médiateurs potentiels de la relation entre l'ASE et les symptômes de TSPT.

Feiring et ses collègues n'ont cependant pas étudié le lien possible entre la honte et les idéations suicidaires. Pourtant, le lien entre ces deux variables est déjà au coeur de la théorie des dynamiques traumagéniques de Finkelhor et Browne (1985). De plus, les études de Feiring et ses collègues portent sur un échantillon d'enfants et d'adolescents de 8 à 15 ans, ce qui peut masquer les spécificités développementales propres à l'adolescence (Feiring et al., 1998; Feiring, Rosenthal, & Taska, 2000; Feiring, Taska, & Lewis, 2002; Feiring & Taska, 2005; Feiring & Cleland, 2007;

Feiring, Cleland, & Simon, 2009; Feiring Simon, & Cleland, 2009; Simon, Feiring, & Cleland, 2014).

Récemment, Feiring et ses collègues ont intégré les stratégies d'adaptation à leur modèle et concluent que la stigmatisation, telle que mesurée par les attributions internes de blâme et le sentiment de honte, ainsi que le TSPT prédisent l'utilisation de stratégies d'adaptation peu efficaces, comme l'évitement (Simon et al., 2014).

1.4 Les stratégies d'adaptation

Plusieurs modèles portant sur l'ASE et le TSPT considèrent les stratégies d'adaptation comme l'un des principaux facteurs liés à la détresse psychologique des victimes d'ASE (Ehlers & Clark, 2000; Foa & Kozak, 1986; Mowrer, 1960). De plus, selon le modèle transactionnel de Spaccarelli (1994), la façon dont la victime interprète l'ASE qu'elle a subie ainsi que ses stratégies d'adaptation agissent comme médiateurs de la relation entre les caractéristiques de son agression et ses symptômes de détresse psychologique. Joseph et ses collègues (1995) insistent, pour leur part, sur l'importance et les interrelations entre les attributions causales et les stratégies de gestion du stress de la victime et sur leur rôle médiateur du lien entre l'événement traumatique et les symptômes de TSPT.

1.4.1 Définition

Lazarus (1993) définit les stratégies d'adaptation (coping), comme « un effort cognitif et comportemental que déploie une personne pour gérer un stress psychologique ou, plus spécifiquement, une demande externe et/ou interne spécifique qui dépasse les ressources dont elle estime disposer pour y faire face. » (p. 237) (Traduction libre). Selon Folkman et Lazarus (1988), c'est l'évaluation que la personne fait de sa relation avec son environnement et l'émotion qui en découle qui vont influencer la stratégie d'adaptation utilisée afin de modifier cette relation. Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis et Gruen (1986) décrivent huit types de stratégies d'adaptation : la confrontation, la distanciation, la maîtrise de soi, la recherche de soutien social, l'acceptation de la responsabilité, l'évitement, la résolution de problème et la réévaluation positive. Dans un texte plus tardif, Lazarus (1993) décrit les stratégies d'adaptation comme étant axées soit sur le problème ou sur les émotions. Les stratégies d'adaptation axées sur le problème visent à changer la relation entre la personne et son environnement en agissant sur la source du stress. Les stratégies d'adaptation axées sur les émotions visent à changer la façon dont la personne évalue sa relation avec son environnement (vigilance ou évitement), ou le sens, l'interprétation qu'elle fait des événements ou de la situation.

Il arrive, dans certaines études, que les stratégies d'adaptation soient catégorisées en fonction de leur efficacité ou selon qu'elles sont jugées adaptées ou inadaptées à la situation (par ex., Ullman, Peter-Hagene, & Relyea, 2014). Certains auteurs sont, toutefois, d'avis qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises stratégies d'adaptation, car tout dépend de la situation (Joseph, Williams, & Yule, 1995).

Dans la présente thèse, nous évaluons trois stratégies d'adaptation utilisées par les adolescentes victimes d'ASE suite à l'agression : la recherche de soutien social, la résolution de problème et l'évitement. La recherche de soutien social réfère aux

efforts déployés par la victime pour obtenir du soutien de son entourage (p. ex., "*J'ai demandé conseil à un parent ou à un/e ami/e que je respectais*" ; "*J'ai parlé à quelqu'un de mes sentiments*"). La résolution de problème renvoie aux efforts délibérés, axés sur le problème, que fait la victime pour modifier la situation (p. ex., "*Je savais ce qui devait être fait, alors j'ai redoublé d'efforts pour que ça puisse fonctionner*" ; "*J'ai tenu bon et me suis battue pour ce qui me tenait à coeur*"). Les stratégies d'évitement incluent les pensées magiques, le déni et les tentatives d'oubli (p. ex., "*J'ai espéré qu'un miracle se produise*" ; "*J'ai essayé de tout oublier*").

1.4.2 Stratégies d'adaptation et psychopathologie chez les victimes d'agression sexuelle

Selon Bal, Crombez, Van Oost et Debourdeaudhuij (2003), les adolescentes et adolescents victimes d'ASE rapportent non seulement utiliser plus de stratégies d'évitement, mais également rechercher plus de soutien social que leurs pairs. L'évitement et la recherche de soutien social chez les filles victimes d'inceste sont tous deux liés positivement à leurs symptômes de détresse à l'âge adulte (Brand & Alexander, 2003). Les auteurs notent qu'il est plus difficile pour les victimes d'inceste d'obtenir du soutien de leurs proches que pour les victimes d'une agression extrafamiliale. Elles sont donc à la recherche d'un soutien qu'elles ne parviennent pas à obtenir. Chez les femmes, une relation positive a été observée entre la sévérité des ASE et l'utilisation de stratégies autodestructrices et d'évitement (Merrill, Guimond, Thomsen, & Milner, 2003). De plus, ces stratégies sont reliées à la détresse psychologique chez ces femmes (Merrill, Thomsen, Sinclair, Gold, & Milner, 2001).

Dans une étude longitudinale, Frazier, Mortensen et Steward (2005) ont examiné le rôle médiateur des stratégies d'adaptation sur la relation entre les attributions internes

de blâme et la détresse chez des femmes victimes d'AS. Les femmes qui se blâmaient pour leur agression utilisaient davantage le retrait social et l'évitement comme stratégies d'adaptation. De plus, le retrait social avait un effet de médiation sur la relation entre les attributions internes de blâme et la détresse psychologique, alors que l'évitement n'était pas relié à la détresse psychologique une fois les attributions internes de blâme prises en compte. L'évitement n'a donc pas d'effet de médiation sur la relation entre retrait social et détresse psychologique lorsque l'on tient compte des attributions internes de blâme.

Par contre, Whiffen et Macintosh (2005), dans leur recension des écrits, identifient l'évitement comme seule stratégie d'adaptation médiatrice de la détresse chez les victimes d'ASE. Des études publiées depuis confirment ce rôle médiateur de l'évitement (Hébert, Tremblay, Parent, Daignault, & Piché, 2006; Wright et al., 2007). De plus, selon Fortier et al. (2009), l'évitement agit comme médiateur dans la relation entre la sévérité de l'ASE et les symptômes traumatiques. De leur côté, Cantón-Cortés, Cantón, Justicia et Cortés (2011) rapportent que l'évitement joue un rôle médiateur dans la relation entre les attributions internes de blâme et les symptômes de TSPT chez les victimes d'ASE.

Une étude plus récente a examiné l'effet médiateur des stratégies d'adaptation et de la régulation des émotions sur les liens entre la sévérité de l'AS, les symptômes de trouble de stress post-traumatique et les symptômes dépressifs chez plus de 1800 femmes adultes ayant subi une agression sexuelle pendant l'enfance (Ullman, Peter-Hagene, & Relyea, 2014). Des stratégies d'adaptation moins adaptées et de faibles habiletés de régulation des émotions avaient un effet de médiation partielle sur les liens entre la sévérité de l'AS et les symptômes de TSPT et de dépression. Les attributions internes de blâme n'avaient toutefois aucun effet de médiation lorsque les autres médiateurs étaient pris en compte. Lorsque considérés individuellement, par

contre, chacun des trois médiateurs étudiés prédisait le trouble de stress post-traumatique et les symptômes dépressifs et était relié à la sévérité de l'AS et à l'historique de traumatismes.

Plusieurs stratégies d'adaptation sont donc reliées à la détresse psychologique des victimes d'agression sexuelle, mais l'évitement semble jouer un rôle déterminant. Il semble également exister un lien entre les stratégies d'adaptation, les attributions internes de blâme et la détresse psychologique suite à l'AS.

1.5 Limites des études antérieures

Il existe peu d'études portant, de façon spécifique, sur les victimes d'ASE à l'adolescence, en particulier sur les adolescentes qui en sont victimes. Pourtant, la majorité des victimes d'ASE sont des filles et c'est à l'adolescence qu'elles sont le plus susceptibles d'en être victimes. Les enjeux développementaux de l'adolescence sont, en outre, distincts de ceux de l'enfance ou de l'âge adulte. Les adolescentes ne bénéficient généralement pas du même soutien de leurs proches que les enfants plus jeunes et n'ont pas acquis la maturité affective et cognitive pour bien composer avec un tel traumatisme, ce qui pourrait contribuer à accroître leur détresse.

Les relations entre les stratégies d'adaptation, les attributions internes de blâme et la honte ont rarement été étudiées chez les adolescentes victimes d'ASE. Pourtant, chez les femmes adultes, l'évitement est un médiateur de la relation entre les attributions internes de blâme et la détresse psychologique (Frazier, Mortensen, & Steward, 2005) et les symptômes de TSPT (Cantón-Cortés, Cantón, Justicia, & Cortés, 2011). De plus, malgré l'importance que leur accordent les divers modèles théoriques, à notre

connaissance, aucune étude n'a tenu compte, à la fois, des effets des attributions internes de blâme, de la honte et des stratégies d'adaptation sur les symptômes de dépression et de TSPT et sur les idéations suicidaires des victimes d'ASE. Enfin, les facteurs susceptibles d'accroître le risque suicidaire chez les adolescentes victimes d'ASE sont à peine documentés.

1.6 La présente thèse

L'agression sexuelle peut avoir de lourdes conséquences. Elle est, notamment, associée aux symptômes dépressifs, aux symptômes du trouble de stress post-traumatique et aux idéations suicidaires chez les adolescentes. Les attributions internes de blâme, le sentiment de honte et les stratégies d'adaptation utilisées par les adolescentes pourraient favoriser le développement de ces symptômes et accentuer le risque suicidaire. Il est donc essentiel de mieux comprendre les processus qui peuvent accroître la détresse psychologique des adolescences victimes d'ASE. Une telle analyse est susceptible d'offrir des pistes pour l'élaboration d'interventions mieux adaptées à leurs besoins.

Soulignons qu'il y a un certain chevauchement entre les variables étudiées dans la présente thèse. Certains symptômes de TSPT sont aussi des symptômes de dépression (p. ex., réduction ou perte d'intérêt pour des activités, difficultés de concentration, perturbation du sommeil, dévalorisation ou culpabilité excessive, état émotionnel négatif persistant). Selon Flory et Yehuda (2015), environ 50% des personnes présentant un TSPT répondent également aux critères diagnostiques du trouble dépressif caractérisé, ce qui pourrait constituer un sous-type de TPST. Le niveau de détresse psychologique de ces personnes est plus élevé, leur fonctionnement

neurocognitif plus perturbé, leur risque de suicide plus élevé et leur pronostic plus faible lorsqu'on les compare aux personnes qui répondent seulement aux critères diagnostiques du TSPT.

Les attributions internes de blâme et le sentiment de honte font, par ailleurs, partie des critères diagnostiques du TSPT (D.3. et D.4.) et du trouble dépressif caractérisé (A.7.) et le DSM-5 inclut l'évitement parmi les symptômes nécessaires pour poser un diagnostic de TSPT (critère C). Nous pourrions donc mettre en doute la pertinence d'étudier les effets de ces variables sur le TSPT et le trouble dépressif. Pourtant, comme nous l'avons vu, les modèles théoriques portant sur le TSPT et le risque suicidaire accordent une importance considérable au rôle des attributions internes de blâme, de la honte et de l'évitement dans le développement du TSPT et de la détresse psychologique suite à un événement traumatique tel que l'ASE. Les études empiriques démontrent, également, que ces variables ne sont pas uniquement des symptômes. Elles ont un effet médiation sur le lien entre l'ASE et le degré de détresse psychologique de la victime et sont des prédicteurs de la détresse psychologique. Il faut, en outre, rappeler qu'en raison du contexte social actuel, notamment des tabous et des préjugés entourant l'agression sexuelle, les victimes d'agression sexuelle sont davantage stigmatisées que les victimes d'autres types de traumatisme (Finkelhor & Browne, 1985; Saraiya & Lopez-Castro, 2016). Pour mieux identifier les facteurs qui contribuent à accroître la détresse psychologique des victimes d'ASE, il nous apparaît essentiel de mieux comprendre les liens entre les attributions internes de blâme, la honte et les stratégies d'adaptation utilisées.

Enfin, la présence de pensées de mort récurrentes ou d'idées suicidaires est un critère diagnostique du trouble dépressif caractérisé selon le DSM-5. Il ne s'agit toutefois pas d'un critère diagnostique nécessaire. Les personnes présentant un trouble dépressif n'ont pas toutes des idées suicidaires. Par contre, la prévalence des

idéations suicidaire est particulièrement élevée chez les adolescentes victimes d'ASE. Dans ce contexte, il nous semble pertinent de porter une attention particulière aux idéations suicidaires de nos participantes et aux variables qui y sont associées.

1.6.1 Objectifs

Cette thèse comporte deux objectifs principaux, chacun faisant l'objet d'un article. Le premier objectif est d'examiner l'effet des attributions internes de blâme, de la honte et des stratégies d'adaptation sur les symptômes dépressifs, les symptômes de trouble de stress post-traumatique ainsi que sur les idéations suicidaires chez des adolescentes victimes d'agression sexuelle. L'échantillon se compose de 147 participantes qui ont répondu à une série de questionnaires peu après le dévoilement de leur agression. Le chapitre II présente l'article publié dans le *Journal of Child Sexual Abuse* et qui s'intitule « Posttraumatic Stress Disorder and Suicidal Ideation Among Sexually Abused Adolescent Girls : The Mediating Role of Shame » (Alix, Cossette, Hébert, Cyr, & Frappier, 2017).

Le second objectif, qui fait l'objet d'un second article, est d'examiner l'influence des attributions internes de blâme, du sentiment de honte et des stratégies d'adaptation sur les symptômes de trouble de stress post-traumatique, les symptômes dépressifs et les idéations suicidaires à l'aide d'un devis longitudinal. Ce deuxième article est présenté dans le chapitre III. Il a été publié dans le *Journal of Child Sexual Abuse* et s'intitule « Self-Blame, Shame, Avoidance, and Suicidal Ideation in Sexually Abused Adolescent Girls: A Longitudinal Study » (Alix, Cossette, Cyr, Frappier, Caron, & Hébert, 2019).

1.6.2 Méthodologie et considérations éthiques

Les 147 adolescentes âgées de 14 à 18 ans qui ont participé à l'étude ont été recrutées dans quatre centres d'intervention au Québec, soit la Clinique de l'adolescence du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Sainte-Justine, Parent-Unis Repentigny (PURL), le Centre d'Intervention en Abus Sexuels pour la Famille (CIASF) et le Centre Jeunesse de la Mauricie et du Centre du Québec (CJMCQ). Une assistante de recherche leur expliquait le but de l'étude, obtenait leur consentement écrit et fournissait de l'aide aux participantes qui le souhaitaient pour compléter les questionnaires. Au premier temps de mesure, les questionnaires étaient complétés au centre d'intervention lors du recrutement ou dans un autre lieu, comme à la maison, à la bibliothèque ou à l'UQAM, selon le choix des participantes. Les participantes recevaient un certificat cadeau de 30\$ et une liste des ressources disponibles dans leur région. Six mois plus tard, 100 adolescentes ont répondu à nouveau aux questionnaires dans les mêmes conditions.

Les intervenantes du milieu de recrutement ont rempli le *History of Victimization Form* (HVF) (Wolfe, Gentile, & Bourdeau, 1987) au premier temps de mesure. Ce questionnaire permet d'obtenir des informations sur l'historique de l'ASE, la sévérité de l'agression principale ou de la plus récente, la durée de la situation d'ASE et la relation avec l'agresseur sans avoir à questionner les participantes. Les adolescentes ont elles-mêmes répondu aux autres questionnaires.

Pour l'évaluation des attributions causales internes, un questionnaire composé de huit énoncés, l'*Abuse Attribution Inventory* (AAI) de Feiring, Simon et Cleland (2009), a été utilisé. L'*Abuse Specific Shame Questionnaire* (ASSQ) (Feiring et al., 1998), un questionnaire comportant quatre énoncés, a servi à évaluer le sentiment de honte. La version brève du *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ) (Folkman & Lazarus, 1988) a été adaptée afin de mesurer les stratégies d'adaptation utilisées pour composer avec

l'ASE. Cette mesure contient 12 énoncés divisés en trois sous-échelles : la recherche de soutien social, la résolution de problème et l'évitement.

Les symptômes de TSPT ont été évalués à l'aide du *Children's Impact of Traumatic Events Scale II* (CITES II) (Wolfe, 2002). Nous avons utilisé le score global afin de déterminer le nombre de participantes atteignant le seuil clinique de TSPT. Cette échelle couvre tous les symptômes identifiés par le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Les adolescentes ont, enfin, rempli l'échelle de problèmes affectifs du *Youth Self Report* (YSR) (Achenbach & Rescorla, 2001) afin d'évaluer leurs symptômes dépressifs dans les trois derniers mois. Cette échelle comporte également un seuil clinique. Elle compte 13 énoncés, dont un énoncé servant à mesurer la présence d'idées suicidaires "Je pense à me suicider". Cet énoncé a été retiré de l'échelle de problèmes affectifs lors des analyses et a fait l'objet d'analyses distinctes.

Des analyses préliminaires (analyses descriptives et corrélations) ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS. Des analyses de corrélations ont été utilisées afin d'examiner les associations entre les variables étudiées. Les variables qui n'étaient pas corrélées significativement avec les autres variables à l'étude n'ont pas été incluses dans les modèles finaux. Les caractéristiques de l'agression sexuelle ont également été incluses dans les analyses préliminaires.

Pour le premier article, nous avons réalisé des analyses acheminatoires à l'aide de régressions linéaires du logiciel SPSS et une analyse de médiation en utilisant la procédure de Preacher et Hayes (2008). Pour le deuxième article, des analyses acheminatoires ont été effectuées à l'aide du logiciel MPlus en respectant les recommandations pour les indices d'ajustement de Hu et Bentler (1999).

Cette thèse s'inscrit dans un projet plus vaste dirigé par la professeure Martine Hébert, Ph.D., et subventionné par les Instituts de recherche en santé du Canada IRSC

(#103944). Il a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine (Annexe A). La nature de la recherche, son but, ses objectifs, les avantages et désavantages potentiels de la participation et le droit de se retirer à tout moment sont inscrits dans le formulaire de consentement remis aux participantes (Annexe B) et ont été abordés lors de la présentation du projet de recherche.

CHAPITRE II

ARTICLE I

Posttraumatic Stress Disorder and Suicidal Ideation among Sexually Abused Adolescent Girls: The Mediating Role of Shame

Stéphanie Alix^a, Louise Cossette^a, Martine Hébert^b, Mireille Cyr^c, and Jean-Yves
Frappier^d

^aDepartment of Psychology, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada

^bDepartment of Sexology, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada

^cDepartment of Psychology, Université de Montréal, Montréal, Canada

^dPediatric Department, Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine, Université de
Montréal, Montréal, Canada

Article publié dans le *Journal of Child Sexual Abuse*,

2017, vol. 26, no. 2, 158–174

Abstract

Sexual abuse is associated with a host of negative repercussions in adolescence. Yet, the possible mechanisms linking sexual abuse and negative outcomes are understudied. The purpose of this study was to investigate the relationships among self-blame, shame, coping strategies, posttraumatic stress disorder (PTSD), depressive symptoms, and suicidal ideations. The sample included 147 sexually abused adolescent girls between 14 and 18 years of age. A total of 60% of girls reached clinical score for PTSD and 53% reached clinical score for depressive symptoms. Close to half (46%) reported suicidal thoughts in the past three months. Shame was found to partially mediate the relationship between self-blame and PTSD. Shame and depressive symptoms were also found to partially mediate the relationship between self-blame and suicidal ideations. Results suggest that shame is a crucial target in interventions designed for sexually abused adolescent girls.

Keywords: attributions; child sexual abuse; coping strategies; depression; self-blame; stigma

2.1 Introduction

The consequences associated with childhood sexual abuse (CSA) have been studied for more than three decades now. The bulk of studies have shown more depressive symptoms, posttraumatic stress disorder (PTSD), and suicidal ideation (Hillberg, Hamilton-Giachritsis, & Dixon, 2011; Maniglio, 2009; Paolucci, Genuis, & Violato, 2001) among CSA victims than among the general population, especially during adolescence (Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor, 1993; Tyler, 2002). A recent review revealed a significant association between CSA and suicidal ideation or attempts in 49 out of 52 studies conducted with adolescents (Miller, Esposito-Smythers, Weismore, & Renshaw, 2013). The risk for CSA increases substantially in late adolescence for girls with 36.8% of CSA occurring between their 15th and 17th birthday (Finkelhor, Shattuck, Turner, & Hamby, 2014).

According to Whiffen and MacIntosh (2005), now that the association between CSA and emotional distress has been documented, research should focus on identifying the underlying mechanisms involved in this link. In their review of the literature, shame, self-blame, and avoidance coping strategies were identified as crucial factors related to a heightened risk of emotional distress among victims of CSA. Yet, few studies have explored the impact of these factors on outcomes in sexually abused adolescents. The aim of the present study was to further investigate self-blame, shame, and coping strategies among sexually abused adolescent girls and their impact on PTSD, depression, and suicidal ideation by testing a mediational model.

2.1.1 Self-blame and shame

The Traumagenic Dynamic of Stigmatization model proposed by Finkelhor and Browne (1985) was the first to emphasize the role of shame and self-blame in the

symptomatology of sexually abused youth. According to these authors, the negative connotations surrounding sexual abuse (taboo, shame, guilt, blaming the victim) are communicated to the victims by their environment, their aggressor, or society and are then integrated by the victims creating a stigma. Victims may feel they are to blame for the abuse and develop feelings of shame and guilt about the abuse. They may also feel different from others, isolated, have low self-esteem, and engage in self-destructive behaviors, including suicide attempts.

Candice Feiring and her colleagues have highlighted the role of self-blame and shame as mediators of the relationship between sexual abuse characteristics and psychosocial adjustment (Feiring, Taska, & Lewis, 1996). Their longitudinal study of 160 CSA victims between eight and 15 years of age showed that shame and self-blame were not only strongly correlated with depressive and PTSD symptoms, even after controlling for age, gender, and CSA characteristics, but also mediated the relationship between the number of abusive events and depressive symptoms (Feiring, Taska, & Lewis, 1998). Self-blame was also found to predict depressive and PTSD symptoms in follow-up assessments conducted one and six years later (Feiring & Cleland, 2007; Feiring, Taska, & Chen, 2002). Shame was also related to PTSD symptoms after 6 years (Feiring & Taska, 2005). Furthermore, shame was found to mediate the relationship between self-blame and PTSD symptoms and self-blame predicted PTSD after controlling for age, gender, and CSA characteristics (Feiring et al., 2002). More recently, using a six-year longitudinal design, Simon, Feiring and Cleland (2014) showed that self-blame and shame shortly after the abuse and one year later significantly increased the likelihood of using avoidant coping strategies six years later.

2.1.2 Coping Strategies

Sarah Ullman and her colleagues conducted a series of studies on the psychological adjustment of women sexually abused during childhood or adulthood. Self-blame and maladaptive coping strategies were found to be related to more severe depression and PTSD symptoms (Ullman, Filipas, Townsend, & Starzynski, 2007; Ullman, Peter-Hagene, & Relyea, 2014) and to predict suicidal ideations (Ullman & Najdowski, 2009). Maladaptive coping strategies were also found to mediate the relationship between CSA severity and depressive and PTSD symptoms, but self-blame did not (Ullman et al., 2014).

