UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ALEXITHYMIE ET PROBLÈMES DE COMPORTEMENT CHEZ LES ENFANTS D'ÂGE SCOLAIRE VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

CYNDI BOISJOLI

JUIN 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

À l'issue de cette thèse, je me remémore une phrase que j'avais lu en début de parcours et qui prend maintenant tout son sens : le doctorat est une aventure qui se rapproche davantage d'un marathon que d'un sprint. Pour moi, ce cursus doctoral a été synonyme d'apprentissage, de dépassement de soi mais surtout, de rencontres inoubliables. Je profite donc de ces quelques lignes pour remercier chaleureusement chaque personne ayant contribué de près ou de loin à ce parcours. Mille mercis !

Je tiens d'abord à remercier grandement ma directrice de thèse, Martine Hébert. T'avoir comme directrice a définitivement été un privilège. Tu as su me faire découvrir le passionnant monde de la recherche, chose que je n'aurai pas pensé au départ. Merci d'avoir cru en moi, mais aussi pour ta guidance, ta bienveillance et ton expertise hors pair. J'ai pu profiter d'innombrables opportunités grâce à toi. Je suis heureuse d'avoir pu évoluer à tes côtés dans les dernières années et j'espère que nos chemins se recroiseront.

Merci également d'avoir réuni une équipe de recherche extraordinaire. Je remercie chaque membre de l'équipe du laboratoire et les assistants.es de recherche pour votre travail et votre efficacité remarquable. Tout particulièrement, aux filles du labo, merci pour votre soutien, les moments de plaisir tout comme les petites et les grandes discussions qui ont ponctué ce parcours. Ce cheminement n'aurait pas été le même sans vous. J'ai pu rencontrer des personnes exceptionnelles. Une pensée spéciale également à mes autres collègues devenues amies au fil de ce parcours. Je suis choyée de vous avoir dans ma vie. Vous êtes sources d'inspiration pour moi.

La fin de ce doctorat coïncide également avec la fin de ma formation scolaire à titre de clinicienne. J'en profite pour partager toute ma reconnaissance aux superviseurs croisés sur ma route dans les dix dernières années. Vous m'avez donné le meilleur de vous-

même et je porte en moi une parcelle de vous. J'espère un jour pouvoir partager à d'autres ce que vous m'avez généreusement transmis.

Merci à chaque membre de ma famille pour m'avoir encouragé, chacun à votre façon, tout au long de ce périple. Votre présence et vos attentions m'ont été précieuses et continuent de l'être aujourd'hui. À mes parents qui ont su me transmettre la persévérance, la soif d'apprendre et la dose de folie nécessaires à l'accomplissement d'études supérieures. À Claire, merci de ta présence et ta douceur depuis le premier jour. À mes amies, pour votre soutien et votre intérêt envers mes études, mais surtout pour les déjeuners, les discussions et les moments de plaisir !

À mon amoureux. Tu m'as définitivement permis de maintenir une vie plus équilibrée tout au long de ce parcours. Ce doctorat n'aurait pas été le même sans ton amour, ta tendresse et ton humour. Je suis fière du chemin que nous avons tracé ensemble. Merci d'évoluer avec moi. Je suis heureuse d'entamer ce nouveau chapitre à tes côtés avec le plus beau des projets à venir.

Une pensée également pour Jack, Harvey et Whisky qui m'ont accompagné lors des nombreuses journées de rédaction.

Je tiens à souligner l'apport financier des divers organismes m'ayant supportée au fil de ce parcours doctoral : le Conseil de recherches en sciences humaines, la Faculté des Sciences humaines et la Fondation de l'UQAM, le CRIPCAS, l'Équipe Violence Sexuelle et Santé, la Chaire Interuniversitaire Marie-Vincent, la Chaire de recherche du Canada sur les traumas interpersonnels et la résilience, la Fondation de l'Université du Québec, la Fondation Desjardins et le Comité québécois pour les jeunes en difficultés de comportement.

Finalement, un merci sincère à chaque parent et enfant ayant accepté de participer aux projets de recherche. Vous êtes sources d'inspiration et de motivation pour les professionnels que nous sommes. Votre résilience m'a, plus d'une fois, grandement impressionnée.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES VII