The attribution theory of Weiner (1985) is consistent with the Traumagenic Dynamic of Stigmatization model and can be used to understand not only how internal self-blame can lead to shame (Feiring et al. 1996; Feiring, Taska, & Lewis, 2002; Lewis, 2016; Ullman et al. 2014), but also the relevance of coping strategies in CSA victims. It posits that the perception of failure, including internal or external attribution of failure, has a strong influence on an individual's emotional experience (i.e., anger, guilt, hopelessness, shame). The affect experienced will then influence the individual's behaviors. According to this theory, we hypothesized that victims who perceive themselves as responsible for the abuse will be more likely to experience shame and rely on maladaptive coping which in turn will be linked to negative outcomes. The outcomes investigated are depression, PTSD and suicidal ideation. In contrast, we expect that victims who do not perceive themselves as responsible, will not experience shame and will rely on more efficient coping which will be associated with less symptoms.

2.1.3 Relationships among self-blame, shame, and coping strategies in explaining CSA symptoms

The relationships between coping strategies, self-blame, and shame have rarely been studied during childhood and adolescence. Yet, during adulthood avoidance coping has been found to mediate the relationship between self-blame and psychological distress (Frazier, Mortensen, & Steward, 2005) and PTSD symptoms (Cantón-Cortés, Cantón, Justicia, & Cortés, 2011).

The complex relationships between self-blame, feelings of shame, coping strategies, and psychological adjustment are very compatible with a cognitive behavioral model but they need to be further investigated among sexually abused adolescent girls. Moreover, although various studies have shown the impact of self-blame and shame on the symptomatology of CSA victims, more precisely on PTSD and depressive symptoms, we know little about their impact on suicidal ideation and attempts. Yet, according to a recent review, sexual abuse is the adverse life event most consistently and strongly associated with suicide among young people aged 10–25 years (Serafini et al., 2015). Suicide is the first worldwide cause of death among adolescent girls aged 15-19 years (Patton et al., 2009). A recent meta-analysis also indicates that between 20% and 22% of suicide and suicidal attempts among women can be imputed to CSA (Devries et al., 2014).

Depressive mood is a well-known risk factor for suicidal ideation and behaviors, along with PTSD (Beautrais, 2000; Devenish, Berk, & Lewis, 2016; Krysinska & Lester, 2010; Miller & Eckert, 2009). Recent studies also show that among sexually abused adolescents, not only depressive and PTSD symptoms predict suicidal ideations (Brabant, Hébert, & Chagnon, 2014), but also that depressed mood mediates the relationship between sexual abuse and suicidal ideation (Sigfusdottir, Asgeirsdottir, Gudjonsson, & Sigurdsson, 2013). Against this backdrop, the aim of

the present study was to investigate the effect of self-blame, shame, and coping strategies on depressive symptoms, PTSD, and suicidal ideation among sexually abused adolescent girls. We first hypothesized that shame and coping strategies will mediate the relationships between self-blame and PTSD, depressive symptoms, and suicidal ideation. We also hypothesized that depressive and PTSD symptoms will mediate the relationship between self-blame and suicidal ideation.

2.2 Method

2.2.1 Participants and Procedure

A sample of 147 female teenagers aged between 14 and 18 years was recruited to participate in a larger study on the diversity of profiles among victims of CSA. Teenagers were recruited following disclosure of CSA in four intervention centers in the province of Quebec, Canada: the *Clinique de l'adolescence* of the *Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Sainte-Justine*, *Parent-Unis Repentigny (PURL)*, the *Centre d'Intervention en Abus Sexuels pour la Famille (CIASF)*, and the *Centre Jeunesse de la Mauricie et du Centre du Québec (CJMCQ)*. Written consent was obtained by a research assistant after explaining the purpose of the study. The questionnaires were then completed at the intervention center, or if participant preferred in another location (home, research center). A research assistant provided assistance if required. Participants received a \$30 gift card and a list of resources available. The study was approved by the Ethics Committee of the *Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine*. Socio-demographic characteristics of the sample are presented in Table 2.1.

2.2.2 Measures

Shame

The Abuse Specific Shame Questionnaire (ASSQ) (Feiring et al., 1998) was used to assess feelings of shame. The scale contains four items rated on a 3-point scale: not true, somewhat true, and very true. Sample items include: “What happened makes me feel dirty.” The internal consistency for this measure is adequate ($\alpha = .85$) (Feiring et al., 2002) and .75 in the present sample.

Self-blame attributions

The Abuse Attribution Inventory (AAI) (Feiring et al., 2009) was used to assess abuse-specific self-blame with eight items rated on a 3-point scale : not true, somewhat true, and very true. Sample items include: “It happened to me because I am not a cautious person.” Internal consistency of the global score was found to be satisfactory in the original study ($\alpha = .75-.80$; Feiring et al., 2009) as well as in the present study ($\alpha = .83$).

Coping strategies

The brief version of the Ways of Coping Questionnaire (WCQ) (Folkman & Lazarus, 1988) was adapted to assess abuse-specific coping strategies. It contains 12 items rated on a 4-point scale: does not apply or not used, used somewhat, used quite a bit, and used a great deal. Three subscales are derived from the items: Social support seeking ($\alpha = .75$), Problem solving ($\alpha = .78$), and Avoidance coping ($\alpha = .69$).

Posttraumatic stress disorder

The Children's Impact of Traumatic Events Scale II (CITES II) (Wolfe, 2002) (French version by Hébert, 2006) was used to assess PTSD symptoms. The PTSD scale was designed to cover all symptoms identified in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (American Psychiatric Association, 1994), and diagnostic status can be calculated for the PTSD symptom criteria (Wolfe, 2007). Three dimensions of PTSD are considered: Intrusive thoughts, Avoidance, and Hyperarousal and evaluated on a 3-point scale: none, some, or a lot. The global PTSD score (46 items; cut-off score = 60/92) was used in the analyses ($\alpha = .95$).

Depressive Symptoms

The Affective problems scale from the Youth Self Report (YSR) (Achenbach & Rescorla, 2001) was used to assess depressive symptoms. Clinical scores can be derived from the YSR (T scores > 70). Ferdinand (2008) and Nakamura, Ebesutani, Bernstein and Chorpita (2009) concluded that the affective problem scale from CBCL and YSR was a better measure of major depressive disorder than the anxiety/depressive scale. This scale originally contains 13 items, including the suicidal ideation item (question 91). In order to properly analyze the relationship between depressive symptoms and suicidal ideation, this item was analyzed separately. The revised scale contains 12 items with a Cronbach alpha of .80.

Suicidal ideation

One question ("I think about killing myself ") from the YSR was used to assess suicidal ideation in the last three months. The question is rated on a 3-point scale: not true, somewhat or sometimes true, and very true or often true. Participants who endorsed "not true" were attributed a score of 0 while other participants were given a score of 1.

Abuse characteristics

Characteristics of the abuse were assessed using the French version of the History of Victimization Form (HVF) (Wolfe, Gentile, & Bourdeau, 1987; Parent & Hébert, 1995) completed by the caseworker. The data collected include severity and duration of the abuse, relationship to abuser, age and sex of abuser, presence of violence, threat, drugs, number of reported CSA situations, time passed since last episode of CSA. The information regarding abuse characteristics are presented in Table 2.2.

Sociodemographic variables

The sociodemographic questionnaire includes items on adolescents' age, nationality, parents' nationality, language, and family structure (see Table 2.1).

2.3 Results

2.3.1 Preliminary analyses and correlations among variables

Analyses were performed with SPSS 22 software. The Skewness and Kurtosis tests revealed a normal distribution for every variable tested: between -0.13 and 3.84 for Skewness, between -0.38 and 3.00 for Kurtosis. Suicidal ideation, assessed with only one item on a 3-point scale, had the highest skewness. Skewness is under 3 for all other variables. Symptoms scores were in the clinical range for a large percentage of girls: 53.10% for the Affective problems scale, 66.40% for PTSD, while 45.80% of them reported suicidal thoughts in the last three months. Correlations between self-blame, shame, avoidance, PTSD symptoms, depressive symptoms, and suicidal ideation were statistically significant (see Table 2.3). However, problem-solving and

social support seeking were both eliminated from further analysis since they were not correlated with outcomes variables (Baron & Kenny, 1986).

2.3.2 Mediation and path analysis

Shame, self-blame, and avoidance were significantly correlated with depressive symptoms, PTSD, and suicidal ideation. However, avoidance coping only explained 0.36% of the variance of suicidal ideation when self-blame, shame, depressive symptoms, and PTSD were included into the model. Moreover, PTSD symptoms did not explain a significant percentage of the variance of suicidal ideation (1.08%) when self-blame, shame, and depressive symptoms were included into the model. Avoidance coping and PTSD were therefore rejected from the model explaining suicidal ideation.

A path analysis was performed using linear regressions in accordance with Wonnacott and Wonnacott's (1995) procedure to examine the effect of shame and depressive symptoms on the relation between self-blame and suicidal ideations. Approximately 41.60% of the variance of suicidal ideation was explained by self-blame, shame, and depressive symptoms. Self-blame was a significant predictor of suicidal ideation ($\beta = .41$, $SE = .01$, $p < .001$) and shame ($\beta = .40$, $SE = .05$, $p < .001$). Shame was a significant predictor of depressive symptoms ($\beta = .40$, $SE = .16$, $p < .001$), and depressive symptoms a significant predictor of suicidal ideation ($\beta = .60$, $SE = .01$, $p < .001$). The standardized indirect effect was $(.40) (.40) (.60) = .10$. The Sobel test (Baron & Kenny, 1986) indicated that shame and depressive symptoms mediated ($z = 2.06$, $p < .05$) the relation between self-blame and suicidal ideation. The total effect of self-blame on suicidal ideation including shame and depressive symptoms as mediators was $.17 + .16 + .08 + .10 = .50$. Finally, results of the path analysis show a partial mediation of shame and depressive symptoms on the relationship between self-blame and suicidal ideation (see Figure 2.1) since the direct

effect of self-blame on suicidal ideation was still significant after controlling for shame and depressive symptoms ($\beta = .17, SE = .01, p < .05$).

Because PTSD was rejected from the previous model, we further investigated the effect of shame and avoidance in its relationship to self-blame, and a path analysis was conducted with self-blame, shame, and avoidance as predictors of PTSD. Avoidance coping was excluded from the model because shame was found to completely mediate the relationship between self-blame and avoidance coping, and avoidance coping didn't predict enough variance (3.88%) when self-blame and shame were included into the model. A mediation analysis was performed using Preacher and Hayes' (2008) procedure to examine the effect of shame on the relationship between self-blame and PTSD symptoms. Data were transformed into *Z* scores to get standardized coefficients. Approximately 45.20% of the variance of PTSD symptoms was explained by self-blame and shame. Self-blame was a significant predictor of PTSD symptoms ($\beta = .38, SE = .08, p < .001$) and a significant predictor of shame ($\beta = .40, SE = .08, p < .001$). Shame was a significant predictor of PTSD symptoms ($\beta = .60, SE = .07, p < .001$). The indirect effect was tested using a bootstrap estimation approach with 5,000 samples (Preacher & Hayes, 2004). Results of the mediation analysis confirmed that shame partially explained the relation between self-blame and PTSD symptoms (see Figure 2.2) ($\beta = .24, SE = .05, 95\% CI [.14, .35]$). The direct effect of self-blame on PTSD symptoms was still significant after controlling for shame ($\beta = .15, SE = .07, p < .05$).

2.4 Discussion

The aim of our study was to examine the effect of self-blame, shame, and coping strategies on depressive symptoms, PTSD, and suicidal ideation among adolescent girls who were identified as victims of CSA. Consistent with the literature, self-blame, shame, and avoidance coping were all significantly correlated with depressive and PTSD symptoms as well as with suicidal ideation.

We hypothesized that shame and coping strategies would mediate the relationships between self-blame and PTSD, depressive symptoms, and suicidal ideation. Consistent with previous research conducted with sexually abused children and adults, self-blame and shame were both found to be predictors of PTSD, depressive symptoms, and suicidal ideation (Feiring & Cleland, 2007; Feiring & Taska, 2005; Feiring et al., 2002; Ullman & Najdowski, 2009). Shame was found to partially mediate the relationship between self-blame and PTSD with self-blame and shame predicting as much as 45% of the variance of PTSD scores. Feiring et al. (2002) reported similar findings. Shame and depressive symptoms were also found to partially mediate the relationship between self-blame and suicidal ideation. Close to 42% of the variance of suicidal ideation was explained by self-blame, shame, and depressive symptoms. As expected, self-blame and shame were both important predictors of symptoms with shame partially mediating the effect of self-blame. These findings seem to confirm that internal attributions for a negative event lead to shame and shame leads to psychopathology (Lewis, 2016).

But why do sexually abused adolescent girls blame themselves? Although we may expect that attitudes towards victims of CSA have somewhat changed with increased awareness, according to the Traumagenic Dynamic of Stigmatization model (Finkelhor & Browne, 1985), negative reactions and lack of support from family and

peers have a strong impact on the victims. Bedera and Nordmeyer (2015) also pointed out that rape prevention may be presented by some as an easy task: don't walk alone at night, don't trust strangers, trust your instincts, be aware of surroundings, and say "no." As such, sexually abused girls who were told avoiding rape is easy may be likely to feel ashamed for not being able to avoid or escape the situation. Moreover, when making an internal attribution for a failure, girls have been found to make more global attributions than boys (Levine & Conway, 2010; Lewis, 2016). These results suggest that self-blame, shame, and myths about sexual abuse should be targeted in interventions with sexually abused adolescents.

Recently, Brabant, Hébert and Chagnon (2014) found that PTSD predicted suicidal ideation among sexually abused adolescent girls, even after controlling for depressive symptoms. In this study, PTSD did not predict suicidal ideation when self-blame, shame, and depressive symptoms were included into the model. Self-blame and shame seem to be better predictors of suicidal ideation than PTSD in our sample, but note that Brabant et al. (2014) used a 19-item measure of suicidal ideation and relied on a one year longitudinal design. A comprehensive measure and a longitudinal design may be necessary to assess the impact of PTSD on suicidal ideation.

Among coping strategies, only avoidance coping was correlated with symptom scores. This finding is consistent with those of previous studies (Bal, Van Oost, De Bourdeaudhuij, & Crombez, 2003; Cantón-Cortés & Cantón, 2010; Hébert, Tremblay, Parent, Daignault, & Piché, 2006). However, avoidance coping was rejected from both models when shame and self-blame were included. This is an interesting result considering that none of the previous studies had included shame, self-blame, and avoidance coping to examine their impact on symptom scores. These results suggest that shame and self-blame might be more important predictors of CSA symptoms than avoidance coping at least shortly after disclosure. Yet self-blame and shame

could gradually increase the probability of using avoidant coping and in turn avoidant coping could increase symptoms. This possibility needs to be investigated using a longitudinal design.

Sexually abused adolescent girls are at high risk of suicidal ideation and attempts (Devries et al., 2014; Miller et al., 2013). In our sample, close to half of participants (46%) reported suicidal ideation in the last three months. Scores obtained on the depressive and PTSD symptom scales were also high. More than half of the girls reached clinical scores of depression (53%) and PTSD (66%). In comparison, the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A) reported a prevalence among adolescent girls (13-18) of 16% for major depressive disorder or dysthymia, 8% for PTSD, and 15% for suicidal ideation (Merikangas et al., 2010; Nock et al., 2013). While direct comparison is precluded given differences in the measures used and the severity of CSA experienced in the present sample, our results nevertheless suggest that the prevalence of these disorders is much higher in our sample. A significant proportion of sexually abused girls seem to show severe symptoms impairing their functioning and are clearly in need of services.

Certain limitations of this study need to be mentioned. Participants were assessed only once and, except for abuse characteristics, only self-report questionnaires were used. Our sample included adolescent girls who sought services and 91% of them had experienced severe abuse. They may not be representative of adolescents who have experienced other forms of sexual abuse. Another limitation is the measure of suicidal ideation that contains only one item. To further investigate the impact of self-blame, shame, and coping strategies on sexually abused adolescent girls, longitudinal studies, including a multiple-informant perspective, should be conducted. Following the Traumagenic Dynamic of Stigmatization model (Finkelhor & Browne, 1985),

parents' and peers' reactions to disclosure and social support as well as their impact on self-blame, shame, and outcomes should also be examined.

In addition, other outcomes not considered in the present study need to be analyzed. Recently, Dyer et al. (2016) studied shame among adults with dissociative identity disorder and found that they presented a different profile of shame compared to a complex trauma sample. Feiring et al. (2009) also found that self-blame and shame predicted dissociation. Dissociative symptoms may be relevant in the understanding of shame, self-blame, avoidance, and symptoms among CSA victims. Likewise, more than avoidant coping, poor emotion regulation skills could also be a crucial factor as recent studies have shown among sexually abused children (Langevin, Cossette, & Hébert, 2016) and adults (Ullman et al., 2014).

Despite these limitations, this study provides unique data on the impact of self-blame, shame, and avoidance on PTSD, depressive symptoms, and suicidal ideation among sexually abused adolescent girls. Not only has this study showed the importance of assessing suicidal ideation in addition to PTSD and depression among sexually abused adolescent girls, but it also underscores that interventions targeting self-blame and shame should not be neglected. In fact, our data suggest that self-blame and shame should be prioritized in interventions with this population.

2.5 References

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Bal, S., Van Oost, P., De Bourdeaudhuij, I., & Crombez, G. (2003). Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 27(8), 883–897. doi:10.1016/S0145–2134(03)00137–6

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. doi:10.1037/0022-3514.51.6.1173

Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 420–436. doi:10.1080/j.1440-1614.2000.00691.x

Bedera, N., & Nordmeyer, K. (2015). “Never go out alone” : An analysis of college rape prevention tips. *Sexuality & Culture: An Interdisciplinary Quarterly*, 19(3), 533–542. doi:10.1007/s12119-015-9274–5

Brabant, M.-E., Hébert, M., & Chagnon, F. (2014). Predicting suicidal ideations in sexually abused female adolescents: A 12-Month prospective study. *Journal of Child Sexual Abuse, 23*(4), 387–397. doi:10.1080/10538712.2014.896842

Cantón-Cortés, D., & Cantón, J. (2010). Coping with child sexual abuse among college students and post-traumatic stress disorder: The role of continuity of abuse and relationship with the perpetrator. *Child Abuse & Neglect, 34*(7), 496–506. doi:10.1016/j.chiabu.2009.11.004

Cantón-Cortés, D., Cantón, J., Justicia, F., & Cortés, M. R. (2011). [A model of the effects of child sexual abuse on post-traumatic stress: The mediating role of attributions of blame and avoidance coping]. *Psicothema, 23*(1), 66–73.

Devenish, B., Berk, L., & Lewis, A. J. (2016). The treatment of suicidality in adolescents by psychosocial interventions for depression: A systematic literature review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 50*(8), 726–740. doi:10.1177/0004867415627374

Devries, K. M., Mak, J. Y. T., Child, J. C., Falder, G., Bacchus, L. J., Astbury, J., & Watts, C. H. (2014). Childhood sexual abuse and suicidal behavior: A meta-analysis. *Pediatrics, 133*(5), e1331–e1344. doi:10.1542/peds.2013-2166

Dyer, K. F. W., Dorahy, M. J., Corry, M., Black, R., Matheson, L., Coles, H., . . . Middleton, W. (2016). Comparing shame in clinical and nonclinical populations: Preliminary findings. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. doi:10.1037/tra0000158

Feiring, C., & Cleland, C. (2007). Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect*, 31(11–12), 1169–1186. doi:10.1016/j.chiabu.2007.03.020

Feiring, C., Simon, V. A., & Cleland, C. M. (2009). Childhood sexual abuse, stigmatization, internalizing symptoms, and the development of sexual difficulties and dating aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 127–137. doi:10.1037/a0013475

Feiring, C., Taska, L., & Chen, K. (2002). Trying to understand why horrible things happen: Attribution, shame, and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7(1), 25–39. doi:10.1177/1077559502007001003

Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (1996). A process model for understanding adaptation to sexual abuse: The role of shame in defining stigmatization. *Child Abuse & Neglect*, 20(8), 767–782. doi:10.1016/0145-2134(96)00064-6

Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (1998). The role of shame and attributional style in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Maltreatment*, 3(2), 129–142. doi:10.1177/1077559598003002007

Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (2002). Adjustment following sexual abuse discovery: The role of shame and attributional style. *Developmental Psychology*, 38(1), 79–92. doi:10.1037/0012-1649.38.1.79

Feiring, C., & Taska, L. S. (2005). The persistence of shame following sexual abuse: A longitudinal look at risk and recovery. *Child Maltreatment*, 10(4), 337–349. doi:10.1177/1077559505276686

Ferdinand, R. F. (2008). Validity of the CBCL/YSR DSM-IV scales anxiety problems and affective problems. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 126–134. doi:10.1016/j.janxdis.2007.01.008

Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530–541. doi:10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x

Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., & Hamby, S. L. (2014). The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 55, 329–333. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.12.026

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466–475. doi:10.1037/0022-3514.54.3.466

Frazier, P. A., Mortensen, H., & Steward, J. (2005). Coping strategies as mediators of the relations among perceived control and distress in sexual assault survivors. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 267–278. doi:10.1037/0022-0167.52.3.267

Hébert, M. (2006). *Traduction française du Children's Impact of Traumatic Events Scale II de V.V. Wolfe*. (CITES II; 2004) (Unpublished manuscript). Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, Montréal.

Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V., & Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21(5), 287–299. doi:10.1007/s10896-006-9026-2

Hillberg, T., Hamilton-Giachritsis, C., & Dixon, L. (2011). Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: A

systematic approach. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(1), 38–49.
doi:10.1177/1524838010386812

Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164–180. doi:10.1037/0033-2909.113.1.164

Krysinska, K., & Lester, D. (2010). Post-traumatic stress disorder and suicide risk: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 14(1), 1–23.
doi:10.1080/13811110903478997

Langevin, R., Cossette, L., & Hébert, M. (2016). Emotion regulation in sexually abused preschoolers. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(1), 1–12.
doi:10.1007/s10578-015-0538-y

Levine, L. E., & Conway, J. M. (2010). Self-other awareness and peer relationships in toddlers: Gender comparisons. *Infant and Child Development*, 19(5), 455–464.

Lewis, M. (2016). Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame, guilt, and hubris. In L. F. Barrett, M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones (Ed.), *Handbook of emotions* (4th ed., pp. 792–814). New York, NY: Guilford Press.

Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647–657.
doi:10.1016/j.cpr.2009.08.003

Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., . . . Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the national comorbidity study-adolescent supplement (NCS-A).

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49(10), 980–989. doi:10.1016/j.jaac.2010.05.017

Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismore, J. T., & Renshaw, K. D. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2), 146–172. doi:10.1007/s10567-013-0131-5

Miller, D. N., & Eckert, T. L. (2009). Youth suicidal behavior: An introduction and overview. *ResearchGate*, 38(2), 153–167.

Nakamura, B. J., Ebesutani, C., Bernstein, A., & Chorpita, B. F. (2009). A psychometric analysis of the Child Behavior Checklist DSM-Oriented Scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 178–189. doi:10.1007/s10862-008-9119-8

Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 300–310. doi:10.1001/2013.jamapsychiatry.55

Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), 17–36. doi:10.1080/00223980109603677

Parent, N., & Hébert, M. (1995). *Questionnaire sur la victimisation de l'enfant..* Adaptation française du “History of Victimization Form” de Wolfe, Gentile &

Boudreau (1987). Ste-Foy : Département de mesure et évaluation, Université Laval, Canada.

Patton, G. C., Coffey, C., Sawyer, S. M., Viner, R. M., Haller, D. M., Bose, K., . . . Mathers, C. D. (2009). Global patterns of mortality in young people: A systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 374(9693), 881–892. doi:10.1016/S0140-6736(09)60741-8

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 36(4), 717–731. doi:10.3758/BF03206553

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879–891. doi:10.3758/BRM.40.3.879

Serafini, G., Muzio, C., Piccinini, G., Flouri, E., Ferrigno, G., Pompili, M., . . . Amore, M. (2015). Life adversities and suicidal behavior in young individuals: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(12), 1423–1446. doi:10.1007/s00787-015-0760-y

Sigfusdottir, I. D., Asgeirsdottir, B. B., Gudjonsson, G. H., & Sigurdsson, J. F. (2013). Suicidal ideations and attempts among adolescents subjected to childhood sexual abuse and family conflict/violence: The mediating role of anger and depressed mood. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1227–1236. doi:10.1016/j.adolescence.2013.10.001

Simon, V. A., Feiring, C., & Cleland, C. M. (2014). Early stigmatization, PTSD, and perceived negative reactions of others predict subsequent strategies for processing child sexual abuse. *Psychology of Violence*. doi:10.1037/a0038264

Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse: A review of recent research. *Aggression and Violent Behavior, 7*(6), 567–589. doi:10.1016/S1359-1789(01)00047-7

Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M., & Starzynski, L. L. (2007). Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress, 20*(5), 821–831. doi:10.1002/jts.20290

Ullman, S. E., & Najdowski, C. J. (2009). Correlates of serious suicidal ideation and attempts in female adult sexual assault survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 39*(1), 47–57. doi:10.1521/suli.2009.39.1.47

Ullman, S. E., Peter-Hagene, L. C., & Relyea, M. (2014). Coping, emotion regulation, and selfblame as mediators of sexual abuse and psychological symptoms in adult sexual assault. *Journal of Child Sexual Abuse, 23*(1), 74–93. doi:10.1080/10538712.2014.864747

Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review, 92*(4), 548–573. doi:10.1037/0033-295X.92.4.548

Whiffen, V. E., & MacIntosh, H. B. (2005). Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress a critical review. *Trauma, Violence, & Abuse, 6*(1), 24–39. doi:10.1177/1524838004272543

Wolfe, V. V. (2002). *Children's Impact of Traumatic Events Scale-II*. Unpublished assessment instrument. London, ON: Child and Adolescent Centre, Lonon Health Sciences Centre.

Wolfe, V. V. (2007). Child sexual abuse. In E. J. Mash, & R. A. Barkley (Eds.), *Assessment of childhood disorders* (4th ed., pp. 685–748). New York, NY: Guilford Press.

Wolfe, V. V., Gentile, C., & Bourdeau, P. (1987). *History of victimization form* (unpublished assessment instrument), London Health Science Centre, London, Ontario, Canada.

Wonnacott, T. H., & Wonnacott, R. J. (1995). *Statistique*. Paris, France: Economica. Translation from Wonnacott, T.H. and Wonnacott, R.J. (1990). *Introductory statistics for business and economics* (4th ed.). John Wiley & Sons

Table 2.1.

Sociodemographic Characteristics

Characteristics	Participants (%)
Age	
14	25.9
15	27.2
16	19.0
17	25.9
18	2.0
Nationality	
Born in Canada from parents born in Canada	65.1
Born in Canada with one or two parents born outside Canada	21.1
Born outside of Canada	13.6
Parents' nationality	
Canadian	71.4
Caribbean	9.5
Latin American	8.2
Other	10.9
Language at home	
French	86.4
English	4.8
Other	8.8
Family structure	
Intact family	20.4
Single-parent family	46.3
Recomposed or foster family	33.3

Table 2.2.

Sexual Abuse Characteristics

Characteristics	Participants (%)
Age at first abuse	
13 or less	27.8
14	19.8
15	14.3
16	15.1
17	23.0
Severity of abuse	
Less severe	2.6
Severe	2.9
Very severe	90.5
Duration of abuse	
One episode	63.0
A few events	10.2
Chronic/Repetitive	26.8
Use of threat, drug, violence, or reward	
No threat, violence, drug, or reward	28.6
Verbal threat	23.2
Force or physical violence	22.9
Alcohol or drug	27.9
Gift or reward	6.3
Number of aggressors	
1	82.9
2	8.9
3	8.2

Table 2.2.
Sexual Abuse Characteristics (continued)

Characteristic	Participants (%)
Sex of aggressor	
Men	97.6
Women	1.6
Men and Women	0.8
Age of aggressor	
Less than 15 years	3.3
15-19	32.8
20-59	61.5
60 or more	2.5
Aggression intra or extra familial	
Intra familial	27.2
Extra familial	72.8
Aggressor living with victim at time of abuse	
Yes	24.8
No	75.2
Delay between last episode and evaluation	
0 month	5.7
1 month	52.0
2-5 months	16.3
6 months and more	26.0

Table 2.3.

Summary of Intercorrelations, Means and Standard Deviations for Scores of Self-Blame, Shame, Avoidance, PTSD Symptoms, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideations

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. Self-blame	-								5.38	4.00
2. Shame	.395***	-							4.04	2.46
3. Avoidance coping	.330***	.527***	-						7.74	3.08
4. Social support seeking	.118	.034	.134	-					6.38	3.21
5. Problem solving	.127	.185*	.301*	.460**	-				6.48	3.43
6. PTSD symptoms	.385***	.658***	.520***	-.059	.092	-			51.30	18.93
7. Depressive symptoms	.378***	.404***	.301***	-.158	-.142	.596***	-		10.80	5.13
8. Suicidal ideation	.407***	.398***	.201*	-.109	-.119	.388***	.605***	-	0.60	0.73

Note. The self-blame score is from the Abuse Attribution Inventory (AAI) (Feiring et al., 2009); the shame score from the Abuse Specific Shame Questionnaire (ASSQ) (Feiring et al., 1998); the coping strategies scores are from the Ways of Coping Questionnaire (WCQ) (Folkman & Lazarus, 1988); the PTSD symptom score from Children's Impact of Traumatic Events Scale II (CITES II) (Wolfe, 2002); the depressive symptoms score from the Affective problems scale from the Youth Self Report (YSR) (Achenbach & Rescorla, 2001); and the suicidal ideations from the Youth Self Report (YSR) (Achenbach & Rescorla, 2001). * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .00$

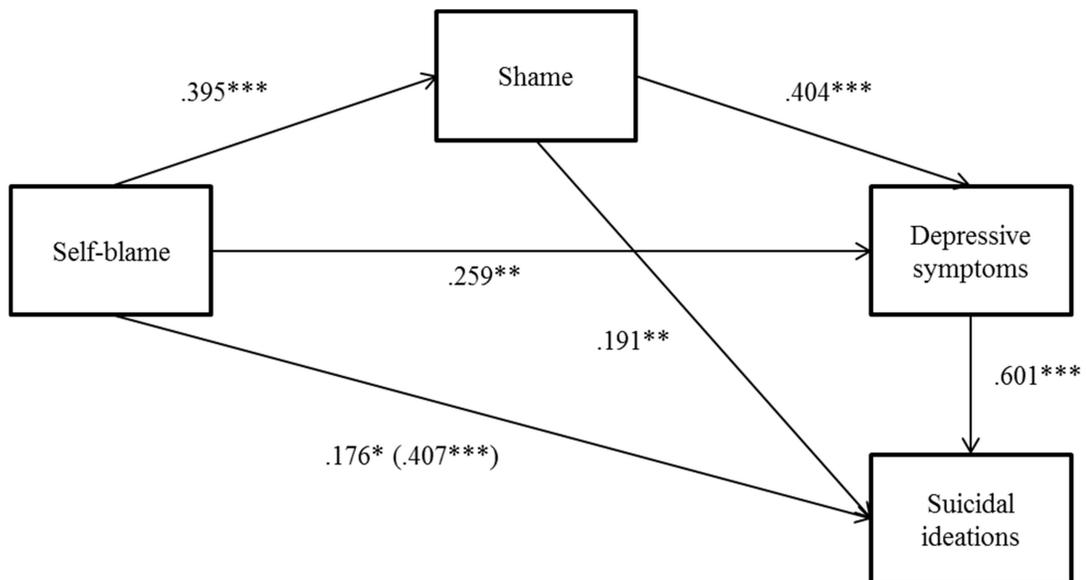


Figure 2.1.

Path Analysis of Suicidal Ideations through Self-blame, Shame, and Depressive Symptoms

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

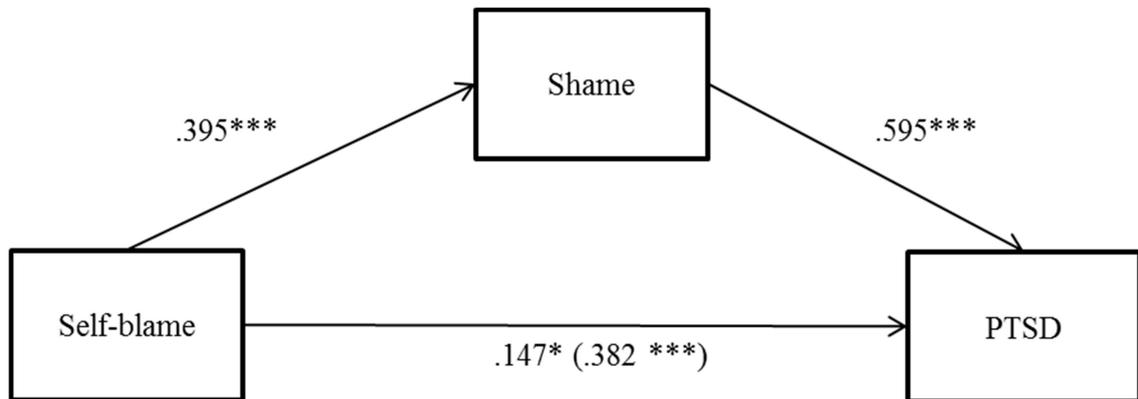


Figure 2.2.

Partial Mediation of the Relationship between Self-blame and PTSD through Shame

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

CHAPITRE III

ARTICLE II

Self-Blame, Shame, Avoidance, and Suicidal Ideation in Sexually Abused Adolescent Girls: A Longitudinal Study

Stéphanie Alix^a, Louise Cossette^a, Mireille Cyr ^b, Jean-Yves Frappier^c,
Pier-Olivier Caron^d, and Martine Hébert ^a

^aDepartment of Psychology, Université du Québec à Montréal, Montreal, Canada;

^bDepartment of Psychology, Université de Montréal, Montreal, Canada;

^cPediatric Department, Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine, Montreal,
Canada;

^dDepartment of Human Sciences, Letters and Communications, Université TÉLUQ,
Montreal, Canada

Article publié dans le *Journal of Child Sexual Abuse*, 2019 Nov 6:1-16. doi:

10.1080/10538712.2019.1678543

Abstract

Depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, and suicidal ideation are among the most prevalent problems associated with sexual abuse. Based on the Traumagenic dynamic of stigmatization model, the aim of this study was to investigate whether self-blame, shame, and maladaptive coping strategies predicted posttraumatic stress disorder, depressive symptoms, and suicidal ideation among sexually abused adolescent girls using a longitudinal design. A total of 100 adolescent girls completed a series of questionnaires at the initial visit at the intervention center (T1) and 6 months later (T2). Path analysis reveals shame at T1 predicted posttraumatic stress disorder symptoms at T2 whereas self-blame at T1 predicted depressive symptoms at T2. Furthermore, avoidance coping at T1 and depressive symptoms at T2 predicted suicidal ideation at T2 and accounted for 54% of the variance. These findings suggest that interventions designed for sexually abused adolescent girls should target shame, self-blame, and avoidance coping to foster recovery in this vulnerable population.

Keywords: Child sexual abuse; adolescent girls; self-blame; shame; coping strategies; avoidance; PTSD; suicidal ideation; depression

3.1 Introduction

Childhood sexual abuse (CSA) is a worldwide threat to women and girls physical and mental health. According to meta-analyses (Barth, Bermetz, Heim, Trelle, & Tonia, 2013; Stoltenborgh, van IJzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011), between 18 % and 31% of girls have been sexually abused, with almost 40% of cases occurring during adolescence (Finkelhor, Shattuck, Turner, & Hamby, 2014). Mental health problems associated with CSA have been widely documented, with depressive symptoms, PTSD, and suicidal ideation among the most prevalent correlates (Paolucci, Genuis, & Violato, 2001). A meta-analytic review shows that women victims of CSA have more depressive and anxiety disorders than men victims and are five times more likely to meet the diagnostic criteria for depression and twice as likely to meet the diagnostic criteria for anxiety than women who are not victims (Amado, Arce, & Herraiz, 2015). Furthermore, the comorbidity of major depressive episodes among epidemiological samples of people with PTSD is about 50%, and individuals with both disorders have a higher risk of suicide than those with PTSD only (Flory & Yehuda, 2015).

Among women, between 20% and 22% of suicide and suicide attempts could be imputed to CSA according to a meta-analysis (Devries et al., 2014). Furthermore, suicide appears to be the second leading cause of death worldwide among young people aged 10-29 years-old (World Health Organisation, 2014) and among young people aged 10–25 years, sexual abuse is the adverse life event most consistently and strongly associated with suicide (Serafini et al., 2015). In fact, a review revealed significant associations between CSA and suicidal ideation or attempts in 49 out of 52 studies conducted with adolescents (Miller, Esposito-Smythers, Weismore, & Renshaw, 2013). Given this high co-occurrence rate, more studies are needed to

identify the factors that can increase the risk of suicide among CSA victims during adolescence.

The different factors contributing to psychological distress among CSA victims have been studied for decades. In their 2005 review, Whiffen and MacIntosh concluded that shame, self-blame, and avoidant coping strategies mediated the association between CSA and psychological distress. However, few of the studies reviewed included these three factors simultaneously (self-blame, shame, and coping strategies) to examine their influence on depressive symptoms, PTSD symptoms, and suicidal ideation. Moreover, the majority of empirical reports analyzing outcomes in teenage girls have relied on cross-sectional studies and longitudinal designs have rarely been used.

3.1.1 Self-blame and Shame

Self-blame is an internal attribution, a cognitive process by which an individual attributes the occurrence of a negative event to oneself. In the context of CSA, some victims attribute the abuse to an internal cause (Weiner, 1985). Shame refers to the feeling that is most likely to result from an internal attribution of a negative event (Lewis, 1992). Self-blame and shame are both included in the Traumagenic dynamic of stigmatization model proposed by Finkelhor and Browne (1985). According to these authors, a negative connotation about sexual abuse is transmitted to the victim by the aggressor, but also by her/his social network, and society at large. By integrating the stigma, the victim is likely to experience self-blame, shame, and guilt, to feel isolated, and engage in self-destructive behaviors, such as suicide attempts.

In youth and adult samples of women, self-blame following sexual abuse has been associated with PTSD (Arata & Bukhart, 1996; Cantòn-Cortèz, Cantòn, & Cortèz, 2012; Feiring, Taska, & Chen, 2002; Ullman, Townsend, Filipas, & Starzynski, 2007),

with depressive symptoms (Feiring, Taska, & Lewis, 1998; Feiring & Cleland, 2007; Frazier, 1990; Spaccarelli & Fuchs, 1997), and with suicidal ideation among women (Ullman & Najdowsky, 2009). Shame has also been related to PTSD and depression among sexually abused women (DeCou et al., 2017) and youth (Feiring & Taska, 2005; Feiring et al., 1998, 2002), and to suicidal ideation among adolescent girls (Alix, Cossette, Hébert, Cyr, & Frappier, 2017). Moreover, shame has been found to mediate the relationship between self-blame and PTSD symptoms among children and adolescents victim of CSA (Alix et al., 2017; Feiring et al., 2002).

A longitudinal study conducted by Candice Feiring and her colleagues has shown the long term impact of self-blame and shame on outcomes in CSA victims aged 8 to 15 years. High levels of shame were found to persist over time and to predict PTSD symptoms up to 6 years after the first assessment (Feiring & Taska, 2005), whereas self-blame tended to decrease over time but still predicted depressive and PTSD symptoms 6 years later (Feiring & Cleland, 2007). Persistence of shame and self-blame also predicted the use of avoidant coping strategies instead of constructive or approach coping strategies (Simon, Feiring, & Cleland, 2014). However, the authors did not examine the impact of self-blame, shame, and avoidant coping on suicidal ideation or attempts. Yet, sexual abuse is the adverse life event most strongly related to suicide among youth aged 10-25 years (Serafini et al., 2015). As Finkelhor and Browne (1985) have argued, the stigmatization experienced by the victim is likely to lead to internalized stigma and to self-blame and shame which may contribute to higher levels of psychological distress following CSA. Stigmatisation could also lead to reliance on maladaptive coping strategies to deal with CSA, which can also contribute to psychological distress (Whiffen & MacIntosh, 2005).

3.1.2 Coping

Coping, as defined by Lazarus (1993), “consists of cognitive and behavioral efforts to manage psychological stress”. Coping strategies can be more or less adaptive. If an individual blames himself or herself for a perceived failure, this person is likely to feel shame or guilt (Weiner, 1985) and, maybe, use maladaptive coping strategies. The use of coping strategies by victims of CSA, either adaptive coping strategies such as problem-solving or seeking social support, or maladaptive coping strategies, such as avoidance, may therefore predict later outcomes.

A study among adolescent victims of CSA showed they tend to rely more on avoidance and social support seeking strategies than non-abused adolescents (Bal, Van Oost, De Bourdeaudhuij, & Crombez, 2003). Maladaptive coping strategies, including avoidance, substance use, and self-destructive behaviors, have been identified as strategies used by CSA youth victims (Whiffen & MacIntosh, 2005). Avoidant coping has been related to the emergence of PTSD, depressive symptoms, or psychological distress among victims of CSA both in childhood (Alix et al., 2017; Bal et al., 2003; Hébert, Tremblay, Parent, Daignault, & Piché, 2006; Simon, Feiring, & McElroy, 2010; Spaccarelli & Fuchs 1997; Tremblay, Hébert, & Piché, 1999) and adulthood (Walsh, Fortier, & DiLillo, 2010). Avoidant coping has also been shown to mediate the association between self-blame and PTSD among women victims of CSA (Cantón-Cortés, Cantón, Justicia, & Cortés, 2011). Ullman and Relyea (2016) in their study of women sexually abused in childhood or adulthood have shown that maladaptive coping strategies (denial, behavioral disengagement, substance use, and self-blame) were related to PTSD up to 3 years following the abuse. Maladaptive coping, but not self-blame, was also found to mediate the association between CSA severity and PTSD and depression (Ullman Peter-Hagene, & Relyea, 2014).

In a cross-sectional study (Alix, Cossette, Hébert, Cyr, & Frappier, 2017). showed a high prevalence of distress among CSA adolescent girls, with almost half of them reporting suicidal ideation in the last 3 months. Shame and depression were found to partially mediate the association between self-blame and suicidal ideation. Shame was also found to partially mediate the association between self-blame and PTSD symptoms. These findings highlight the need to further examine the impact of self-blame and shame on psychological distress and suicidal ideation by means of a longitudinal design.

3.1.3 Aim and Hypotheses

The aim of the present study was to investigate the impact of self-blame, shame, and coping strategies on symptoms of PTSD, depression, and suicidal ideation among sexually abused adolescent girls using a longitudinal design. We first hypothesized that self-blame, shame, and coping strategies at first assessment (T1) would predict symptoms of PTSD and depression and suicidal ideation 6 months later (T2). We also hypothesized that depressive and PTSD symptoms at T2 would contribute to the prediction of suicidal ideation.

3.2 Method

3.2.1 Participants and procedure

Participants were recruited as part of a larger study from four different CSA intervention centers in the province of Québec: the Clinique de l'adolescence of the Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Sainte-Justine, Parent-Unis Repentigny (PURL), The Centre d'Intervention en Abus Sexuels pour la Famille (CIASF), and the Centre Jeunesse de la Mauricie et du Centre du Québec (CJMCQ). A sample of

100 adolescent girls, aged 14 to 18 years, was assessed twice, at recruitment (T1) and 6 months later (T2).

A research assistant explained the purpose of the study, obtained written consent, and provided assistance in the completion of the survey if required. Participants then received a gift card and a list of relevant resources available in their district. The study was approved by the Ethics Committee of the Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine. Sociodemographic characteristics of the sample are presented in Table 3.1.

3.2.2 Measures

Abuse characteristics

The History of Victimization Form (HVF) (Wolfe, Gentile, & Bourdeau, 1987) was used to assess characteristics of the abuse. The questionnaire was completed by the caseworker. The data collected included number of reported lifetime CSA situations, severity of the abuse (1: exhibitionism, voyeurism, kisses, exposition to pornographic material or physical contact over clothing, 2: physical contact under clothing, 3: oral, vaginal or anal penetration or penetration attempt or oral-genital contact), duration of the abuse (1: one episode, 2: many episodes, 3: repetitive or chronic, i.e. over 6 months), and relationship to abuser (family member, partner, friend or acquaintance, stranger).

Self-blame

Participants completed the Abuse Attribution Inventory (AAI) (Feiring, Simon, & Cleland, 2009), consisting of 8 items rated on a three-point scale: not true, somewhat true, and very true. Sample items include: “It happened to me because I am not a

cautious person.” and “It happened to me because I was to blame for what happened”. Internal consistency was acceptable in the original study ($\alpha = .75 - .80$; Feiring et al., 2009) and ordinal Cronbach’s alpha was good in the present study (ordinal $\alpha = .88$).

Shame

The Abuse Specific Shame Questionnaire (ASSQ) (Feiring et al., 1998) comprises the following items rated on a three-point scale: not true, somewhat true, and very true: 1. “I feel ashamed because I think that people can tell from looking at me what happened”, 2. “When I think about what happened I want to go away by myself and hide”, 3. “I am ashamed because I feel I am the only one in my school who this has happened to”, and 4. “What happened makes me feel dirty.” The internal consistency was high in the original study ($\alpha = .85$) (Feiring et al., 2002) as well as in the present study (ordinal $\alpha = .85$).

Coping strategies

The brief version of the Ways of Coping Questionnaire (WCQ) (Folkman & Lazarus, 1988) was adapted to assess abuse-specific coping strategies. The adapted version comprises 12 items rated on a four-point scale: does not apply or not used, used somewhat, used quite a bit, and used a great deal. Three subscales were used: social support seeking (ordinal $\alpha = .79$), problem-solving (ordinal $\alpha = .83$), and avoidance coping (ordinal $\alpha = .70$).

Posttraumatic stress disorder

The global PTSD score ($\alpha = .95$) of the Children’s Impact of Traumatic Events Scale II (CITES II) (Wolfe, 2002) was used. This scale was designed to cover all symptoms

identified in the DSM-IV (APA, 1994). The global PTSD score (46 items) was used in the analyses (ordinal $\alpha = .96$).

Depressive symptoms

The Affective Problems Scale from the Youth Self Report (YSR) (Achenbach & Rescorla, 2001) was used to assess depressive symptoms. This scale was found to be a better measure of major depressive disorder than the anxiety/depressive scale (Ferdinand, 2008; Nakamura, Ebesutani, Bernstein, & Chorpita, 2009). Clinical scores can be derived from the YSR (T scores >70). The original scale comprises 13 items. In order to analyze the relationship between depressive symptoms and suicidal ideation, item 91 “*I think about killing myself*” was removed from the measure of depressive symptoms in the analyses. The revised scale contains 12 items (ordinal $\alpha = .87$).

Suicidal ideation

The item 91 (“*I think about killing myself*”) from the Affective Problems Scale of the YSR was used to assess suicidal ideation in the last three months. Rating is on a three-point scale: not true, somewhat or sometimes true, and very true or often true. A dichotomized score of suicidal ideation (true or not true) was used in the analyses.

3.3 Results

Our data indicate that 50.5% of participants experienced the last episode of sexual abuse in the last month while 19% experienced it within the last two to six months. A total of 13.7% of participants reported that the last episode of SA occurred within the

last 7 to 18 months, while 16.8% reported it occurred 18 months or more before their initial visit to the intervention center.