LISTE DES TABLEAUX VIII

LISTE DES ABRÉVIATIONS IX

RÉSUMÉ X

CHAPITRE I INTRODUCTION GÉNÉRALE 1

1.1 L'agression sexuelle envers les enfants **2**

1.1.1 Définition 2

1.1.2 Données statistiques 3

1.1.3 Répercussions de l'AS 4

1.1.4 Modèle transactionnel de Spaccarelli (1994) 7

1.1.5 Corrélats en lien avec l'adaptation des victimes 8

1.2. Alexithymie **12**

1.2.1 Définition et prévalence 13

1.2.2 Difficultés associées à l'alexithymie 15

1.2.3 Étiologie de l'alexithymie 16

1.2.3.1 Génétique 17

1.2.3.2 Trauma 17

1.2.3.3 Relation parent-enfant 21

1.3 Pertinence de la thèse 23

1.4 Objectifs de recherche et hypothèses 25

1.5 Méthode 26

1.5.1 Participants 26

1.5.2 Mesures 27

CHAPITRE II ARTICLE 1 31
2.1 Abstract 33
2.2 Introduction 34
2.2.1 Alexithymia 35
2.2.2 Child sexual abuse and alexithymia 37
2.2.3 The present study 38
2.3 Method **38**
2.3.1 Participants 38
2.3.2 Measures 39
2.3.3 Procedure 40
2.4 Results **40**
2.4.1 Preliminary analyses 40
2.4.2 Mediation analysis 41
2.5 Discussion **42**
2.5.1 Implications of the study 44
2.5.2 Limitations and directions for future studies 45
2.6 References **46**
2.7 Tables and figures **54**
CHAPITRE III ARTICLE 2 57
3.1 Abstract **58**
3.2 Introduction **59**
3.2.1 Importance of parent-child relationships for CSA victims 60
3.2.2 Parent-child relationship and emotional competencies 62
3.2.3 Alexithymia 63
3.2.4 Aims 65
3.3 Method **65**
3.3.1 Participants 65
3.3.2 Procedure 66
3.3.3 Measures 67

3.4 Data Analysis **70**
3.5 Results **71**
3.5.1 Descriptive results 71
3.5.2 Correlations between studied variables 71
3.5.3 Mediation model 72
3.6 Discussion **72**
3.6.1 Implications of the study 75
3.6.2 Strengths and limitations 76
3.7 References **78**
3.8 Tables and figures **87**
CHAPITRE IV DISCUSSION GENERALE 91
4.1 Principaux résultats **92**
4.1.1 Influence de la victimisation sexuelle et de ses caractéristiques sur l'alexithymie 93
4.1.2 Influence des facteurs personnels sur l'alexithymie 96
4.1.3 Liens entre l'alexithymie et les facteurs liés à l'environnement. 97
4.1.4 Les effets délétères de l'alexithymie sur l'adaptation 100
4.2 Contributions originales **102**
4.3 Limites et pistes de recherche futures **104**
4.4 Implications cliniques **106**
4.5 Conclusion **109**
ANNEXE A CERTICAT D'ÉTHIQUE 111
ANNEXE B FORMULAIRES DE CONSENTEMENT 112
APPENDICE A 120
RÉFÉRENCES (CHAPITRE 1 ET 4) 129

LISTE DES FIGURES

2.1 Mediational model 55

3.1 Mediational model tested 88

3.2 Mediational model 89

LISTE DES TABLEAUX

2.1 Sample characteristics 53
3.1 Results of the mediation model 54
3.2 Correlations among variables 86
3.3 Results of the mediation model 87

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AS	Agression sexuelle
CSA	Child sexual abuse
HVF	History of Victimization Form
CAM	Children Alexithymia Measure
CBCL	Child Behavior Checklist
PRADS	Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale
PSA	Perception de sécurité d'attachement
TAS-20	Toronto Alexithymia Scale – 20 items

RÉSUMÉ

L'agression sexuelle (AS) durant l'enfance est associée au développement d'un large éventail de difficultés chez les enfants qui en sont victimes. Celles-ci réfèrent notamment aux symptômes de type intériorisé comme l'anxiété ou la somatisation et de type extériorisé tel que l'agressivité ou l'opposition. Une plus faible proportion des enfants victimes manifestent, quant à eux, peu de difficultés malgré l'évènement vécu et sont alors qualifiés de résilients. Contrairement à la période adulte, les connaissances des effets de l'AS à l'enfance demeurent parcellaires. Peu d'études ont exploré les mécanismes explicatifs d'apparition des difficultés chez les enfants d'âge scolaire victimes d'AS. La présente thèse vise à explorer l'un de ces mécanismes soit l'alexithymie qui réfère à la difficulté à identifier et à exprimer ses émotions. L'alexithymie pourrait être un élément déterminant dans l'orientation des trajectoires des enfants victimes. Ce concept revêt un caractère prometteur considérant qu'il peut constituer une piste clinique pour les intervenants. Cette thèse investigue les effets de la relation parent-enfant sur l'alexithymie. Les variables socioéconomiques sont également considérées à travers les analyses. Les résultats sont ainsi susceptibles d'offrir des pistes pertinentes sur le plan théorique en regard des modèles conceptuels explicatifs des répercussions associées à l'AS, mais également sur le plan clinique en offrant des pistes pour optimiser les interventions offertes aux enfants victimes d'AS.