Concerning the characteristics of the abuse incurred by our sample, 84% of adolescents reported severe sexual abuse including penetration or penetration attempt. Concerning the frequency of the sexual abuse, the majority of adolescents (57%) reported a single episode, while 10% reported more than one episode, and 33% reported chronic abuse that lasted over 6 months. A little more than a third (36%) of those adolescents were abused by a family member, 47% by a partner, friend, or acquaintance, and 16% by a stranger.

There were no significant correlations between characteristics of CSA and self-blame, shame, coping strategies, or outcomes. Six months after initial assessment, 48% of the sample reported PTSD symptoms in the clinical range, 37.4% reported symptoms of depression in the clinical range, and 30.3% reported seriously thinking about suicide.

Self-blame at T1 and outcomes at T2 were all significantly and positively correlated. Shame and avoidance at T1 were positively correlated with PTSD symptoms and suicidal ideation at T2, but not with depressive symptoms. Problem-solving coping at T1 was positively correlated with PTSD symptoms at T2 and social support seeking coping at T1 was not correlated with outcomes at T2 and, therefore, was removed from further analysis. Correlations among variables, means, and standard deviations are presented in Table 3.2.

3.3.1 Path analysis

Preliminary analyses showed that all variables were normally distributed, except for shame (kurtosis = -3.31). Because the skewness was not problematic, scores were not

transformed. Path analyses were performed using *Mplus* (Muthén & Muthén, 2007). A path analysis including all the variables correlated to the outcomes was first carried out. Initial model had poor fit, $\chi^2(5) = 22.79$, $p > .001$; CFI = .63, TLI = .11, RMSEA = .19 [90% CI = .12, .27]. Problem-solving coping ($\beta = .14$, SE = 0.78, $p = .143$) was removed from the model since it did not significantly predict PTSD symptoms when self-blame, shame, and avoidance were included in the model. Self-blame ($\beta = .16$, SE = 0.80, $p = .132$) and avoidance ($\beta = -.03$, SE = -0.20, $p = .767$) also failed to predict PTSD symptoms when shame was included into the model. Self-blame ($\beta = .22$, SE = .30, $p = .026$) was the only predictor of depression whereas avoidance coping ($\beta = .30$, SE = .12, $p = .030$), along with depression symptoms ($\beta = .54$, SE = .13, $p < .001$), predicted suicidal ideation. PTSD symptoms ($\beta = .25$, SE = .02, $p = .055$) failed to predict suicidal ideation when all the variables were included into the model.

We used the model modification indices suggestions to identify possible relations that could enhance the model fit, and the prediction of outcomes. *Mplus* suggested that we link PTSD symptoms and depression symptoms. As shown in Table 3.2, the correlation between both variables was high. PTSD symptoms were then included as a predictor of depressive symptoms into the final model.

The final model showed an excellent fit, $\chi^2(7) = 7.12$, $p = .417$; CFI = 1.00, TLI = 1.00, RMSEA = .01 [90% CI = .00, .12]. Figure 3.1 presents the results of the path analysis. Post-hoc modifications were not carried out because of the good fit of the data to the model. Shame at T1 significantly predicted PTSD symptoms at T2 ($\beta = .34$, SE = 2.44, $p = .014$) whereas self-blame at T1 ($\beta = .28$, SE = .39, $p = .006$) and PTSD symptoms at T2 ($\beta = .46$, SE = .14, $p < .001$) were significant predictors of depressive symptoms at T2. Avoidance coping at T1 ($\beta = .29$, SE = .11, $p = .044$) and depressive symptoms at T2 ($\beta = .64$, SE = .13, $p < .001$) predicted suicidal ideation at T2. A total

of 11% of the variance of PTSD symptoms at T2 was explained by shame at T1. Regarding depressive symptoms at T2, 33% of its variance was explained by self-blame at T1 and PTSD symptoms at T2 and a total of 54% of the variance of suicidal ideation at T2 was explained by avoidance at T1 and depressive symptoms at T2.

3.4 Discussion

The aim of this study was to investigate the impact of self-blame, shame, and coping strategies on symptoms of PTSD, depression, and on suicidal ideation among sexually abused adolescent girls using a longitudinal design. Based on past studies and on the Traumagenic dynamic model (Finkelhor & Browne, 1985), the first hypothesis was that self-blame, shame, and coping strategies at first assessment (T1) would predict symptoms of PTSD and depression and suicidal ideation 6 months later (T2). The second hypothesis was that depressive and PTSD symptoms at T2 would contribute to the prediction of suicidal ideation.

In bivariate analyses, self-blame, shame, avoidance coping, and problem solving coping at first assessment were all significantly correlated with PTSD symptoms at T2. The positive association between problem-solving and PTSD symptoms was somewhat unexpected, but has already been documented in a meta-analysis focussing on victims of interpersonal violence or severe injury (Littleton, Horsley, John, & Nelson, 2007). Tiet, Rosen, Cavella, Moos, Finney, and Yesavage (2006) suggested that patients with PTSD may rely on approach coping in an effort to lessen the negative impact of symptoms. In other words, given the high levels of PTSD, individuals rely on problem-solving in an effort to deal with the experienced distress. However, our results show that problem-solving at first assessment is significantly

correlated with later PTSD, which is difficult to explain, but the correlation was small and problem-solving was not a predictor of later PTSD in the path analysis.

In our multivariate analyses, when all correlated variables at T1 were included in a path analysis, shame was the only factor contributing to the prediction of PTSD symptoms 6 months later. Comparison with past studies is somewhat hazardous since none of them used the same predictors or measures, but shame was identified as a long-term predictor of PTSD either alone (Feiring & Taska, 2005), or along with self-blame (Feiring et al., 2002). This finding is interesting because exaggerated self-blame following a traumatic event is now part of Criterion D in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 2013). However, in the present study shame was the only predictor of PTSD while self-blame was the only predictor of depressive symptoms. These results could be explained by the fact that self-blame and shame are correlated, and because self-blame often leads to shame (Lewis, 1992). Furthermore, at first assessment, shame partially mediated the association between self-blame and PTSD symptoms among the same population (see Alix et al., 2017). These findings therefore lead us to conclude that shame might be a better predictor of PTSD than self-blame among adolescent girls victim of CSA. Further studies should be conducted to ascertain this hypothesis.

Avoidance coping at T1 failed to predict PTSD at T2 when shame was included in the prediction. This finding is unexpected given that avoidance is a required criterion for PTSD (DSM-5, APA, 2013) and is identified as a factor contributing to maintain symptoms in different conceptual models (Ehlers & Clark, 2000; Mowrer, 1960). Our results show that avoidance loses its predictive capacity once shame is considered, suggesting that shame may be a critical element to target when assessing CSA victims.

Self-blame at T1 and PTSD symptoms at T2 were both predictors of depressive symptoms. Previous studies showed that both self-blame and shame were correlated to depressive symptoms among children or adolescent victims of CSA (Alix et al., 2017; Feiring et al., 1998; Feiring et al., 2002). There is a strong correlation between self-blame and shame, but self-blame is a cognitive construct, while shame is an emotion. Depression is characterised by a depressive mood and, among other symptoms, excessive or inappropriate guilt, self-depreciation, and critical attitude towards oneself (APA, 2013; Beck, Steer, & Brown, 1996). In guilt, in contrast to shame, the behavior, rather than the self, is the focus of a negative evaluation (Lewis, 1971). Self-blame following CSA could lead in the long run to the cognitive symptoms of depression.

As hypothesized, self-blame, shame, and avoidance coping strategies at first assessment were all significantly correlated to suicidal ideation 6 months later and symptoms of PTSD and depression were also both correlated with suicidal ideation. However, only depressive symptoms and avoidance coping predicted suicidal ideation and both of these factors accounted for 54% of the variance of suicidal ideation. The fact that PTSD did not predict suicidal ideation contrast with past findings. In their systematic review on the relationship between PTSD and suicidal ideation and attempt, Kryszynska and Lester (2010) concluded that PTSD was associated with higher prior and current suicidal ideation and that while controlling for depression and other psychiatric disorders weakened the association, it was still significant. Furthermore, Brabant, Hébert, and Chagnon (2014) assessed this relationship among adolescent victims of CSA and showed that PTSD predicted suicidal ideation even after controlling for depression and past suicide attempts. However, this study is the first to assess a variety of factors as predictors of suicidal ideation among CSA adolescent girls using a longitudinal design. In this study, PTSD symptoms did not explain a significant unique part of the variance of suicidal ideation

that depressive symptoms and avoidance already explained. Although avoidance coping did not predict PTSD as expected, it predicted suicidal ideation 6 months later whereas PTSD at T2 did not. This result might suggest that avoidance coping should be assessed not only as part of PTSD symptoms, but also considered alone in order to prevent suicidal ideation among this population.

Briere (2002) suggested that PTSD symptoms and avoidant coping are inborn self-healing strategies in response to maltreatment and might be adaptive on the short term. Indeed, in our previous study conducted with a larger sample of adolescent girls, avoidance did not predict suicidal ideation at first assessment when shame, self-blame, and depressive symptoms were considered (Alix et al., 2017). The fact that avoidance coping was a predictor of suicidal ideation 6 months later seem to confirm the negative impact of avoidance on victims of CSA. This negative impact has been reported in many studies (Cantòn-Cortèz et al., 2011; Hébert et al., 2006; Ullman et al., 2007; Whiffen & MacIntosh, 2005). Our findings show that avoidance, in the long term, does not seem to be useful to attenuate the most severe symptoms associated with CSA.

To our knowledge, this longitudinal study is the first to assess the impact of self-blame, shame, and coping strategies on three major outcomes associated with CSA among adolescent girls. Our results revealed the prevalence of suicidal ideation to be high as close to one of three girls reported and that it could be predicted not only by depressive symptoms, but also by avoidance coping at initial assessment.

Some limitations of the present study should however be mentioned. Our sample of adolescents may not be representative of all sexually abused adolescent girls since the vast majority (85%) of them reported severe CSA including penetration or attempt. Those girls were probably more inclined to seek clinical help and, therefore, to be

recruited in this study. Another limitation is that suicidal ideation was measured with only one item. Finally, the present study did not evaluate the impact of adolescents' social network. Yet, in accordance with the Traumagenic dynamic of stigmatization model (Finkelhor & Browne, 1985), the reactions of their family and peers after disclosure may have a significant impact on the victims' tendency to experience self-blame and shame.

In conclusion, our findings seem to confirm the effect of self-blame, shame, and avoidance on later PTSD and depressive symptoms, and suicidal ideation among adolescent girls victim of CSA. Psychological distress was high six months after the first assessment. Almost half of our sample reported PTSD symptoms in the clinical range, more than one third reported symptoms of depression in the clinical range, and one third reported seriously thinking about suicide. Future studies and clinicians should assess suicidal distress among this population, along with PTSD and depressive symptoms. Interventions should target self-blame, shame, and avoidance coping as they predict later distress in this vulnerable population.

3.5 References

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Alix, S., Cossette, L., Hébert, M., Cyr, M., & Frappier, J. Y. (2017). Posttraumatic stress disorder and suicidal ideation among sexually abused adolescent girls: The mediating role of shame. *Journal of Child Sexual Abuse, 26*(2), 158–174. doi:10.1080/10538712.2017.1280577

Amado, B. G., Arce, R., & Herraiz, A. (2015). Psychological injury in victims of child sexual abuse: A meta-analytic review. *Psychosocial Intervention, 24*(1), 49–62. doi:10.1016/j.psi.2015.03.002

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Arata, C. M., & Burkhart, B. R. (1996). Post-traumatic stress disorder among college student victims of acquaintance assault. *Journal of Psychology & Human Sexuality, 8*(1–2), 79–92. doi:10.1300/J056v08n01_06

Bal, S., Van Oost, P., De Bourdeaudhuij, I., & Crombez, G. (2003). Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in

adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 27, 883–897. doi:10.1016/s0145-2134(03)00137-6

Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469–483. doi:10.1007/s00038-012-0426-1

Beck, A. T., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II). San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Brabant, M.-E., Hébert, M., & Chagnon, F. (2014). Predicting suicidal ideations in sexually abused female adolescents: A 12-month prospective study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(4), 387–397. doi:10.1080/10538712.2014.896842

Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 175–203). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Cantón-Cortés, D., Cantón, J., & Cortés, M. R. (2012). The interactive effect of blame attribution with characteristics of child sexual abuse on posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(4), 329–335. doi:10.1097/NMD.0b013e31824cc078

Cantón-Cortés, D., Cantón, J., Justicia, F., & Cortés, M. R. (2011). A model of the effects of child sexual abuse on post-traumatic stress: The mediating role of attributions of blame and avoidance coping. *Psicothema*, 23(1), 66–73.

DeCou, C. R., Cole, T. T., Lynch, S. M., Wong, M. M., & Matthews, K. C. (2017). Assault - related shame mediates the association between negative social reactions to disclosure of sexual assault and psychological distress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(2), 166–172. doi:10.1037/tra0000186

Devries, K. M., Mak, J. Y. T., Child, J. C., Falder, G., Bacchus, L. J., Astbury, J., & Watts, C. H. (2014). Childhood sexual abuse and suicidal behavior: A meta-analysis. *Pediatrics*, 133(5), e1331–e1344. doi:10.1542/peds.2013-2166

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. doi:10.1016/s0005-7967(99)00123-0

Feiring, C., & Cleland, C. (2007). Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect*, 31(11–12), 1169–1186. doi:10.1016/j.chiabu.2007.03.020

Feiring, C., Simon, V. A., & Cleland, C. M. (2009). Childhood sexual abuse, stigmatization, internalizing symptoms, and the development of sexual difficulties and dating aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 127–137. doi:10.1037/a0013475

Feiring, C., Taska, L., & Chen, K. (2002). Trying to understand why horrible things happen: Attribution, shame, and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7(1), 25–39. doi:10.1177/1077559502007001003

Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (1998). The role of shame and attributional style in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Maltreatment*, 3(2), 129–142. doi:10.1177/1077559598003002007

Feiring, C., & Taska, L. S. (2005). The persistence of shame following sexual abuse: A longitudinal look at risk and recovery. *Child Maltreatment*, 10(4), 337–349. doi:10.1177/1077559505276686

Ferdinand, R. F. (2008). Validity of the CBCL/YSR DSM-IV scales anxiety problems and affective problems. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 126–134. doi:10.1016/j.janxdis.2007.01.008

Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530–541. doi:10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x

Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., & Hamby, S. L. (2014). The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 55, 329–333. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.12.026

Flory, J. D., & Yehuda, R. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: Alternative explanations and treatment considerations. *Clinical Research*, 17(2), 10.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466–475. doi:10.1037/0022-3514.54.3.466

Frazier, P. A. (1990). Victim attributions and post-rape trauma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(2), 298–304. doi:10.1037/0022-3514.59.2.298

Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V., & Piché, C. (2006). Correlates of behavioral outcomes in sexually abused children. *Journal of Family Violence*, 21(5), 287–299. doi:10.1007/s10896-006-9026-2

Krysinska, K., & Lester, D. (2010). Post-traumatic stress disorder and suicide risk: A systematic review. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 14(1), 1–23. doi:10.1080/13811110903478997

Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234–247. doi:10.1097/00006842-199305000-00002

Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis* (525). New York, NY: International Universities Press, Inc.

Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York, NY: Free Press.

Littleton, H., Horsley, S., John, S., & Nelson, D. V. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 977–988. doi:10.1002/jts.20276

Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismore, J. T., & Renshaw, K. D. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2), 146–172. doi:10.1007/s10567-013-0131-5

Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. doi:10.1037/10802-000

Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2007). *Mplus user's guide* (6th ed.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.

Nakamura, B. J., Ebesutani, C., Bernstein, A., & Chorpita, B. F. (2009). A psychometric analysis of the child behavior checklist DSM-oriented scales. *Journal*

of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31(3), 178–189.
doi:10.1007/s10862-008-9119-8

Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), 17–36. doi:10.1080/00223980109603677

Serafini, G., Muzio, C., Piccinini, G., Flouri, E., Ferrigno, G., Pompili, M., ... Amore, M. (2015). Life adversities and suicidal behavior in young individuals: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(12), 1423–1446. doi:10.1007/s00787-015-0760-y

Simon, V. A., Feiring, C., & Cleland, C. M. (2014). Early stigmatization, PTSD, and perceived negative reactions of others predict subsequent strategies for processing child sexual abuse. *Psychology of Violence*. doi:10.1037/a0038264

Simon, V. A., Feiring, C., & McElroy, S. K. (2010). Making meaning of traumatic events: Youths' strategies for processing childhood sexual abuse are associated with psychosocial adjustment. *Child Maltreatment*, 15(3), 229–241. doi:10.1177/1077559510370365

Spaccarelli, S., & Fuchs, C. (1997). Variability in symptom expression among sexually abused girls: Developing multivariate models. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(1), 24–35. doi:10.1207/s15374424jccp2601_3

Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & 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. doi:10.1177/1077559511403920

Tiet, Q. Q., Rosen, C., Cavella, S., Moos, R. H., Finney, J. W., & Yesavage, J. (2006). Coping, symptoms, and functioning outcomes of patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 799–811. doi:10.1002/jts.20185

Tremblay, C., Hébert, M., & Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 23(9), 929–945. doi:10.1016/S0145-2134(99)00056-3

Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M., & Starzynski, L. L. (2007). Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 20(5), 821–831. doi:10.1002/jts.20290

Ullman, S. E., & Najdowski, C. J. (2009). Correlates of serious suicidal ideation and attempts in female adult sexual assault survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(1), 47–57. doi:10.1521/suli.2009.39.1.47

Ullman, S. E., Peter-Hagene, L. C., & Relyea, M. (2014). Coping, emotion regulation, and self-blame as mediators of sexual abuse and psychological symptoms in adult sexual assault. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(1), 74–93. doi:10.1080/10538712.2014.864747

Ullman, S. E., & Relyea, M. (2016). Social support, coping, and posttraumatic stress symptoms in female sexual assault survivors: A longitudinal analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 29(6), 500–506. doi:10.1002/jts.22143

Walsh, K., Fortier, M. A., & DiLillo, D. (2010). Adult coping with childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Aggression and Violent Behavior*, 15(1), 1–13. doi:10.1016/j.avb.2009.06.009

Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92(4), 548–573. doi:10.1037/0033-295X.92.4.548

Whiffen, V. E., & MacIntosh, H. B. (2005). Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress a critical review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(1), 24–39. doi:10.1177/1524838004272543

Wolfe, V. V. (2002). *Children's Impact of Traumatic Events Scale-II* (Unpublished assessment instrument). London: Child and Adolescent Centre, London Health Sciences Centre.

Wolfe, V. V., Gentile, C., & Bourdeau, P. (1987). *History of victimization form* (unpublished assessment instrument). London, Ontario, Canada: London Health Science Centre.

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=D99041819FB30BA2809CE8070CA6E3D7?sequence=1

Table 3.1

Sociodemographic characteristics

Characteristics	Participants (%)
Age	
14	26.0
15	28.0
16	24.0
17	20.0
18	2.0
Nationality	
Born in Canada from parents born in Canada	69.7
Born in Canada with one or two parents born outside Canada	19.2
Born outside of Canada	11.1
Parents' nationality	
Canadian	76.0
Caribbean	13.0
Other	11.0
Language at home	
French	89.0
English	3.0
Other	8.0
Family structure	
Intact family	20.0
Single-parent family	48.0
Recomposed or foster family	32.0

Table 3.2

Intercorrelations, means, and standard deviations for self-blame, shame, and coping strategies at T1 and PTSD symptoms, depressive symptoms, and suicidal ideation at T2

Variables	1	2	3	4	5	6	7	<i>M</i>	<i>SD</i>
1.Self-blame T1	-							5.38	3.76
2. Shame T1	.474**	-						3.96	2.53
3.Avoidance coping T1	.265**	.451**	-					7.93	2.94
4.Social support seeking T1	.051	-.092	-.001	-				6.38	3.25
5.Problem solving T1	.049	.186	.241*	.441**	-			6.21	3.49
6.PTSD symptoms T2	.325**	.444**	.209*	-.100	.237*	-		42.69	19.13
7.Depressive symptoms T2	.258**	.180	.114	-.163	-.034	.562**	-	9.07	5.26
8.Suicidal ideation T2	.374**	.314**	.264**	-.154	.029	.358**	.573**	0.39	0.65

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

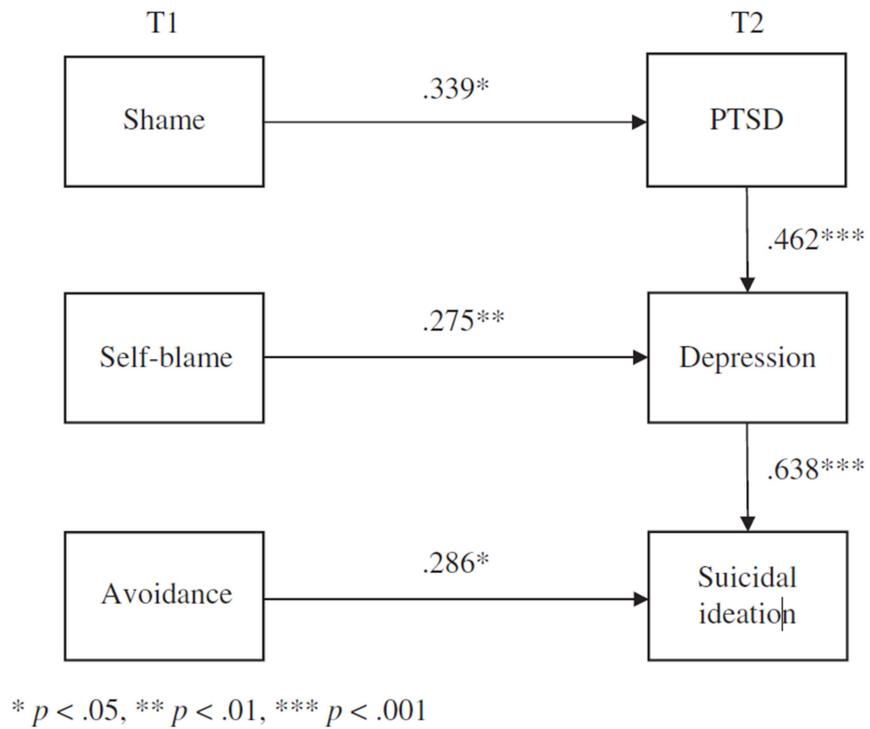


Figure 3.1

Path analysis with standardized beta coefficients

CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

Les objectifs de cette thèse étaient d'examiner les effets des attributions internes de blâme, de la honte et des stratégies d'adaptation sur les symptômes dépressifs, les symptômes de trouble de stress post-traumatique et sur les idéations suicidaires d'adolescentes victimes d'agression sexuelle, d'abord dans un devis transversal, puis longitudinal. Ce dernier chapitre présente une synthèse et une discussion des principaux résultats obtenus dans les deux articles de la thèse. Leurs contributions et leurs limites sont ensuite soulignées. Le chapitre se conclut sur les implications de nos résultats pour la recherche et l'intervention auprès des adolescentes victimes d'ASE.

4.1 Synthèse et intégration des résultats

4.1.1 Prévalence du TSPT, de la dépression et des idéations suicidaires

Les données recueillies au premier temps de mesure auprès de 147 adolescentes âgées de 14 à 18 ans victimes d'agression sexuelle révèlent que 66% d'entre elles présentaient un score clinique de TSPT, 53% un score clinique de dépression et 46% rapportaient avoir sérieusement pensé au suicide dans les trois derniers mois. En

comparaison, en 2012, chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans au Canada, la prévalence au cours des douze derniers mois du trouble de stress post-traumatique était de 2,1%, la prévalence de la dépression majeure était de 9,0% et celle des idéations suicidaires, de 6,6% (Statistique Canada, 2012). Les pourcentages d'adolescentes victimes d'agression sexuelle présentant ces divers troubles sont nettement plus élevés que ceux relevés chez les adolescentes et jeunes femmes de la population générale. Il s'agit donc d'un groupe particulièrement vulnérable. Il est ainsi important d'identifier les facteurs les plus susceptibles d'accroître les difficultés de ces adolescentes afin de mieux cibler les interventions qui leur sont offertes et favoriser leur rétablissement.

Le pourcentage de nos participantes présentant des symptômes cliniques de TSPT est, toutefois, plus élevé que dans la plupart des autres études portant sur des victimes d'agression sexuelle. Selon une étude québécoise récente portant sur 553 adolescentes et 106 adolescents victimes d'ASE recrutés dans des écoles secondaires, 27,9% présentent des symptômes de TSPT atteignant le seuil clinique (Hébert, Daspe, Blais, Lavoie, & Guerrier, 2017). Nos participantes sont ainsi deux fois plus nombreuses à présenter des symptômes cliniques de stress post-traumatique. Il est possible que ces écarts s'expliquent par les milieux de recrutement des deux groupes de victimes. Nos participantes ont été recrutées dans des centres d'intervention et en milieu hospitalier et plus de 90% d'entre elles avaient subi une agression sexuelle impliquant une pénétration ou une tentative de pénétration.

En ce qui a trait aux pourcentages de victimes d'ASE présentant des symptômes cliniques de dépression et des idéations suicidaires, les écarts entre les études portant sur des échantillons de victimes d'agression sexuelle sont moins marqués. Par exemple, Feiring et al. (1998) rapportent des symptômes dépressifs atteignant le seuil clinique chez 40% des 142 enfants et adolescents victimes d'ASE au premier temps

de mesure. Selon une autre étude portant spécifiquement sur des adolescentes victimes d'ASE, 76% des adolescentes recrutées présentaient un score clinique de dépression et 64% rapportaient des idéations suicidaires (Brabant, Hébert, & Chagnon, 2013). Les auteures expliquent ces pourcentages élevés par leur recrutement dans les centres jeunesse. Cependant, dans une autre étude, 73% des adolescents victimes d'ASE recrutés en milieu scolaire rapportaient des idéations suicidaires (Martin, Bergen, Richardson, Roeger, & Allison, 2004). Notons que les disparités peuvent également être liées aux différentes mesures utilisées. Par exemple Martin et al. (2004) ont évalué la présence d'idées suicidaires à vie, alors qu'aucune information n'est donnée sur la période évaluée dans l'étude de Brabant et ses collègues (2013).

Si une partie des troubles relevés lors de la première évaluation semble s'être résorbée six mois plus tard, les pourcentages obtenus restent élevés. Ainsi, parmi les 100 adolescentes ayant participé à la deuxième phase de notre étude, 48% présentaient des symptômes cliniques de TSPT, 37% des symptômes cliniques de dépression et 30% avaient sérieusement pensé au suicide dans les trois derniers mois. Ces résultats confirment la persistance de la détresse psychologique chez une grande partie des adolescentes. Peu d'études ont examiné l'évolution des symptômes de détresse psychologique à l'aide d'un schème longitudinal. Selon l'une d'entre elles, un an après leur première évaluation, 40% des victimes d'ASE présentaient toujours des symptômes cliniques de dépression, 15% des symptômes cliniques de TSPT, 25% rapportaient des idéations suicidaires et 25% des participantes avaient fait une tentative de suicide dans la dernière année (Brabant, Hébert, & Chagnon, 2014). Les pourcentages élevés de victimes rapportant des idéations suicidaires et des tentatives de suicide sont particulièrement inquiétants. Ils confirment bien l'importance de cerner les facteurs associés à la détresse psychologique chez les victimes d'ASE.

4.1.2 Corrélats et prédiction des symptômes de TSPT, de dépression et des idéations suicidaires

Stratégies d'adaptation

Au premier temps de mesure, les stratégies d'évitement étaient les seules stratégies d'adaptation, parmi celles étudiées, à être significativement corrélées aux symptômes de dépression et de TSPT et aux idéations suicidaires. La recherche de soutien social ainsi que la résolution de problème n'y étaient pas significativement corrélées. Ces résultats confirment ceux d'autres études, bien qu'il soit difficile de les comparer en raison de la diversité des mesures employées. Par exemple, les différentes stratégies d'adaptation sont parfois regroupées en deux catégories, les stratégies d'approche et les stratégies d'évitement. C'est le cas de l'étude de Hébert, Tremblay, Parent, Daignault et Piché (2006), qui porte sur 63 enfants âgés de 7 à 12 ans, et celle de Cantón-Cortés et Cantón (2010), qui inclut 164 femmes âgées de 18 à 24 ans. Leurs résultats montrent, néanmoins, que les stratégies d'évitement sont positivement corrélées aux symptômes de détresse psychologique alors que les stratégies d'approche ne le sont pas.

Selon une autre étude, les adolescents victimes d'ASE utilisent davantage de stratégies d'évitement et présentent plus de symptômes dépressifs et de TSPT que les adolescents victimes d'autres événements stressants et que les adolescents qui n'ont subi aucun événement traumatique (Bal, Van Oost, De Bourdeaudhuij, & Crombez, 2003). Les autres stratégies d'adaptation étudiées (résolution de problème, distraction et recherche de soutien social) ne diffèrent pas selon le groupe. Les stratégies d'évitement ont, en outre, un effet de médiation sur la relation entre l'ASE et les symptômes de dépression et de TSPT (Bal et al., 2003).

Rappelons ici que, selon nos résultats, au premier temps de mesure, les stratégies d'évitement n'expliquent pas de part de variance unique dans la prédiction des symptômes de dépression, de TSPT et des idéations suicidaires lorsque les attributions internes de blâme et la honte sont prises en compte. Encore une fois, il est difficile de comparer ces résultats à ceux d'autres études puisque ces trois variables sont rarement étudiées de façon simultanée chez les victimes d'agression sexuelle. Simon, Feiring et Cleland (2014) ont, néanmoins, montré que la persistance de la honte et des attributions internes de blâme prédisent l'utilisation de stratégies d'adaptation peu efficaces, telles que l'évitement. Compte tenu des résultats de l'ensemble de ces études, nous avons émis l'hypothèse que l'effet de l'évitement pourrait se manifester à plus long terme.

À ce titre, c'est ce que semblent confirmer les résultats de la deuxième étude. L'évitement au premier temps de mesure est un prédicteur des idéations suicidaires six mois plus tard, même lorsque l'on tient compte des symptômes dépressifs au deuxième temps de mesure. Les symptômes dépressifs au deuxième temps de mesure et les stratégies d'évitement au premier temps de mesure prédisent 54% des idéations suicidaires au deuxième temps de mesure. L'évitement est également corrélé aux symptômes de TSPT, sans, toutefois, agir comme prédicteur lorsque la honte est prise en compte. En ce qui a trait aux autres stratégies d'adaptation étudiées, comme au premier temps de mesure, la recherche de soutien social et la résolution de problème ne sont pas des prédicteurs de la détresse psychologique six mois plus tard. Très peu d'études se sont intéressées à l'effet des stratégies d'adaptation sur les idéations suicidaires chez les victimes d'agression sexuelle. L'effet de l'évitement sur la détresse psychologique des victimes d'ASE est pourtant bien documenté depuis des années (Spaccarelli, 1994; Whiffen & MacIntosh, 2005).

Nous avons également pour hypothèse que les symptômes de dépression et de TSPT pourraient prédire les idéations suicidaires puisque qu'ils sont liés à la détresse suicidaire (Alsop, 2004; Krysiniska & Lester, 2010; Nock, Hwang, Sampson, & Kessler, 2010; Waldrop et al., 2007). Cependant, lorsque les symptômes dépressifs et de TSPT au T2 et l'utilisation de stratégies d'évitement au T1 étaient tous pris en compte dans la prédiction des idées suicidaires, le TSPT n'expliquerait pas de part de variance unique contrairement aux symptômes dépressifs et à l'évitement. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que l'évitement est une dimension centrale du TSPT.

En effet, l'évitement est au cœur des modèles conceptuels du développement et du maintien du TSPT (Ehlers & Clark, 2000 ; Foa & Kozak, 1986; Mowrer, 1960) et est l'un des critères diagnostiques du TSPT selon le DSM-IV et le DSM-5 (APA, 1994; APA, 2013). L'évitement contribue au maintien du TSPT et le TSPT à l'utilisation de stratégies d'évitement (Badour, Blonigen, Boden, Feldner, & Bonn-Miller, 2012). Plusieurs études portant sur des échantillons de victimes d'ASE révèlent également un effet médiateur de l'évitement sur les symptômes de TSPT (Bal, Van Oost, De Bourdeaudhuij, & Crombez, 2003 ; Cantòn-Cortèz, Cantòn, Justicia, & Cortèz, 2011; Ullman, Townsend, Filipas, & Starzynski, 2007). Pourtant, dans notre première étude, l'évitement a été exclu du modèle de prédiction du TSPT, car il ne prédisait pas de part de variance unique lorsque les attributions internes de blâme et la honte étaient incluses dans le modèle. De plus, bien que l'évitement au T1 soit corrélé aux symptômes de TSPT au T2, il n'est pas un prédicteur lorsque la honte au T1 est prise en compte dans le modèle de prédiction. Ces résultats peuvent surprendre, mais ils semblent confirmer ceux d'une méta-analyse récente selon laquelle la honte joue un rôle central dans la structure affective du TSPT (López-Castro, Saraiya, Zumberg-Smith, & Dambreville, 2019).

L'effet de l'évitement sur les idéations et les comportements suicidaires a été peu étudié dans la population générale (Alsop, 2004) et chez les victimes d'agression sexuelle. Pourtant, les stratégies d'évitement occupent une place centrale dans *The Escape Theory of Suicide* de Baumeister (1990). Selon cette théorie, le suicide est une fuite du soi et des émotions négatives. Les attributions internes de blâme jouent un rôle important dans ce modèle en raison des émotions négatives qu'elles suscitent, comme la culpabilité ou la honte, que la personne suicidaire tente de fuir. Nos résultats semblent confirmer ce modèle. Ils soulignent également l'importance d'évaluer les stratégies d'évitement chez les victimes d'ASE et de minimiser le recours à ces stratégies afin de réduire leur détresse psychologique.

Stigmatisation: honte et blâme

Les résultats de la première étude montrent que la honte joue un rôle de médiateur de la relation entre les attributions internes de blâme et les symptômes de TSPT. Le sentiment de honte et les attributions internes de blâme prédisent 45% de la variance des symptômes de TSPT. De plus, la honte et les symptômes dépressifs agissent comme médiateurs de la relation entre les attributions internes de blâme et les idéations suicidaires. Ces trois variables prédisent 42% de la variance des idéations suicidaires de notre échantillon de 147 adolescentes victimes d'ASE.

Ces résultats sont cohérents avec la dynamique de stigmatisation de Finkelhor et Browne (1985) selon lesquels les attributions internes de blâme, c'est-à-dire la responsabilité que s'attribue la victime d'agression sexuelle par un processus d'intériorisation de la stigmatisation, et la honte qui s'ensuit ont pour effet d'accroître sa détresse psychologique. Les travaux de Feiring et ses collègues (Feiring & Cleland, 2007; Feiring & Taska, 2005; Feiring, Taska, & Chen, 2002) ont déjà mis en évidence les effets négatifs des attributions internes de blâme et de la honte sur les

symptômes dépressifs et de TSPT des enfants et des adolescents victimes d'ASE. Ces auteures n'en ont cependant pas étudié les effets sur les idéations suicidaires.

D'autres chercheuses ont noté qu'en contrôlant pour leurs symptômes dépressifs, les symptômes de TSPT peuvent prédire les idéations suicidaires d'adolescentes victimes d'agression sexuelle (Brabant, Hébert, & Chagnon, 2014). Les auteures n'ont cependant pas tenu compte des effets des attributions internes de blâme et de la honte sur les idéations suicidaires de leurs participantes. Les résultats de notre première étude montrent que les symptômes de TSPT ne prédisent pas de part de la variance unique des idéations suicidaires lorsque les attributions internes de blâme, le sentiment de honte et les symptômes dépressifs sont pris en compte.

Les effets des attributions internes de blâme, de la honte et des stratégies d'adaptation sur les idéations suicidaires ont fait l'objet de peu d'études chez les victimes d'AS. Dans un article publié en 2009, Ullman et Najdowski concluaient que les attributions internes de blâme et l'utilisation de drogue et d'alcool comme stratégies d'adaptation prédisaient la présence d'idéations suicidaires chez des femmes victimes d'agression sexuelle à l'âge adulte, même en tenant compte de leurs symptômes dépressifs.

Les résultats de notre première étude montrent clairement que les attributions internes de blâme et la honte sont d'importants prédicteurs des symptômes dépressifs, de TSPT et des idéations suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE. La deuxième étude, qui se fonde sur un devis longitudinal, a permis d'évaluer les effets à long terme des attributions internes de blâme et de la honte sur les symptômes de détresse psychologique des 100 adolescentes victimes d'ASE évaluées. Des analyses acheminatoires révèlent que la honte au premier T1 prédit les symptômes de TSPT six mois plus tard, alors que les attributions internes de blâme au T1 prédisent les symptômes dépressifs six mois plus tard.

Certains résultats de la deuxième étude peuvent surprendre, car les symptômes dépressifs au T2 ne sont pas corrélés au sentiment de honte du T1. De plus, bien que les symptômes de TSPT au T2 soient corrélés aux attributions internes de blâme, au sentiment de honte et aux stratégies d'évitement et de résolution de problème du T1, lorsque toutes ces variables sont prises en compte dans la prédiction des symptômes de TSPT, seule la honte explique une part de la variance unique de ces symptômes.

D'autres études ont obtenu des résultats similaires. Le sentiment de honte est un prédicteur à long terme du TSPT, soit seul ou associé aux attributions internes de blâme (DeCou et al., 2017; Feiring et al., 2002; Feiring & Taska, 2005). De plus, une récente méta-analyse, qui inclut 25 études impliquant 3,663 victimes de divers traumatismes, révèle une relation significative ($r = 0,49$, 95% CI [0,43, 0,55], $p < 0,001$) entre la honte et le TSPT (López-Castro et al., 2019). Les auteurs concluent que le sentiment de honte joue un rôle central dans la structure affective du TSPT et devrait être une cible d'intervention prioritaire dans le traitement du TSPT.

Il est intéressant de constater que les attributions internes de blâme n'expliquent pas de part de variance unique dans la prédiction des symptômes de TSPT six mois plus tard, alors qu'il est l'un des symptômes du critère D du TSPT selon le DSM-5 (altérations négatives des cognitions et de l'humeur) de pair avec la honte, qui est l'une des émotions citées comme exemple d'un état émotionnel négatif persistant (APA, 2013). Rappelons que la méta-analyse de López-Castro et ses collègues (2019) a mis en évidence le rôle central de la honte dans la structure affective du TSPT et que les victimes d'agression sexuelle et de violence conjugale rapportent plus de honte que les victimes d'autres types d'événements traumatiques (Saraiya & López-Castro, 2016).

Un autre résultat mérite d'être souligné. Alors que la honte agissait comme médiateur de la relation entre les attributions internes de blâme et les symptômes dépressifs dans la première étude, parmi toutes les variables analysées au T1, seules les attributions internes de blâme sont corrélées aux symptômes dépressifs au T2. Plusieurs études portant sur des femmes ou des enfants victimes d'agression sexuelle ou de maltraitance ont observé un effet de la honte sur les symptômes dépressifs (DeCou et al., 2017 ; Feiring, Taska, & Lewis, 1998 ; Feiring, Taska, & Chen, 2002 ; Feiring, Taska, & Lewis, 2002 ; Stuewig & McCloskey, 2005). Les études de Feiring et ses collègues ont également mis en évidence l'effet des attributions internes de blâme sur les symptômes dépressifs chez les enfants victimes d'ASE. Dans leur étude longitudinale, Feiring et Cleland (2007) rapportent, de plus, que les attributions internes de blâme au T1 sont un prédicteur des symptômes dépressifs six ans plus tard.

Les effets négatifs des attributions internes de blâme, ou d'un locus de contrôle interne, suite à un événement négatif sont bien connus. Un style attributionnel négatif, c'est-à-dire global, stable et interne, est un prédicteur des symptômes dépressifs (Alloy et al., 2006), en particulier chez les personnes exposées à des événements de vie stressants (Hankin, Abramson, Miller, & Haefel, 2004 ; Joiner, 2000). De plus, les femmes seraient plus vulnérables aux effets des attributions négatives que les hommes, le genre agissant comme modérateur de la relation entre le style attributionnel et la dépression (Hu, Zhang, & Yang, 2015). Selon Hankin et Abramson (2001), la différence de genre dans la prévalence de la dépression pourrait s'expliquer par le fait que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de vivre des événements de vie négatifs et sont plus vulnérables, en raison de leurs attitudes dysfonctionnelles et de leur style inférentiel négatif, à la dépression que les hommes. D'autres auteurs tirent des conclusions similaires concernant le style attributionnel des femmes (Levine & Conway, 2010 ; Lewis, 2016). Par contre, aucune explication n'est proposée sur l'origine de ce style attributionnel.

Dans la plupart des sociétés, l'agression sexuelle est souvent tabou et ses victimes, en majorité des femmes, sont souvent blâmées pour leur agression, ce qui pourrait expliquer leur style attributionnel interne (Finkelhor & Browne, 1985). La mesure des attributions internes de blâme au T1 semble constituer, dans notre étude, un indice de la propension de la victime à utiliser des attributions causales internes relativement à l'agression, ce qui accroît le risque de développer des symptômes dépressifs.

Notons, enfin, que les corrélations entre les symptômes de TSPT et de dépression sont élevées dans notre étude ainsi que dans celle de Feiring et ses collègues (voir Feiring, Taska, & Lewis, 2002). Il y a d'ailleurs chevauchement entre les symptômes de TSPT et ceux du trouble dépressif dans le DSM-5 (p. ex., : réduction ou perte d'intérêt pour des activités, difficultés de concentration, perturbation du sommeil, dévalorisation ou culpabilité excessive, état émotionnel négatif persistant). Selon Flory et Yehuda (2015), il ne s'agit pas simplement d'un chevauchement de symptômes, mais il existe fort probablement un phénotype distinct ou un sous-type de TSPT, car les personnes présentant les deux troubles manifestent un niveau de détresse plus élevé, une altération plus importante du fonctionnement neurocognitif, un plus grand risque suicidaire et un plus faible pronostic que les personnes présentant seulement un TSPT. Citant diverses études ayant recours à des techniques de neuroimagerie et à l'analyse de marqueurs biologiques, tels que des molécules d'ADN, les auteurs suggèrent l'hypothèse de profils biologiques distincts chez les gens qui présentent un TSPT, un trouble dépressif ou une combinaison des deux troubles. Cette hypothèse mérite d'être vérifiée et pourrait expliquer, en partie, la présence élevée d'idéations suicidaires chez nos participantes.

Caractéristiques des ASE

La plupart des études qui se sont intéressées à la détresse psychologique chez les victimes d'agression sexuelle tiennent compte des caractéristiques de l'agression vécue. Il n'y a cependant pas consensus concernant leur impact (Hébert, 2011). Dans nos études, au premier et au deuxième temps de mesure, la plupart des caractéristiques des ASE (sévérité, chronicité, âge de la victime, âge et sexe de l'agresseur, utilisation de menace, de violence ou de drogues) ne sont pas corrélées significativement aux symptômes de dépression et de TSPT ni aux idéations suicidaires.

Au premier temps de mesure, les symptômes dépressifs sont, cependant, corrélés au nombre de situations d'AS rapportées ($r = 0,20, p < 0,05$), au temps passé depuis la dernière agression ($r = 0,26, p < 0,001$) et à la relation avec l'agresseur (intra ou extra familial) ($r = 0,23, p < 0,01$). Puisque la valeur de ces corrélations est inférieure à 0,30 (Ghiselli, Campbell, & Zedeck, 1981), qu'elles ne sont plus significatives lorsque les autres variables étudiées sont prises en compte et qu'il n'y a aucune corrélation significative entre les caractéristiques de l'ASE et les symptômes TSPT et les idéations suicidaires, les caractéristiques de l'ASE ont été éliminées des analyses subséquentes. Feiring et al. (1998) ont obtenu des résultats similaires dans leur étude sur des enfants et des adolescents victimes d'ASE. Aucune des caractéristiques de l'ASE analysées n'était corrélée aux symptômes de TSPT dans leur échantillon et seul le nombre d'événements était corrélé significativement à la honte et aux symptômes dépressifs.

Yancey et Hanson (2010) ont réalisé une recension des études sur les liens entre la sévérité et la durée de l'ASE, la relation avec l'agresseur et les symptômes de dépression, de TSPT et les idéations suicidaires à la suite d'une ASE. Ces auteurs concluent en l'absence de consensus en ce qui a trait à l'impact des caractéristiques de l'ASE sur la détresse psychologique des victimes. Hébert (2011), dans sa

recension, en vient à la même conclusion. Nos résultats semblent confirmer cette conclusion, mais il est aussi possible que l'absence de lien significatif entre les caractéristiques de l'agression et ses répercussions s'explique par le fait que nos participantes avaient, pour la plupart, subi des agressions sexuelles sévères. Il y avait donc peu de variabilité au sein de notre groupe de participantes.

4.2 Contribution générale

Les deux articles qui constituent le cœur de cette thèse sont les premiers, à notre connaissance, à étudier simultanément les effets des attributions internes de blâme, de la honte et des stratégies d'adaptation sur les symptômes de dépression, de TSPT et sur les idéations suicidaires d'adolescentes victimes d'ASE. Il s'agit d'une contribution significative tant du point de vue de la recherche que de l'intervention. Ces études contribuent également à créer des liens entre deux domaines de recherche distincts, soit la recherche sur les agressions sexuelles envers les jeunes et les études cliniques sur les effets des attributions internes de blâme et des stratégies d'évitement sur le TSPT, la dépression et la détresse suicidaire.

Plusieurs forces méthodologiques des études réalisées doivent également être soulignées. L'utilisation d'un devis longitudinal, dans le deuxième article, constitue une force, car il permet de mieux comprendre l'impact à long terme des attributions internes de blâme, de la honte et des stratégies d'adaptation sur la détresse psychologique de nos participantes. La taille de l'échantillon clinique est également une force de cette thèse, et se compare avantageusement aux études publiées dans le domaine, de plus, le recrutement a nécessité plusieurs années de travail.

Il est également à noter que les caractéristiques des ASE subies (gravité des gestes posés, chronicité et lien de l'enfant avec l'agresseur) ont été considérées dans les

analyses statistiques, ce qui constitue une autre force de l'étude. Ces variables n'ont cependant pas été retenues dans les articles de la thèse puisqu'elles n'étaient pas corrélées aux principales mesures de l'étude.

4.3 Limites de la thèse

Cette thèse comporte également certaines limites. D'abord, notre échantillon est surtout composé de victimes d'agression sexuelle grave impliquant une pénétration ou une tentative de pénétration. Plus de 85% de nos participantes rapportaient avoir subi ce type d'agression, alors que le pourcentage d'agression grave est plus faible parmi l'ensemble des victimes d'ASE. Rappelons que la majorité de nos participantes ont été recrutées dans un centre hospitalier, lors d'une évaluation médicale, ce qui pourrait expliquer cette forte proportion d'agression grave.

Outre les caractéristiques de l'ASE, qui ont été fournies par les intervenantes des milieux de recrutement, les données analysées sont issues des questionnaires remplis par les adolescentes. Nous n'avons pas d'informations concomitantes, notamment sur les symptômes de TPST et de dépression, provenant d'un parent ou d'autres proches des victimes ou des intervenantes. Nous n'avons également aucune information sur les réactions des proches suite au dévoilement, sur le fonctionnement de la famille et sur le soutien reçu, des variables reconnues pour leur impact sur les attributions internes de blâme, la honte et le niveau de détresse des victimes (Alsop, 2004; Finkelhor & Browne, 1985; Hillberg, Hamilton-Giachritsis, & Dixon, 2011; Ullman, Townsend, Filipas, & Starzynski, 2007). Les études futures pourraient ainsi prendre en compte diverses variables liées au milieu dans lequel évoluent les adolescentes afin de dresser un portrait plus global, plus complet des différents facteurs pouvant accroître ou atténuer leur détresse psychologique.

De plus, une seule question a été utilisée pour évaluer la présence d'idéations suicidaires chez nos participantes, alors qu'une mesure plus détaillée du risque suicidaire, incluant des questions sur la présence d'un plan suicidaire et de tentatives de suicide, aurait peut-être permis d'obtenir un portrait plus juste du risque suicidaire. Des questions portant sur la présence de pensées ou de gestes suicidaires sur une plus longue période que les trois derniers mois auraient, en outre, permis d'évaluer avec plus de justesse la détresse suicidaire chez les adolescentes qui avaient subi une agression sexuelle plus de six mois avant leur participation à l'étude, ce qui était le cas de 26% d'entre elles.

Enfin, nous n'avons recueilli aucune donnée sur la consommation d'alcool et de drogues, sur l'automutilation et sur les tentatives de suicide. Finkelhor et Browne (1985), dans leur description de la dynamique traumagénique de stigmatisation, soutiennent que la stigmatisation entraîne des comportements autodestructeurs, tels que l'abus de drogue et d'alcool, l'implication dans des activités criminelles, la prostitution et les tentatives de suicide. Ces stratégies d'adaptation, que l'on peut qualifier d'autodestructrices, ont déjà fait l'objet de quelques études chez les victimes d'ASE (Merrill, Guimond, Thomsen, & Milner, 2003; Merrill, Thomsen, Sinclair, Gold, & Milner, 2001). Il serait pertinent, dans les études futures, de mieux documenter le spectre de ces comportements autodestructeurs.

4.4 Implications cliniques et conclusion

En somme, les adolescentes victimes d'ASE présentent une grande détresse psychologique. Une forte proportion d'entre elles rapporte des symptômes de dépression et de TSPT atteignant le seuil clinique et les idéations suicidaires sont de 6

fois à 31 fois plus fréquentes chez elles que chez les adolescentes de la population générale. Il apparaît donc essentiel d'intervenir auprès de ces adolescentes afin d'atténuer leur détresse et de réduire le risque suicidaire.

Selon Spirito, Esposito-Smythers, Wolff, et Uhl (2012), la thérapie cognitive comportementale (TCC) visant la réduction des symptômes dépressifs à l'adolescence est utile pour diminuer non seulement les symptômes dépressifs, mais également la présence d'idées suicidaires. Selon une étude, la combinaison d'une thérapie cognitive comportementale et de la médication serait, toutefois, plus efficace que la thérapie ou la médication seule pour diminuer les symptômes dépressifs et réduire les idéations suicidaires à l'adolescence (March et al., 2007). Chez les adultes, la thérapie cognitive comportementale brève réduit les tentatives de suicide de moitié (Brown, Ten Have, Henriques, Xie, Hollander, & Beck, 2005).

Ces interventions peuvent donc être efficaces pour diminuer les symptômes dépressifs et les idées ou tentatives suicidaires chez les adolescents, mais elles ne sont pas conçues spécifiquement pour des victimes d'agression sexuelle. Sachant que les attributions internes de blâme, la honte et l'évitement suite à l'agression sexuelle sont des prédicteurs de la détresse psychologique chez les adolescentes qui en sont victimes, il semble essentiel de les aborder en thérapie.

La thérapie cognitive comportementale axée sur le trauma (TCC-T; *Trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT)*) cible la diminution des symptômes de stress post-traumatique, la reconnaissance et l'expression des émotions, la restructuration cognitive et l'exposition graduelle aux souvenirs du traumatisme. Différentes études portant sur des enfants et adolescents victimes de divers traumatismes démontrent que la TCC-T est plus efficace que les autres types de psychothérapie. Elle entraîne une diminution significative de la honte et des symptômes dépressifs et de TSPT (Cohen,

Deblinger, & Mannarino, 2017). La TCC-T semble donc être, actuellement, la psychothérapie la plus appropriée à utiliser auprès des adolescentes victimes d'ASE.

Très peu d'études portant sur les interventions offertes aux victimes d'ASE se sont intéressées, de façon spécifique, à leurs idéations suicidaires. Aucune des 32 études recensées par Tichelaar, Deković et Endendijk (2020) sur l'efficacité de différents types de psychothérapie pour les victimes d'ASE n'a inclus les idéations suicidaires parmi les variables étudiées. Par contre, presque toutes ces études incluent des mesures de symptômes dépressifs et de TSPT ou de troubles de comportement intériorisés et extériorisés.

Compte tenu du risque suicidaire élevé chez les victimes d'ASE, la présence d'idéations suicidaires devrait faire l'objet d'une attention spécifique. Les conclusions de la recension de Spirito et al. (2012) sur l'efficacité de la thérapie cognitive comportementale (TCC) pour atténuer les idéations suicidaires chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs peuvent nous rassurer, mais les études recensées ne portent pas sur les victimes d'ASE. Il est fort possible que la thérapie cognitive comportementale (TCC) et la thérapie cognitive comportementale axée sur le trauma (TCC-T) aient pour effet de diminuer la détresse suicidaire chez les victimes d'ASE, puisqu'elles abordent les pensées et les émotions liées au trauma et peuvent inclure des stratégies d'adaptation ou de gestion des émotions et l'exposition aux souvenirs traumatiques. En ciblant l'évitement et les symptômes dépressifs, ces interventions pourraient diminuer les idées suicidaires chez les adolescentes victimes d'ASE, mais des études sont nécessaires pour le démontrer.

Enfin, le personnel des services sociaux et de santé devrait être clairement informé de l'importance d'évaluer la symptomatologie et les idéations et conduites suicidaires chez les adolescentes victimes d'agression sexuelle afin d'intervenir de façon efficace

ou d'orienter les adolescentes vers des services spécialisés. Il en existe quelques-uns au Québec, tel le Centre d'expertise Marie-Vincent, qui offre une thérapie cognitive comportementale centrée sur la résolution du trauma aux enfants et aux adolescentes et adolescents victimes d'agression sexuelle, mais l'offre de service demeure insuffisante pour répondre aux besoins de toutes ces victimes. Des programmes d'éducation et de prévention des agressions sexuelles sont également nécessaires.

On commence à mieux comprendre les répercussions des ASE chez les adolescentes qui en sont victimes, mais des lacunes persistent en ce qui a trait à leur détresse suicidaire. Il reste aussi à développer des programmes d'intervention spécifiques pour réduire leur détresse suicidaire. Il est, enfin, nécessaire de tenir compte de l'influence du contexte social sur les victimes d'ASE, notamment sur leurs attributions internes de blâme, sur leur sentiment de honte et sur leurs stratégies d'adaptation, pour mieux intervenir et pour réduire leur détresse psychologique.

ANNEXE A

APPROBATION ÉTHIQUE



Le 21 mai 2019

Docteur Jean-Yves Frappier
CHU Sainte-Justine

Objet	Renouvellement de l'approbation éthique - CÉR
	2012-356, 3322 Équipe des IRSC sur les traumas interpersonnels - Volet 2a: Étude auprès des adolescentes et adolescents issus de populations vulnérables (victimes d'agression sexuelle)
	Co-chercheur: Martine Hébert

Docteur,

Les membres du comité restreint du Comité d'éthique de la recherche du CHU Sainte-Justine ont examiné votre demande de renouvellement de l'approbation éthique de votre projet cité en rubrique à leur réunion du 16 mai 2019. L'approbation éthique de votre projet a été renouvelée par le Comité en date du 16 mai 2019 et le document suivant a été approuvé:

- Protocole de recherche non daté

Le formulaire d'information et de consentement n'a pas été réévalué puisque votre rapport annuel indique que le recrutement des participants est terminé.

Tous les projets de recherche impliquant des sujets humains doivent être réévalués annuellement. La durée de votre approbation sera effective jusqu'au 16 mai 2020. Il est de votre responsabilité de soumettre une demande au comité pour que l'approbation éthique soit renouvelée avant la date d'expiration. Il est également de votre responsabilité d'aviser le comité dans les plus brefs délais de toute modification au projet et/ou de tout événement grave et inattendu susceptible d'augmenter le niveau de risque ou d'influer sur le bien-être du participant.

En vous souhaitant une bonne poursuite de votre projet,

Me Geneviève Cardinal
Présidente
Comité d'éthique de la recherche

ANNEXE B

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant
Pour l'amour des enfants



Université
de Montréal

APPROUVÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE

17 MAI 2017
#2012-356
CHU SAINTE-JUSTINE



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

ÉVOLUTION DES JEUNES AYANT DÉVOILÉ UNE AGRESSION SEXUELLE

CHERCHEURS/ES : MARTINE HÉBERT, Ph.D., DÉPARTEMENT DE SEXOLOGIE, UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Dr. JEAN-YVES FRAPPIER, M.D., CHU SAINTE-JUSTINE
MIREILLE CYR, Ph.D., DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Ce projet est financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Nous sollicitons ta participation à une étude menée par des chercheurs/es de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine en collaboration avec différents milieux d'intervention : la Clinique de médecine de l'adolescence du CHU Sainte-Justine de Montréal, le Centre d'intervention en abus sexuels pour la famille (CIASF) de Gatineau, l'Organisme Parents-Unis (PU) de Lanaudière, le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU) de Montréal et le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CJMCQ) de Trois-Rivières.

Cette étude porte sur les facteurs et les interventions qui aident les jeunes âgés de 14 à 18 ans à surmonter des événements difficiles, comme une agression sexuelle, et sur leur évolution pendant deux ans. Les objectifs de ce projet sont d'identifier l'évolution des adolescents/es ayant dévoilé une agression sexuelle et les éléments qui influencent cette évolution. Nous nous intéressons également aux parcours amoureux des jeunes, à leurs perceptions concernant les relations amoureuses et aux défis de ces relations. Tu n'as pas besoin d'être actuellement en couple ni d'avoir déjà eu des relations amoureuses : nous voulons connaître les perceptions et les opinions de tous les jeunes. Les informations recueillies nous aideront à identifier les besoins des jeunes comme toi et à mettre en place des services mieux adaptés.

EN QUOI CONSISTE TA PARTICIPATION AU PROJET?

Ce projet comprend deux volets:

1) Collecte de données effectuée directement auprès des participantes et participants

Ta collaboration consistera en 4 rencontres individuelles d'une durée de 75 minutes avec une assistante ou un assistant de recherche. Tu répondras à des questionnaires portant sur ta situation personnelle, psychologique, familiale, relationnelle et amoureuse. La première rencontre aura lieu lors de ta visite dans le milieu d'intervention (CHU Sainte-Justine, CIASF ou PU). Les autres rencontres auront lieu à des intervalles de 6 mois suivant la première rencontre. Il sera alors possible pour toi d'effectuer les autres rencontres à ton domicile, dans un local de l'UQAM, ou encore par courrier postal.

2) Collecte d'informations par le biais du dossier clinique ou médical des participantes et participants

Ici, ta participation consiste à autoriser que l'équipe de chercheurs/es recueille des informations contenues dans ton dossier clinique ou médical du milieu d'intervention (CHU Ste-Justine, CIASF ou PU), comprenant entre autres la description des services que tu as reçus et de l'information sur ton évolution psychosociale. Cette autorisation ne te demandera aucune participation supplémentaire.

AVANTAGES DE L'ÉTUDE

En complétant les questionnaires, tu auras la possibilité de faire le point sur différents aspects de ta vie ainsi que sur ton adaptation aux événements difficiles que tu peux avoir vécus. Le fait de recueillir ces informations sur l'ensemble des adolescents/es nous permettra de mieux définir les caractéristiques des jeunes ayant vécu une agression sexuelle, de mieux saisir les besoins d'intervention et d'adapter les services.

INCONVÉNIENTS ET RISQUES

Un possible inconvénient est le temps que tu nous accorderas pour compléter les questionnaires. Un autre désavantage possible serait de te rappeler des épisodes désagréables de ta vie familiale, sociale ou amoureuse. Toutefois, l'assistante ou l'assistant de recherche te renseignera après l'entrevue sur les personnes-ressources disponibles si tu ressens le besoin de parler d'une expérience difficile. Par ailleurs, si tu le désires, tu pourras discuter avec l'intervenant/e que tu rencontres dans le milieu d'intervention (CHU Sainte-Justine, CIASF ou PU). De plus, à aucun moment il ne te sera demandé de décrire ce que tu as vécu. Il est également possible de faire une pause, selon tes besoins, ou de mettre un terme à l'entrevue, si tu le désires. Les assistants/es de recherche sont des étudiantes et étudiants de niveau universitaire inscrits dans un programme d'étude en lien avec le projet de recherche. Ils et elles ont déjà mené des entrevues auprès d'adolescents/es.

CONFIDENTIALITÉ ET UTILISATION DES DONNÉES RECUEILLIES

Les données recueillies par cette étude sont *entièrement confidentielles*, à moins d'une autorisation de ta part ou d'une exception de la loi (par exemple, en vertu de l'article 39 de la loi sur la Protection de la Jeunesse¹). La confidentialité sera assurée par l'utilisation d'un code numérique pour identifier les questionnaires et les informations recueillies dans ton dossier clinique ou médical. Seuls l'équipe de chercheurs/es et leurs assistants/es auront accès aux formulaires de consentement. Ces personnes sont toutefois tenues à la confidentialité des informations consultées. En plus des chercheurs/es impliqués/es dans ce projet, des étudiants de maîtrise et de doctorat, supervisés par ces chercheurs, pourraient avoir accès au fichier de traitement statistique de données dénominalisées (c'est-à-dire que ton nom n'y apparaîtra jamais). Les résultats des recherches effectuées avec ces données ne permettront pas non plus d'identifier les personnes participantes. Les résultats seront diffusés dans des articles de revues scientifiques, des présentations lors de congrès et colloques, et des travaux d'étudiants/es. Les questionnaires et les informations recueillies dans le dossier clinique ou médical seront conservés sous clé dans les locaux de la chercheuse principale (Martine Hébert - UQAM). Les seules personnes qui y auront accès sont les chercheurs/es associés au projet et les assistants/es de recherche. Ces documents seront détruits 5 ans après la dernière rencontre. Le comité d'éthique du CHU Sainte-Justine ainsi que l'organisme subventionnaire (IRSC) pourront avoir accès aux données.

RESPONSABILITÉ DES CHERCHEURS

En acceptant de participer à cette recherche, tu ne renonces à aucun de tes droits prévus par la loi. De plus, tu ne libères pas les chercheurs/es de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui te causerait préjudice.

COMPENSATION

Si tu acceptes de compléter le questionnaire, une somme de 30\$ sous forme de certificat cadeau te sera remise lors de chaque rencontre. C'est une compensation pour ton temps ou les coûts relatifs à ton déplacement.

EST-IL OBLIGATOIRE DE PARTICIPER?

Tu es entièrement libre de participer ou non, en partie ou en totalité. Tu es libre de te retirer du projet à tout moment; toutes les données recueillies sur toi seraient alors détruites. Sache que la décision de participer ou non à cette étude n'affectera en rien les services qui te sont offerts dans les différents milieux d'intervention impliqués dans le projet de recherche.

¹ Article 39. Tout professionnel qui prodigue des soins ou toute autre forme d'assistance à des enfants et qui, dans l'exercice de sa profession, a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis est tenu de signaler sans délai la situation au directeur.

PERSONNES DISPONIBLES POUR RÉPONDRE À TES QUESTIONS:

Si tu as des questions concernant ce projet de recherche, n'hésite pas à communiquer avec nous aux coordonnées indiquées ci-dessous :

Martine Hébert, Ph.D. Professeure titulaire au département de sexologie, UQAM	(514) 987-3000 (poste 5697)
Dr. Jean-Yves Frappier, M.D. CHU Sainte-Justine	(514) 345-4722
Mireille Cyr, Ph.D. Professeure titulaire au département de psychologie, Université de Montréal	(514) 343-2285

Nous te remercions pour ta collaboration.

MARTINE HÉBERT, Ph.D., DÉPARTEMENT DE SEXOLOGIE, UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Dr. JEAN-YVES FRAPPIER, M.D., CHU SAINTE-JUSTINE
MIREILLE CYR, Ph.D., DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Si tu as des questions au sujet de tes droits ou une plainte à formuler, contacte le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU Sainte-Justine au (514) 345-4749.

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

ÉVOLUTION DES JEUNES AYANT DÉVOILÉ UNE AGRESSION SEXUELLE

En signant le présent formulaire, je certifie que:

- J'ai lu le formulaire d'information et de consentement du projet de recherche ci-haut mentionné.
- J'ai compris les conditions, les risques et les bienfaits de ma participation.
- J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on m'a donné des réponses. Je sais que je peux poser d'autres questions en tout temps.
- Je comprends que je peux me retirer de l'étude en tout temps sans conséquence sur les services qui me sont offerts.
- Je comprends qu'en signant ce document, je ne renonce pas à mes droits.
- Je comprends que je vais recevoir une copie signée du présent formulaire de consentement.

J'accepte librement de participer au projet de recherche qui implique la passation de questionnaires à 4 reprises. Oui Non

J'accepte que les données recueillies dans mon dossier clinique ou médical soient transmises à l'équipe de chercheurs/es pour qu'elles soient utilisées à des fins de recherche. Oui Non

J'accepte qu'un/e assistant/e de recherche communique avec moi dans 4 mois pour prévoir une 2^{ème} rencontre. Oui Non

J'accepte que des informations sommaires soient présentées sous forme de tableau résumé à mon intervenant/e du milieu d'intervention visité. Oui Non

Nom du participant (Lettres moulées) Consentement du participant (Signature) Date (jj/mm/aaaa)

SI TU AS ACCEPTÉ DE PARTICIPER À CE PROJET DE RECHERCHE, COMPLÈTE LA SECTION SUIVANTE:

()
Téléphone au domicile Cell. ☐ Autre : Courriel

Adresse Numéro Rue Appartement

Municipalité Province Code postal

Coordonnées de deux personnes qui pourraient nous aider à te rejoindre :

Nom et prénom du contact (Lettres moulées) Lien du contact avec le participant ()
de téléphone

Nom et prénom du contact (Lettres moulées) Lien du contact avec le participant ()
de téléphone

J'ai expliqué au participant et/ou à son parent/tuteur tous les aspects pertinents de la recherche et j'ai répondu aux questions qu'ils m'ont posées. Je leur ai indiqué que la participation au projet de recherche est libre et volontaire et que la participation peut être cessée en tout temps.

Nom de la personne qui a obtenu le consentement (Lettres moulées) Signature Date

HSJ CIASF PU

ANNEXE C

PREUVES DE PUBLICATION DES ARTICLES

1/21/2020

Courriel - Stéphanie Alix - Outlook

Routledge author update: your article is now in an issue of Journal of Child Sexual Abuse

info@tandfonline.com <info@tandfonline.com>

Mar 2017-03-28 11:22

À : stephanie_alix433@hotmail.com <stephanie_alix433@hotmail.com>



The online platform for Taylor & Francis Group content

[Author Services](#) | [FAQ](#) | [Twitter](#) | [Facebook](#)

Dear author,

Congratulations! Your article, [Posttraumatic Stress Disorder and Suicidal Ideation Among Sexually Abused Adolescent Girls: The Mediating Role of Shame](#), has now been assigned to an issue of Journal of Child Sexual Abuse, [Issue 2](#).

You will have permanent, free access to the final published version of your article via your **Authorized Works**, our dedicated center for all Routledge authors. This is where you can view all articles published in our journals, check how many people have viewed them, see their citations, and check your Altmetric data. Haven't registered for your Authorized Works yet? [Find out how](#).

Have you used your free eprints yet?

Now you're published, you'll hopefully want to share your article with friends or colleagues. Every author at Routledge (including all co-authors) gets 50 free online copies of their article to share with their networks. Your eprint link is now ready to use and is:

<http://www.tandfonline.com/eprint/ajdVpBHg3UDCqMuPvn6v/full>



You can share this any way you want, and author feedback tells us this is a highly effective way of highlighting your research. Using this link also means we can track your article's downloads and citations, so you can measure its impact. Find out more about [sharing your work](#), and how you can work with us to [highlight your article](#).

If you have any problems accessing your Taylor & Francis Online account, or using your eprints, please contact our dedicated support team at support@tandfonline.com.

Kind regards,

Author Services team

Interested in insights, tips, and updates for Taylor & Francis authors? Be part of our researcher community on:

[Twitter](#)

[Facebook](#)

[Taylor & Francis Author Services](#)

Please do not reply to this email. To ensure that you receive your alerts and information from Taylor & Francis Online, please add "alerts@tandfonline.com" and "info@tandfonline.com" to your safe senders list.

Taylor & Francis, an Informa business.

Taylor & Francis is a trading name of Informa UK Limited, registered in England under no. 1072954. Registered office: 5 Howick Place, London, SW1P 1WG.



Routledge

1/21/2020

Courriel - Stéphanie Alix - Outlook

Routledge author update: congratulations, your article is published!

Taylor & Francis <noreply@tandfonline.com>

Jeu 2019-11-07 22:09

À : stephanie_alix433@hotmail.com <stephanie_alix433@hotmail.com>



The online platform for Taylor & Francis Group content

[Author Services](#) | [FAQ](#) | [Twitter](#) | [Facebook](#)

Dear author,

Congratulations, we're delighted to let you know that your final published article (the Version of Record) is now on Taylor & Francis Online.

[Self-Blame, Shame, Avoidance, and Suicidal Ideation in Sexually Abused Adolescent Girls: A Longitudinal Study](#)

ANNEXE D

ABUSE SPECIFIC SHAME QUESTIONNAIRE (ASSQ)

69. Voici des affirmations qui nous aideront à connaître tes pensées et tes sentiments à propos de l'agression sexuelle que tu as vécue. Pour chacune des phrases, indique si elle fausse, assez vraie ou tout à fait vraie pour toi.

	Faux	Assez vrai	Tout à fait vrai
A. J'ai honte, parce que je pense que les gens peuvent savoir ce qui est arrivé en me regardant.	①	②	③
B. Quand je pense à ce qui est arrivé, je veux m'en aller ou me cacher.	①	②	③
C. J'ai honte, parce que je pense que je suis la seule personne de l'école ou du travail à qui s'est arrivé.	①	②	③
D. Ce qui est arrivé me fait sentir sale.	①	②	③

ANNEXE E

ABUSE ATTRIBUTION INVENTORY (AAI)

70. Ça m'est arrivé...

	Faux	Assez vrai	Tout à fait vrai
A. ... parce que je suis à blâmer pour ce qui est arrivé.	①	①	②
B. ... parce que je n'ai pas été assez intelligent/e pour empêcher que cela arrive.	①	①	②
C. ... parce que j'étais une mauvaise personne et je devais être puni/e.	①	①	②
D. ... à cause de ce que j'ai fait.	①	①	②
E. ... parce que je n'étais pas assez prudent/e pendant ces journées	①	①	②
F. ... parce que je ne suis pas une bonne personne.	①	①	②
G. ... parce que je ne suis pas une personne prudente.	①	①	②
H. ... à cause de comment j'ai agi auprès mon agresseur.	①	①	②

ANNEXE F

WAYS OF COPING QUESTIONNAIRE (WCQ)

71. Chacune des phrases suivantes décrit une stratégie qui peut être employée à la suite d'une agression sexuelle. Lis ces stratégies et pour chacune d'entre elles, indique à quelle fréquence tu l'as utilisée depuis que tu as vécu une agression sexuelle.

	Pas utilisée	Utilisée de temps en temps	Utilisée souvent	Beaucoup utilisée
A. J'en ai parlé à quelqu'un pour en savoir plus sur cette situation.	①	②	③	④
B. J'ai espéré qu'un miracle se produise.	①	②	③	④
C. J'ai essayé de tout oublier.	①	②	③	④
D. J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait faire quelque chose de concret à propos du problème.	①	②	③	④
E. J'ai effectué des transformations pour que tout se termine bien.	①	②	③	④
F. J'ai demandé conseil à un parent ou à un/e ami/e que je respectais.	①	②	③	④
G. J'ai parlé à quelqu'un de mes sentiments.	①	②	③	④
H. J'ai tenu bon et je me suis battu/e pour ce qui me tenait à cœur.	①	②	③	④
I. Je savais ce qui devait être fait, alors j'ai redoublé d'efforts pour que ça puisse fonctionner.	①	②	③	④
J. J'ai changé quelque chose en moi.	①	②	③	④
K. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou prenne fin.	①	②	③	④
L. J'ai imaginé des solutions miracles.	①	②	③	④

ANNEXE G

YOUTH SELF REPORT (YSR)

Section *** Qui es-tu?

65. Voici une liste de caractéristiques qui s'appliquent à des jeunes. À chaque énoncé qui s'applique à toi, maintenant ou depuis 3 mois, noircis le chiffre 2 si le comportement décrit s'applique toujours ou souvent. Noircis le chiffre 1 s'il s'applique à toi plus ou moins ou parfois. S'il ne s'applique pas à toi, noircis le 0.

0 = Ne s'applique pas	1 = Plus ou moins ou parfois	2 = Toujours ou souvent
0 1 2 1. J'ai un comportement trop jeune pour mon âge.		0 1 2 31. J'ai peur d'avoir des pensées ou des comportements répréhensibles (dignes de blâme).
0 1 2 2. Je bois des boissons alcoolisées sans la permission de mes parents. (préciser):		0 1 2 32. J'ai l'impression que je dois obligatoirement être parfait/e.
0 1 2 3. Je suis souvent en désaccord.		0 1 2 33. J'ai l'impression que personne ne m'aime.
0 1 2 4. Je ne finis pas ce que je commence.		0 1 2 34. J'ai l'impression que les autres «veulent ma peau».
0 1 2 5. Très peu de choses me font plaisir.		0 1 2 35. Je me sens inférieur/e ou dévalorisé/e.
0 1 2 6. J'aime les animaux.		0 1 2 36. Je me blesse souvent, j'ai souvent des accidents.
0 1 2 7. Je me vante.		0 1 2 37. Je me bagarre (bats) souvent.
0 1 2 8. J'ai de la difficulté à me concentrer ou à porter attention de façon soutenue.		0 1 2 38. Les autres m'embêtent souvent ou me taquent de façon excessive.
0 1 2 9. Je ne peux m'empêcher de penser à certaines choses. (préciser):		0 1 2 39. Je me tiens avec des jeunes qui font des «mauvais coups».
0 1 2 10. J'ai de la difficulté à demeurer tranquillement assis/e.		0 1 2 40. J'entends des sons ou des voix que les autres disent ne pas entendre. (préciser):
0 1 2 11. Je dépends trop des adultes.		0 1 2 41. J'agis sans réfléchir.
0 1 2 12. Je me sens seul/e.		0 1 2 42. Je préfère être seul/e plutôt qu'être avec d'autres personnes.
0 1 2 13. Je me sens confus/e ou comme perdu/e dans la brume.		0 1 2 43. Je mens ou je triche.
0 1 2 14. Je pleure beaucoup.		0 1 2 44. Je me ronge les ongles.
0 1 2 15. Je suis honnête.		0 1 2 45. Je suis une personne nerveuse ou tendue.
0 1 2 16. Je suis méchant/e envers les autres.		0 1 2 46. J'ai des contractions dans certaines parties du corps ou des réactions nerveuses. (préciser):
0 1 2 17. Je rêve souvent.		0 1 2 47. J'ai des cauchemars.
0 1 2 18. Je tente délibérément de me blesser ou de me tuer.		0 1 2 48. Les autres jeunes ne m'aiment pas.
0 1 2 19. J'essaie d'avoir beaucoup d'attention.		0 1 2 49. Je suis plus habile que la plupart des autres jeunes dans certains domaines.
0 1 2 20. Je détruis les choses qui m'appartiennent.		0 1 2 50. J'éprouve trop de peur ou d'anxiété.
0 1 2 21. Je détruis les choses des autres.		0 1 2 51. J'ai des étourdissements.
0 1 2 22. Je désobéis à mes parents.		0 1 2 52. Je me sens trop coupable.
0 1 2 23. Je désobéis à l'école.		0 1 2 53. Je mange trop.
0 1 2 24. Je ne mange pas aussi bien que je le devrais.		0 1 2 54. Je souffre d'épuisement sans raison valable.
0 1 2 25. Je ne m'entends pas bien avec les autres jeunes.		0 1 2 55. Mon poids est trop élevé.
0 1 2 26. Je ne me sens pas coupable après m'être mal comporté/e.		0 1 2 56. J'ai des problèmes de santé sans cause (organique) médicale reconnue :
0 1 2 27. J'éprouve de la jalousie envers les autres.		0 1 2 a. Douleurs ou maux (à l'exception des maux de tête ou d'estomac).
0 1 2 28. Je ne respecte pas les règles établies, que ce soit à la maison, à l'école ou ailleurs.		0 1 2 b. Maux de tête.
0 1 2 29. J'ai peur de certains animaux, situations ou endroits autres que l'école. (préciser):		0 1 2 c. Nausées (maux de cœur).
0 1 2 30. J'ai peur d'aller à l'école.		

	0 = Ne s'applique pas	1 = Plus ou moins ou parfois	2 = Toujours ou souvent
56. J'ai des problèmes de santé <i>sans cause (organique) médicale reconnue</i> :			
⓪ ① ② d. Problèmes oculaires (qui ne sont pas corrigés par des lunettes). (préciser):			⓪ ① ② 81. Je vole à la maison.
⓪ ① ② e. Éruptions ou autres problèmes cutanés (de peau).			⓪ ① ② 82. Je vole ailleurs qu'à la maison.
⓪ ① ② f. Maux ou crampes d'estomac.			⓪ ① ② 83. J'accumule trop d'objets dont je n'ai pas besoin. (préciser):
⓪ ① ② g. Vomissements.			⓪ ① ② 84. Je fais des choses que les autres considèrent bizarres. (préciser):
⓪ ① ② h. Autre. (préciser):			⓪ ① ② 85. J'ai des pensées que les autres considèrent bizarres. (préciser):
⓪ ① ② 57. J'agresse physiquement les gens.			⓪ ① ② 86. Je suis têtu/e.
⓪ ① ② 58. Je m'arrache des morceaux de peau ou je me gratte sur d'autres parties du corps (préciser):			⓪ ① ② 87. Je change d'humeur soudainement.
⓪ ① ② 59. Je peux être très amical/e.			⓪ ① ② 88. J'aime être avec d'autres personnes.
⓪ ① ② 60. J'aime essayer de nouvelles choses.			⓪ ① ② 89. Je suis méfiant/e.
⓪ ① ② 61. Mon travail scolaire est de piètre (faible) qualité.			⓪ ① ② 90. Je sacre ou je dis des obscénités.
⓪ ① ② 62. J'ai des gestes mal coordonnés ou je suis maladroit/e.			⓪ ① ② 91. Je pense à me suicider.
⓪ ① ② 63. J'aime mieux être avec des jeunes plus âgés qu'avec des jeunes de mon âge.			⓪ ① ② 92. J'aime faire rire les autres.
⓪ ① ② 64. Je préfère me tenir avec des plus jeunes qu'avec des jeunes de mon âge.			⓪ ① ② 93. Je parle trop.
⓪ ① ② 65. Je refuse de parler.			⓪ ① ② 94. J'embête souvent les autres ou je les taquine avec persistance.
⓪ ① ② 66. Je répète certains gestes continuellement. (préciser):			⓪ ① ② 95. Je suis colérique.
⓪ ① ② 67. Je fais des fugues.			⓪ ① ② 96. Je pense trop au sexe.
⓪ ① ② 68. Je crie beaucoup.			⓪ ① ② 97. Je menace les autres de les blesser.
⓪ ① ② 69. Je suis une personne cachottière ou renfermée.			⓪ ① ② 98. J'aime aider les autres.
⓪ ① ② 70. Je vois des choses que les autres disent ne pas voir. (préciser):			⓪ ① ② 99. Je fume, chique, ou prend du tabac.
⓪ ① ② 71. Je suis facilement gêné/e ou embarrassé/e.			⓪ ① ② 100. J'ai de la difficulté à dormir. (préciser):
⓪ ① ② 72. J'allume des feux.			⓪ ① ② 101. Je m'absente de mes cours ou je fais l'école buissonnière.
⓪ ① ② 73. Je suis habile avec mes mains.			⓪ ① ② 102. Je manque d'énergie.
⓪ ① ② 74. J'essaie d'impressionner les gens ou je fais le clown.			⓪ ① ② 103. Je suis une personne malheureuse, triste ou déprimée.
⓪ ① ② 75. Je suis trop timide.			⓪ ① ② 104. Je suis plus bruyant/e que les autres.
⓪ ① ② 76. Je dors moins que les autres jeunes.			⓪ ① ② 105. Je consomme des drogues ou des médicaments pour des raisons autres que médicales, excluant l'alcool ou le tabac. (préciser):
⓪ ① ② 77. Je dors plus que les autres pendant la journée ou la nuit. (préciser):			⓪ ① ② 106. J'essaie d'être juste avec les autres.
⓪ ① ② 78. Je suis inattentif/ve ou facilement distrait/e.			⓪ ① ② 107. J'apprécie une bonne farce.
⓪ ① ② 79. Je souffre d'un trouble de la parole. (préciser):			⓪ ① ② 108. J'aime prendre la vie comme elle vient.
⓪ ① ② 80. Je défends mes droits.			⓪ ① ② 109. J'essaie d'aider les autres quand je le peux.
			⓪ ① ② 110. J'aimerais être une personne du sexe opposé.
			⓪ ① ② 111. Je ne me mêle pas aux autres.
			⓪ ① ② 112. Je me fais beaucoup de souci.

ANNEXE H

CHILDREN'S IMPACT OF TRAUMATIC EVENTS SCALE II (CITES II)

Section *** À PROPOS DE CE QUI EST ARRIVÉ

68. Voici des affirmations qui servent à connaître tes pensées et tes sentiments à propos de l'agression sexuelle que tu as vécue. Pour chacune des phrases, indique si pour toi, elle est fautive, un peu vraie ou très vraie. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse aux questions. Il est possible que certaines questions te rappellent des événements désagréables. Si une question te rend mal à l'aise, passe à la suivante.

	Faux	Un peu vraie	Très vraie
1. Des images de ce qui est arrivé apparaissent dans ma tête.	⓪	①	②
2. Lorsque quelque chose me rappelle ce qui est arrivé, j'essaie de penser à autre chose.	⓪	①	②
3. Je fais des rêves ou des cauchemars à propos de ce qui est arrivé.	⓪	①	②
4. Je tente d'oublier ce qui est arrivé.	⓪	①	②
5. J'ai de la difficulté à m'endormir parce que je pense à ce qui est arrivé.	⓪	①	②
6. Je me fâche pour des choses qui ne sont pas très importantes.	⓪	①	②
7. J'ai peur lorsque je me rappelle ce qui est arrivé.	⓪	①	②
8. Je fais comme si ça n'est jamais arrivé ou bien que c'était un rêve.	⓪	①	②
9. Je me sens en colère sans raison.	⓪	①	②
10. J'ai de la difficulté à me concentrer parce que je pense à ce qui est arrivé.	⓪	①	②
11. Je suis contrarié/e pour des petites choses.	⓪	①	②
12. Plusieurs choses me rappellent ce qui s'est passé.	⓪	①	②
13. Je sens que je dois faire très attention pour demeurer en sécurité.	⓪	①	②

	Faux	Un peu vraie	Très vraie
14. J'ai arrêté de faire les choses qui me rappellent ce qui est arrivé.	①	①	②
15. Je pense à ce qui m'est arrivé même lorsque je ne veux pas.	①	①	②
16. J'ai de la difficulté à contrôler mes émotions.	①	①	②
17. Des sons bruyants ou soudains me font sursauter ou me font peur.	①	①	②
18. Je me sens tellement agité/e que je ne peux pas me concentrer.	①	①	②
19. J'essaie de ne pas être en contact avec ce qui me rappelle ce qui est arrivé.	①	①	②
20. Les autres me dérangent facilement.	①	①	②
21. J'ai répété ce qui s'est passé en jouant.	①	①	②
22. J'ai peur quand je pense à ce qui est arrivé.	①	①	②
23. J'ai eu l'impression que l'événement se reproduit.	①	①	②
24. Je me demande si j'aurai un avenir.	①	①	②
25. Je souhaite ne jamais plus penser à ce qui est arrivé.	①	①	②
26. Je ne suis plus autant intéressé/e par des choses que j'aimais avant.	①	①	②
27. J'ai des souvenirs très intenses de ce qui arrivé de sorte que je peux ressentir, entendre ou voir les choses qui sont arrivées.	①	①	②
28. J'ai l'impression de devoir vérifier des choses pour que rien de mauvais ne se produise.	①	①	②
29. Je trouve difficile de faire confiance aux gens.	①	①	②
30. J'évite les endroits qui me rappellent ce qui est arrivé.	①	①	②
31. Je me sens souvent agité/e ou nerveux/se.	①	①	②
32. Je préfère être seul/e plutôt qu'avec des gens.	①	①	②
33. J'ai de la difficulté à me souvenir les détails de ce qui s'est passé.	①	①	②
34. Penser à ce qui est arrivé me dérange.	①	①	②
35. J'ai envie de pleurer lorsque je pense à ce qui est arrivé.	①	①	②
36. Je ne pense pas me marier, avoir des enfants ou un travail.	①	①	②
37. Je suis resté/e assis/e tranquille sans rien faire.	①	①	②
38. Je ne file pas pour jouer ou être avec d'autres jeunes.	①	①	②
39. Je fais des rêves épeurants mais je ne me souviens pas des détails.	①	①	②
40. Quand je pense à ce qui est arrivé, j'ai mal au ventre ou à la tête.	①	①	②
41. C'est plus difficile pour moi d'aimer les gens.	①	①	②
42. Je m'inquiète que la même chose ou un autre mauvais événement puisse m'arriver.	①	①	②
43. J'ai l'impression que l'événement se reproduit.	①	①	②
44. J'évite les gens qui me rappellent ce qui est arrivé.	①	①	②
45. J'évite de parler de ce qui est arrivé.	①	①	②
46. Je reste dans mon lit sans pouvoir m'endormir même si je suis fatigué/e.	①	①	②
47. Ce qui est arrivé est de ma faute.	①	①	②
48. J'ai l'impression que j'ai causé des problèmes à plusieurs personnes.	①	①	②
49. Je me sens coupable de ce qui est arrivé.	①	①	②
50. La plupart des gens me croient lorsque je parle de ce qui est arrivé.	①	①	②
51. Je connais quelqu'un avec qui je me sens à l'aise de parler de ce qui m'est arrivé.	①	①	②
52. Depuis que j'ai parlé de la situation, je sens que les travailleurs sociaux, les policiers ou les médecins que j'ai rencontrés m'ont aidé.	①	①	②
53. Ma mère me protégera afin qu'une telle situation ne m'arrive plus.	①	①	②
54. Quand j'ai parlé de ce qui est arrivé à ma mère, je trouve qu'elle s'est bien occupée de moi.	①	①	②
55. Si j'ai besoin de parler de ce qui est arrivé, ma mère m'écouterà.	①	①	②

ANNEXE I

HISTORY OF VICTIMIZATION FORM (HVF)

HISTOIRE DE VICTIMISATION – ADOLESCENT/E

Veuillez compléter ce formulaire pour chacune
des situations d'agression sexuelle rapportées concernant l'adolescent/e.

Nombre total de situations d'AS vécues ou rapportées:

- Première situation d'AS (la plus récente)
 Deuxième situation d'AS
 Troisième situation d'AS

Date de naissance: ___/___/___ (jj/mm/aaaa)

dossier: _____

Date de l'évaluation: ___/___/___ (jj/mm/aaaa)

Code recherche: _____

1. Description de la situation d'agression sexuelle

a. Gestes vécus par l'adolescent/e : _____

Coter la sévérité de l'agression sexuelle: ① Moins sévère ② Sévère ③ Très sévère ④ ?

SVP Coter la sévérité de l'agression telle que définie selon la codification de Russel (inversée)

1. **Aggression sexuelle moins sévère:** Expérience sexuelle impliquant un contact physique par-dessus les vêtements (sans déshabillage); expérience sexuelle n'impliquant pas de contact physique comme incitation à une activité sexuelle ou exhibitionnisme
2. **Aggression sexuelle sévère:** Expérience sexuelle impliquant un contact physique sous les vêtements ou avec déshabillage, sans pénétration ou force comme des caresses ou frottements
3. **Aggression sexuelle très sévère:** Expérience sexuelle impliquant un contact physique avec pénétration / tentative de pénétration ou force comme pénétration digitale, sexe oral, sexe anal, actes bizarres tels que bestialités ou acte sexuel impliquant plus d'un agresseur

b. Est-ce que l'agression sexuelle a été faite dans le cadre d'une exploitation sexuelle (distribution de matériel pornographique, prostitution)? ① Non ② Oui ③ ?

c. Durée de l'agression: ① Épisode unique ② Quelques événements ③ Répétitif ou chronique ④ ?

→ Durée, si plus d'un épisode: _____ mois

d. Âge de l'adolescent/e lors du premier épisode d'agression sexuelle: _____ ans

e. L'agresseur a procédé à l'agression:

- ① Sans menace ou violence
- ② En utilisant des menaces verbales ou en faisant peur à l'adolescent/e
- ③ En utilisant de la force ou violence physique
- ④ En offrant des cadeaux ou des récompenses à l'adolescent/e
- ⑤ Lorsque l'adolescent/e avait consommé alcool ou drogue

f. Autres victimes dans l'entourage de l'adolescent/e:

1. Fratrie: ① Non ② Oui
2. Enfant du conjoint: ① Non ② Oui
3. Famille élargie: ① Non ② Oui

4. Connaissance: ① Non ② Oui
5. Autre: ① Non ② Oui

(si autre, précisez) _____

g. Présence d'amnésie (perte de mémoire) :

- ① Aucune ② Partielle ③ Totale

2. Caractéristiques de l'agresseur (au moment des AS)

S'il y a plusieurs agresseurs (précisez): _____

a. Sexe: 1 Femme 2 Homme

b. Âge approximatif: _____ ans (pour cette question, deux réponses sont requises, l'une en chiffre et l'autre en catégorie)

1 Moins de 15 ans 2 15-19 ans 3 20-59 ans 4 60 ans et plus 9 ?

c. Lien avec l'adolescent/e (précisez): _____

À catégoriser par l'équipe de recherche:

- | | | | | |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 10 Un membre de la famille immédiate | <input type="checkbox"/> 11 Parent biologique (père, mère) | <input type="checkbox"/> 12 Fratrie (frère, sœur) | <input type="checkbox"/> 13 Conjoint d'un des parents (beau-père, belle-mère) | <input type="checkbox"/> 14 Enfant du conjoint ou de la conjointe |
| <input type="checkbox"/> 20 Un membre de la famille élargie | <input type="checkbox"/> 21 Oncle, tante | <input type="checkbox"/> 22 Cousin, cousine | <input type="checkbox"/> 23 Grand-parent | |
| <input type="checkbox"/> 30 Une personne de l'entourage | <input type="checkbox"/> 31 Gardien/ne | <input type="checkbox"/> 32 Conjoint du gardien/ne | <input type="checkbox"/> 33 Enfant du/de la gardien/ne | <input type="checkbox"/> 34 Parent d'accueil |
| <input type="checkbox"/> 40 Une personne inconnue | <input type="checkbox"/> 50 Autre | <input type="checkbox"/> 60 Partenaire | <input type="checkbox"/> 61 Chum / blonde | <input type="checkbox"/> 62 Fréquentation |
| | | <input type="checkbox"/> 63 Partenaire sexuel occasionnel | <input type="checkbox"/> 37 Ami/e de la famille | <input type="checkbox"/> 38 Ami/e de l'adolescent/e |
| | | | <input type="checkbox"/> 39 Voisin/e | <input type="checkbox"/> 35 Enfant de la famille d'accueil |
| | | | <input type="checkbox"/> 36 Professeur/e ou entraîneur/e | |

d. Réside avec l'adolescent/e au moment des agressions: 0 Non 1 Oui 9 ?

3. Dévoilement de la situation d'agression sexuelle

a. Est-ce que l'adolescent/e a lui-même dévoilé la situation d'agression sexuelle: 0 Non 1 Oui 9 ?

(Attention! À moins qu'il y ait plusieurs personnes présentes lors de la première confidence de l'adolescent/e, il ne peut y avoir plus d'un confident. Choisir la personne la plus significative pour l'adolescent/e.)

b. Si oui, quel est le lien avec le confident (précisez): _____

Sexe du confident: 1 Femme 2 Homme

À catégoriser par l'équipe de recherche:

- | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 10 Un membre de la famille immédiate | <input type="checkbox"/> 11 Parent biologique (père, mère) | <input type="checkbox"/> 12 Fratrie (frère, sœur) | <input type="checkbox"/> 13 Conjoint d'un des parents (beau-père, belle-mère) | <input type="checkbox"/> 14 Enfant du conjoint ou de la conjointe |
| <input type="checkbox"/> 20 Un membre de la famille élargie | <input type="checkbox"/> 21 Oncle, tante | <input type="checkbox"/> 22 Cousin, cousine | <input type="checkbox"/> 23 Grand-parent | |
| <input type="checkbox"/> 30 Une personne de l'entourage | <input type="checkbox"/> 31 Gardien/ne | <input type="checkbox"/> 32 Conjoint du gardien/ne | <input type="checkbox"/> 33 Enfant du/de la gardien/ne | <input type="checkbox"/> 34 Parent d'accueil |
| <input type="checkbox"/> 40 Un professionnel (médecin, travailleur social, infirmier, etc.) | <input type="checkbox"/> 50 Autre | <input type="checkbox"/> 60 Chum / blonde | <input type="checkbox"/> 37 Ami/e de la famille | <input type="checkbox"/> 38 Ami/e de l'adolescent/e |
| <input type="checkbox"/> 41 Médecin | <input type="checkbox"/> 42 Travailleur social, infirmière, etc. | <input type="checkbox"/> 43 Policier | <input type="checkbox"/> 39 Voisin/e | <input type="checkbox"/> 35 Enfant de la famille d'accueil |
| | | | <input type="checkbox"/> 36 Professeur/e ou entraîneur/e | |

c. Si non, quel est la source du dévoilement/signalement:

- 1 Quelqu'un a soupçonné l'agression
 2 L'agresseur (soit que l'agresseur s'est dévoilé, qu'il a été pris sur le fait ou matériel pornographique)
 3 Des amis/es ou la fratrie ont verbalisé leur propre agression ainsi que celui de l'adolescent/e en question

d. Première date à laquelle l'AS a été dévoilée ou signalée: ____/____/____ (jj/mm/aaaa)

e. Nombre approximatif de mois entre le dernier épisode d'agression et le dévoilement/signalement: _____ mois

f. Nombre approximatif de mois entre le dernier épisode d'agression et la première entrevue pour l'administration des questionnaires (i.e. temps 1/prétest de l'étude): _____ mois

4. Sources d'informations menant à la description de la situation d'AS

- a. Verbalisations de l'adolescent/e: ② Précises ① Vagues ③ Aucune verbalisation
(précédant ou suivant le signalement ou l'investigation)
- b. Verbalisations crédibles d'autres personnes: ③ L'agresseur sexuel de l'adolescent/e
(plus d'un choix possible) ② Un témoin de l'AS qu'a vécue l'adolescent/e
 ① Une autre victime du présumé agresseur
 ③ Aucune verbalisation crédible d'autres personnes
- c. Preuves médicales: Source(s) d'information: ① DPJ ② Police ③ Autre: _____
- ② Preuves physiques fortes qui corroborent l'AS (p.ex.: sperme, ITS, grossesse)
 ① Indices physiques présents mais non concluants (anomalies décelées, soupçon d'AS sans confirmation)
 ③ Examen physique normal qui ne permet pas d'éliminer la possibilité de l'AS
 ④ Ne s'applique pas – l'adolescent/e n'a pas eu d'examen médical
- d. Indice(s) supplémentaire(s) (plus d'un choix possible): ③ Aucun indice supplémentaire
- ① Comportements de l'adolescent/e qui suggèrent la possibilité d'AS (précisez) _____

- ② Circonstances qui incitent l'entourage à soupçonner une AS (précisez) _____

Pour les besoins de la recherche, à partir des informations recueillies dans le dossier clinique et des constats faits par les différents intervenants au dossier (DPJ, service de police, pédiatre, etc.) qui ont rencontré l'adolescent/e:

- ① ... la situation d'agression sexuelle est fondée
 ② ... la situation d'agression sexuelle est probable
 ③ ... il y a soupçon d'agression sexuelle
 ④ ... la situation d'agression sexuelle n'est pas fondée

**Veillez compléter cette section une seule fois sur le document HVF
de la première situation d'AS (la plus récente)**

5. Autres épisodes de victimisation

Veillez indiquer tout autre épisode de victimisation en spécifiant s'ils sont arrivés en même temps, avant ou après l'agression sexuelle la plus récente (ne pas compléter pour les autres situations). Dans le cas où l'on sait qu'il y a eu d'autres mauvais traitements mais qu'on ne peut spécifier à quel moment ils ont eu lieu indiquer "Moment non spécifié". Vous pouvez inscrire plus d'un choix de réponse.

	Aucune	Concomitante à l'AS	Antérieur à l'AS	Ultérieur à l'AS	Moment non spécifié	?
1. Abus physique	①	②	③	④	⑤	⑥
2. Abus psychologique	①	②	③	④	⑤	⑥
3. Négligence	①	②	③	④	⑤	⑥
4. Exposition à la violence familiale	①	②	③	④	⑤	⑥
5. Intimidation ou rejet à l'école / travail	①	②	③	④	⑤	⑥

* Pour l'entrée des données dans la banque:
① Concomitante et antérieure à l'AS; ② Concomitante et ultérieure à l'AS; ③ Antérieure et ultérieure à l'AS; ④ Concomitante, antérieure et ultérieure à l'AS

6. Revictimisation

Est-ce que l'adolescent/e a vécu une nouvelle situation d'agression sexuelle depuis son recrutement pour l'étude (soit la période entre le T₁ et T₂)? ① Non ② Oui ③ ?

Si plus d'une situation d'AS

Dans le cas où l'adolescent/e a vécu plus d'une situation d'AS, laquelle de ces situations a eu le plus d'impacts ou de répercussions dans la vie de l'adolescent/e?

- ① La première situation d'AS (la plus récente)
- ② La deuxième situation d'AS (la deuxième plus récente)
- ③ La troisième situation d'AS (la troisième plus récente)
- ④ La quatrième situation d'AS (la quatrième plus récente)

À titre informatif

Votre réponse devrait être une combinaison de votre perception (en tant qu'intervenant/e) et de la perception de l'adolescent/e. Vous pouvez élaborer votre réflexion à l'aide de ce que l'adolescent/e a rapporté dans les rencontres, ou encore selon votre observation des symptômes.

La situation d'AS la plus importante (situation ayant le plus d'impacts dans la vie de l'adolescent/e ou qui semble être la plus traumatique, traumatisante, bouleversante, etc.) peut être liée aux caractéristiques de la situation (sévérité, durée, caractère récent, première situation d'AS, etc.) ou encore aux caractéristiques de l'agresseur (lien qui les unit, âge, etc.).

RÉFÉRENCES

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Alix, S., Cossette, L., Hébert, M., Cyr, M., & Frappier, J.-Y. (2017). Posttraumatic stress disorder and suicidal ideation among sexually abused adolescent girls: The mediating role of shame. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(2), 158–174. doi:10.1080/10538712.2017.1280577
- Alloy, LB., Abramson, LY., Whitehouse, WG., Hogan, ME., Panzarella, C., & Rose, DT. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 115(1):145–156. doi: 10.1037/0021-843X.115.1.145
- Alsop, M. (2004). *Revising the escape theory of suicide : An examination of avoidance and suicide ideation*. Thèse de doctorat inédite, James Cook University. Consulté depuis le <https://researchonline.jcu.edu.au/5670/>.
- Amado, B. G., Arce, R., & Herraiz, A. (2015). Psychological injury in victims of child sexual abuse: A meta-analytic review. *Psychosocial Intervention*, 24(1), 49-62. doi: 10.1016/j.psi.2015.03.002
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S., & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 69–73. doi: 10.1037/0021-843X.109.1.69

- Arata, C. M., & Burkhart, B. R. (1996). Post-Traumatic Stress Disorder Among College Student Victims of Acquaintance Assault. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 8(1 2), 79-92. doi: 10.1300/J056v08n01_06
- Badour, C. L., Blonigen, D. M., Boden, M. T., Feldner, M. T., & Bonn-Miller, M. O. (2012). A longitudinal test of the bi-directional relations between avoidance coping and PTSD severity during and after PTSD treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 50(10), 610-616. doi: 10.1016/j.brat.2012.06.006
- Bal, S., Crombez, G., Van Oost, P., & Debourdeaudhuij, I. (2003). The role of social support in well-being and coping with self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 27(12), 1377-1395. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.06.002
- Bal, S., Van Oost, P., De Bourdeaudhuij, I., & Crombez, G. (2003). Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 27(8), 883-897. doi: 10.1016/S0145-2134(03)00137-6
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483. doi: 10.1007/s00038-012-0426-1
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113. doi: 10.1037/0033-295X.97.1.90
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16(1), 101-118. doi: 10.1016/0145-2134(92)90011-F
- Black, D. A., Heyman, R. E., & Smith Slep, A. M. (2001). Risk factors for child sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6(2-3), 203-229. doi: 10.1016/S1359-1789(00)00023-9
- Brabant, M.-E., Hébert, M., & Chagnon, F. (2013). Identification of Sexually Abused Female Adolescents at Risk for Suicidal Ideations: A Classification and Regression Tree Analysis. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(2), 153-172. doi: 10.1080/10538712.2013.741666
- Brabant, M.-E., Hébert, M., & Chagnon, F. (2014). Predicting suicidal ideations in sexually abused female adolescents: A 12-Month prospective study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(4), 387-397. doi:10.1080/10538712.2014.896842

- Brand, B. L., & Alexander, P. C. (2003). Coping with incest: The relationship between recollections of childhood coping and adult functioning in female survivors of incest. *Journal of Traumatic Stress, 16*(3), 285-293. doi: 10.1023/A:1023704309605
- Brezo, J., Paris, J., Tremblay, R., Vitaro, F., Hebert, M., & Turecki, G. (2007). Identifying correlates of suicide attempts in suicidal ideators: a population-based study. *Psychological Medicine, 37*(11), 1551–1562.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Smailes, E. M. (1999). Childhood Abuse and Neglect: Specificity of Effects on Adolescent and Young Adult Depression and Suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38*(12), 1490-1496. doi: 10.1097/00004583-199912000-00009
- Brown, G.K., Ten Have, T., Henriques, G.R., Xie, S.X., Hollander, J.E., & Beck, A.T. (2005). Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts: A Randomized Controlled Trial. *JAMA, 294*(5):563–570. doi:10.1001/jama.294.5.563
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J. M., Chiu, W. T., Hwang, I., et al. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry, 197*, 20–27. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074716
- Campbell, R., Dworkin, E., & Cabral, G. (2009). An Ecological Model of the Impact of Sexual Assault On Women's Mental Health. *Trauma, Violence, & Abuse, 10*(3), 225-246. doi : 10.1177/1524838009334456
- Cantón-Cortés, D., & Cantón, J. (2010). Coping with child sexual abuse among college students and post-traumatic stress disorder : The role of continuity of abuse and relationship with the perpetrator. *Child Abuse & Neglect, 34*(7), 496-506. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.11.004
- Cantón-Cortés, D., Cantón, J., Justicia, F., & Cortés, M. R. (2011). A model of the effects of child sexual abuse on post-traumatic stress: The mediating role of attributions of blame and avoidance coping. *Psicothema, 23*(1), 66-73.
- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., ... Zirakzadeh, A. (2010). Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings, 85*(7), 618-629. doi: 10.4065/mcp.2009.0583

- Coffey, P., Leitenberg, H., Henning, K., Turner, T., & Bennett, R. T. (1996). Mediators of the long-term impact of child sexual abuse: Perceived stigma, betrayal, powerlessness, and self-blame. *Child Abuse & Neglect*, 20(5), 447-455. doi: 10.1016/0145-2134(96)00019-1
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2017). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents, Second Edition*. New York, UNITED STATES: Guilford Publications.
- Collin-Vézina, D., Daigneault, I., & Hébert, M. (2013). Lessons learned from child sexual abuse research: Prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(22), 1–9. doi: 10.1186/1753 - 2000-7 - 22
- Daignault, I. V., & Hébert, M. (2009). Profiles of school adaptation: social, behavioral and academic functioning in sexually abused girls. *Child abuse & neglect*, 33(2), 102–115. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.06.001>
- Daigneault, I., Hébert, M., & Tourigny, M. (2006). Attributions and Coping in Sexually Abused Adolescents Referred for Group Treatment. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(3), 35-59. doi: 10.1300/J070v15n03_03
- Daigneault, I., Tourigny, M., & Hébert, M. (2006). Self-attributions of blame in sexually abused adolescents: A mediational model*. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 153-157. doi: 10.1002/jts.20101
- Devries, K. M., Mak, J. Y. T., Child, J. C., Falder, G., Bacchus, L. J., Astbury, J., & Watts, C. H. (2014). Childhood Sexual Abuse and Suicidal Behavior: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 133(5), e1331-e1344. doi: 10.1542/peds.2013-2166
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345.
- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., & Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population based studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), 239–250. doi: 10.1521/suli.2005.35.3.239
- Feiring, C., & Cleland, C. (2007). Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect*, 31(11–12), 1169-1186. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.03.020

- Feiring, C., Cleland, C. M., & Simon, V. A. (2009). Abuse-Specific Self-Schemas and Self-Functioning: A Prospective Study of Sexually Abused Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 39*(1), 35-50. doi: 10.1080/15374410903401112
- Feiring, C., Rosenthal, S., & Taska, L. (2000). Stigmatization and the Development of Friendship and Romantic Relationships in Adolescent Victims of Sexual Abuse. *Child Maltreatment, 5*(4), 311-322. doi: 10.1177/1077559500005004003
- Feiring, C., Simon, V. A., & Cleland, C. M. (2009). Childhood sexual abuse, stigmatization, internalizing symptoms, and the development of sexual difficulties and dating aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(1), 127-137. doi: 10.1037/a0013475
- Feiring, C., & Taska, L. S. (2005). The Persistence of Shame Following Sexual Abuse: A Longitudinal Look at Risk and Recovery. *Child Maltreatment, 10*(4), 337-349. doi: 10.1177/1077559505276686
- Feiring, C., Taska, L., & Chen, K. (2002). Trying to Understand Why Horrible Things Happen: Attribution, Shame, and Symptom Development Following Sexual Abuse. *Child Maltreatment, 7*(1), 25-39. doi: 10.1177/1077559502007001003
- Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (1996). A process model for understanding adaptation to sexual abuse: The role of shame in defining stigmatization. *Child Abuse & Neglect, 20*(8), 767-782. doi:10.1016/0145-2134(96)00064-6
- Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (1998). The Role of Shame and Attributional Style in Children's and Adolescents' Adaptation to Sexual Abuse. *Child Maltreatment, 3*(2), 129-142. doi: 10.1177/1077559598003002007
- Feiring, C., Taska, L., & Lewis, M. (2002). Adjustment following sexual abuse discovery: The role of shame and attributional style. *Developmental Psychology, 38*(1), 79-92. doi: 10.1037/0012-1649.38.1.79
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist, 28*, 857-870.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry, 55*(4), 530-541. doi: 10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x

- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., & Hamby, S. L. (2014). The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *Journal of Adolescent Health, 55*(3), 329-333. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.12.026
- Flory, J. D., & Yehuda, R. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder : Alternative explanations and treatment considerations. *Clinical Research, 17*(2), 10.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear : Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*(1), 20-35. doi: 10.1037/0033-2909.99.1.20
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 466-475. doi:10.1037/0022-3514.54.3.466
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*(5), 992-1003. doi: 10.1037/0022-3514.50.5.992
- Fortier, M. A., DiLillo, D., Messman-Moore, T. L., Peugh, J., DeNardi, K. A., & Gaffey, K. J. (2009). Severity of child sexual abuse and revictimization: The mediating role of coping and trauma symptoms. *Psychology of Women Quarterly, 33*(3), 308-320. doi: 10.1111/j.1471-6402.2009.01503.x
- Frazier, P. A. (1990). Victim attributions and post-rape trauma. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*(2), 298-304. doi: 10.1037/0022-3514.59.2.298
- Frazier, P. A., Mortensen, H., & Steward, J. (2005). Coping Strategies as Mediators of the Relations Among Perceived Control and Distress in Sexual Assault Survivors. *Journal of Counseling Psychology, 52*(3), 267-278. doi: 10.1037/0022-0167.52.3.267
- Ghiselli, E. E., Campbell, J. P. et Zedeck, S. (1981). *Measurement theory for the behavioral sciences*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Gidycz, C. A., Coble, C. N., Latham, L., & Layman, M. J. (1993). Sexual Assault Experience in Adulthood and Prior Victimization Experiences A Prospective Analysis. *Psychology of Women Quarterly, 17*(2), 151-168. doi: 10.1111/j.1471-6402.1993.tb00441.x

- Hankin, B.L., et Abramson, L.Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability–transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127(6):773–796. doi: 10.1037/0033-2909.127.6.773
- Hankin, B.L., Abramson, L.Y., Miller, N., et Haefffel, G.J. (2004). Cognitive vulnerability-stress theories of depression: Examining affective specificity in the prediction of depression versus anxiety in three prospective studies. *Cognitive Therapy and Research*, 28(3):309–345. doi: 10.1023/B:COTR.0000031805.60529.0d
- Hébert, M. (2011). Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. Dans M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny (Éds.), *L'agression sexuelle envers les enfants*, Tome I. (pp. 149-204). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, M., Daspe, M.-È., Blais, M., Lavoie, F., & Guerrier, M. (2017). Aggression sexuelle et violence dans les relations amoureuses : Le rôle médiateur du stress post-traumatique. *Criminologie* 50(1), 157-179.
- Hébert M., Moreau, C., Blais, M., Lavoie, F., & Guerrier, M. (2017). Child sexual abuse as a risk factor for teen dating violence: findings from a representative sample of quebec youth. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 10(1), 51–61. <https://doi.org/10.1007/s40653-016-0119-7>
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & 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 / La Revue canadienne de psychiatrie*, 54(9), 631–636.
- Hébert, M., Tremblay, C., Parent, N., Daignault, I. V., & Piché, C. (2006). Correlates of Behavioral Outcomes in Sexually Abused Children. *Journal of Family Violence*, 21(5), 287-299. doi: 10.1007/s10896-006-9026-2
- Hillberg, T., Hamilton-Giachritsis, C., & Dixon, L. (2011). Review of Meta-Analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties : A systematic approach. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(1), 38–49. doi: 10.1177/1524838010386812
- Himelein, M. J. (1995). Risk factors for sexual victimization in dating: A longitudinal study of college women. *Psychology of Women Quarterly*, 19(1), 31-48. doi: 10.1111/j.1471-6402.1995.tb00277.x

- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55.
- Hu, T., Zhang, D., & Yang, Z. (2015). The relationship between attributional style for negative outcomes and depression : A meta-analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34(4), 304-321. doi: 10.1521/jscp.2015.34.4.304
- Humphrey, J. A., et White, J. W. (2000). Women's vulnerability to sexual assault from adolescence to young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 27(6), 419-424. doi: 10.1016/S1054-139X(00)00168-3
- Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(10), 1798-1809.
- Joiner, T. E., et Wagner, K. D. (1995). Attribution style and depression in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 15(8):777-798. doi: 10.1016/0272-7358(95)00046-1
- Joiner, T. J. (2000). A test of the hopelessness theory of depression in youth psychiatric inpatients. *Journal Of Clinical Child Psychology*, 29(2):167-176. doi: 10.1207/S15374424jccp2902_3
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1995). Psychosocial perspectives on post-traumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 15(6), 515-544.
- Jumper, S. A. (1995). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child Abuse & Neglect*, 19(6), 715-728. doi: 10.1016/0145-2134(95)00029-8
- Katz, J., May, P., Sörensen, S., & DelTosta, J. (2010). Sexual Revictimization During Women's First Year of College: Self-Blame and Sexual Refusal Assertiveness as Possible Mechanisms. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(11), 2113-2126. doi: 10.1177/0886260509354515
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164-180. doi: 10.1037/0033-2909.113.1.164
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247.

- Levine, L. E., & Conway, J. M. (2010). Self-other awareness and peer relationships in toddlers : Gender comparisons. *Infant and Child Development*, 19(5), 455-464.
- Lewis, H. B. (1971). Shame and guilt in neurosis. *Psychoanalytic Review*, 58(3), 419-438
- Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York, NY, US: Free Press.
- Lewis, M. (2016). Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame, guilt, and hubris. In L. F. Barrett, M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones (Ed.), *Handbook of emotions* (4th ed., pp.792–814). New York, NY: Guilford Press.
- López-Castro, T., Saraiya, T., Zumberg-Smith, K., & Dambreville, N. (2019). Association between shame and posttraumatic stress disorder : A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 32(4), 484-495. doi: 10.1002/jts.22411
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657. doi : 10.1016/j.cpr.2009.08.003
- March, J.S., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., Burns, B., et al. (2007) The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): Long-Term Effectiveness and Safety Outcomes. *Archives of General Psychiatry* 64, no. 10. doi: 10.1001/archpsyc.64.10.1132.
- Martin, G., Bergen, H. A., Richardson, A. S., Roeger, L., Allison, S., et al. (2004). Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 28(5), 491–503.
- Merrill, L. L., Guimond, J. M., Thomsen, C. J., & Milner, J. S. (2003). Child Sexual Abuse and Number of Sexual Partners in Young Women: The Role of Abuse Severity, Coping Style, and Sexual Functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 987-996. doi: 10.1037/0022-006X.71.6.987
- Merrill, L. L., Thomsen, C. J., Sinclair, B. B., Gold, S. R., & Milner, J. S. (2001). Predicting the impact of child sexual abuse on women: The role of abuse severity, parental support, and coping strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 992-1006. doi: 10.1037/0022-006X.69.6.992
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismoore, J. T., & Renshaw, K. D. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: a

systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2), 146-172. doi: 10.1007/s10567-013-0131-5

Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. doi: 10.1037/10802-000

Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior : Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(8), 868-876. doi: 10.1038/mp.2009.29

O'Leary, P. J., & Barber, J. (2008). Gender Differences in Silencing Following Childhood Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 17(2), 133-143. doi: 10.1080/10538710801916416

Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A Meta-Analysis of the Published Research on the Effects of Child Sexual Abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), 17-36. doi: 10.1080/00223980109603677

Patton, G. C., Coffey, C., Sawyer, S. M., Viner, R. M., Haller, D. M., Bose, K., ... Mathers, C. D. (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 374(9693), 881-892. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60741-8

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-338. doi: 10.1016/j.cpr.2009.02.007

Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891. doi:10.3758/BRM.40.3.879

Putnam, F. W. (2003). Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278. doi: 10.1097/00004583-200303000-00006

Rich, C. L., Gidycz, C. A., Warkentin, J. B., Loh, C., & Weiland, P. (2005). Child and adolescent abuse and subsequent victimization: A prospective study. *Child Abuse & Neglect*, 29(12), 1373-1394. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.07.003

Runtz, M. G., & Schallow, J. R. (1997). Social support and coping strategies as mediators of adult adjustment following childhood maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 21(2), 211-226. doi: 10.1016/S0145-2134(96)00147-0

- Saraiya, T., & Lopez-Castro, T. (2016). Ashamed and Afraid: A Scoping Review of the Role of Shame in Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Journal of clinical medicine*, 5(11), 94. <https://doi.org/10.3390/jcm5110094>
- Serafini, G., Muzio, C., Piccinini, G., Flouri, E., Ferrigno, G., Pompili, M., ... Amore, M. (2015). Life adversities and suicidal behavior in young individuals: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(12), 1423-1446. doi: 10.1007/s00787-015-0760-y
- Simon, V. A., Feiring, C., & Cleland, C. M. (2014). Early stigmatization, PTSD, and perceived negative reactions of others predict subsequent strategies for processing child sexual abuse. *Psychology of Violence*. doi: 10.1037/a0038264
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse : A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116(2), 340-362. doi: 10.1037/0033-2909.116.2.340
- Spaccarelli, S., & Fuchs, C. (1997). Variability in symptom expression among sexually abused girls: Developing multivariate models. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(1), 24-35. doi: 10.1207/s15374424jccp2601_3
- Spirito, A., Esposito-Smythers, C., Wolff, J., & Uhl, K. (2011). Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 20(2), 191-204.
- Statistique Canada (2012). Tableau 13-10-0465-01 Indicateurs de la santé mentale doi: 10.25318/1310046501-fra. Consulté depuis le <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/fr/tv.action?pid=1310046501>
- Stoltenborgh, M., IJzendoorn, M. H. van, Euser, E. M., & 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. doi : 10.1177/1077559511403920
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of abnormal psychology*, 101(3), 469.
- Tichelaar, H. K., Deković, M., & Endendijk, J. J. (2020). Exploring Effectiveness of Psychotherapy Options for Sexually Abused Children and Adolescents: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Children and Youth Services Review*, 105519.

- Tourigny, M. & Baril, K. (2011). Prévalence, cooccurrence et facteurs de risque des agressions sexuelles envers les enfants. Dans M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *Les agressions sexuelles envers les enfants*. Tome 1 (p. 7-50). Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Tourigny, M., Hébert, M., Daigneault, I., Jacob, M., & Wright, J. (2005). *Portrait québécois des signalements pour abus sexuels fait à la direction de la protection de la jeunesse* (rapport de recherche). Sherbrooke, Canada : Université de Sherbrooke.
- Ullman, S. E., & Najdowski, C. J. (2009). Correlates of Serious Suicidal Ideation and Attempts in Female Adult Sexual Assault Survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(1), 47-57. doi: 10.1521/suli.2009.39.1.47
- Ullman, S. E., Peter-Hagene, L. C., & Relyea, M. (2014). Coping, Emotion Regulation, and Self-Blame as Mediators of Sexual Abuse and Psychological Symptoms in Adult Sexual Assault. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(1), 74-93. doi: 10.1080/10538712.2014.864747
- Waldrop, A. E., Hanson, R. F., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Naugle, A. E., & Saunders, B. E. (2007). Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents : Implications for prevention. *Journal of Traumatic Stress*, 20(5), 869-879. doi: 10.1002/jts.20291
- Walsh, K., Fortier, M. A., & DiLillo, D. (2010). Adult coping with childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Aggression and Violent Behavior*, 15(1), 1-13. doi: 10.1016/j.avb.2009.06.009
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92(4), 548-573. doi: 10.1037/0033-295X.92.4.548
- Whiffen, V. E., & MacIntosh, H. B. (2005). Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress A critical review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(1), 24-39. doi: 10.1177/1524838004272543
- Wolfe, V. V. (2002). Children's Impact of Traumatic Events Scale-II (unpublished assessment instrument). London, ON: Child and Adolescent Centre, London Health Sciences Centre.
- Wolfe, V. V., Gentile, C., & Bourdeau, P. (1987). History of victimization form (unpublished assessment instrument), London Health Science Centre, London, Ontario, Canada.

- Wright, M. O., Crawford, E., & Sebastian, K. (2007). Positive resolution of childhood sexual abuse experiences: The role of coping, benefit-finding and meaning-making. *Journal of Family Violence, 22*(7), 597-608. doi: 10.1007/s10896-007-9111-1
- Yancey, C. T., & Hansen, D. J. (2010). Relationship of personal, familial, and abuse-specific factors with outcome following childhood sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior, 15*(6), 410-421. doi: 10.1016/j.avb.2010.07.003