La thèse se décline en quatre chapitres. Le premier chapitre vise une mise à jour des connaissances par le biais d'une recension de la littérature scientifique abordant les statistiques et les conséquences de l'AS. Les variables susceptibles d'influer sur la trajectoire des enfants victimes sont également résumées. L'alexithymie y est présentée de façon détaillée. Le deuxième chapitre est constitué du premier article de la thèse, intitulé « *Importance of telling the unutterable: Alexithymia among sexually abused children* », publié dans la revue *Psychiatry Research*. Cet article résume les résultats d'une étude transversale réalisée auprès de 429 enfants victimes d'AS et d'un groupe de comparaison de 98 enfants non victimisés. Le troisième chapitre présente le deuxième article de la thèse*, « A mediational model linking perceptions of security, alexithymia and behavior problems of sexually abused children »*, publié dans la revue *Child Abuse & Neglect*. Cette étude se base sur un devis multi-répondants ainsi que sur un échantillon de 263 enfants victimes d'AS et leurs parents. Ceux-ci ont été rencontrés à deux reprises, soit à environ 4 mois d'intervalle. Enfin, les résultats de la présente thèse sont intégrés au dernier chapitre afin de souligner les contributions des études

réalisées. Cette synthèse permet d'une part de discuter des implications théoriques et cliniques des résultats et d'autre part, de proposer des pistes pour les recherches futures.

Les résultats mettent en lumière que l'AS est associée à des difficultés d'alexithymie, qui à leur tour, sont significativement liées à davantage de comportements extériorisés et intériorisés. Les analyses spécifiques aux enfants victimes révèlent que ceux rapportant une plus grande perception de sécurité d'attachement avec leur parent présentent de meilleures aptitudes d'identification et d'expression des émotions. Les données révèlent aussi l'apport unique de la relation père-enfant sur le niveau d'alexithymie des victimes qui lui, prédit les comportements intériorisés et extériorisés évalués 4 mois plus tard, et ce, au-delà de la relation mère-enfant. Ces données probantes témoignent du potentiel de l'alexithymie comme variable-clé dans les recherches scientifiques et les pratiques cliniques visant à promouvoir le bien-être psychologique des enfants victimes d'AS.

Mots-clés : agression sexuelle, alexithymie, perception de sécurité d'attachement, père, mère, problèmes intériorisés, problèmes extériorisés.

1. CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'agression sexuelle (AS) envers les enfants constitue une grave violation des droits de la personne et demeure malheureusement encore aujourd'hui un problème de santé publique important. Les statistiques révèlent qu'au Québec, une femme sur cinq et un homme sur dix rapportent avoir été victimes d'une AS au cours de leur enfance (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff, & Joly, 2009). Les enfants victimes d'AS se démarquent généralement par de multiples difficultés accrues : problèmes intériorisés et extériorisés, comportements sexualisés, symptômes de stress post-traumatiques et dissociation (Collin-Vézina, Daigneault, & Hébert, 2013; Ensink, Berthelot, Bégin, Maheux, & Normandin, 2017; Villeneuve Cyr & Hébert, 2011). Néanmoins, la symptomatologie des victimes d'AS apparaît variable puisque certains enfants présenteront peu ou pas de symptômes (Hébert, 2011; Pérez-González, Guilera, Pereda, & Jarne, 2017). En dépit des connaissances aiguisées des impacts de l'AS chez les enfants, la littérature offre une compréhension partielle des mécanismes expliquant l'hétérogénéité des profils à l'âge scolaire.

Ce premier chapitre fait état des connaissances actuelles concernant l'AS envers les enfants. En premier lieu, une définition ainsi que des données de prévalence en lien avec la problématique sont exposées. Cette section est suivie d'une présentation des corrélats de l'AS à l'enfance ainsi que des facteurs susceptibles de moduler la symptomatologie des enfants victimes. Plus spécifiquement, le concept de l'alexithymie est défini et présenté de façon exhaustive. Les liens entre l'alexithymie, l'AS et les problèmes de comportement sont également explicités. Cette section se

termine par la présentation des limites des études antérieures, des objectifs, des hypothèses et de la méthodologie de la thèse.

1.1 L'agression sexuelle envers les enfants

1.1.1 Définition

En dépit des quarante dernières décennies de recherche, il n'existe toujours pas de critères consensuels pour définir l'AS envers les enfants. A priori, les définitions utilisées peuvent différer selon les études et le domaine visé (épidémiologique, politique et juridique). Trois principales sources de divergence sont identifiées dans la littérature scientifique : l'âge maximal des victimes, le niveau de contact physique exigé et l'écart d'âge entre agresseur/victime (Mathews & Collin-Vézina, 2019). Néanmoins, les recherches tendent progressivement à s'appuyer sur une définition plus inclusive qui comprend par exemple les AS sans contact physique (Collin-Vézina et al., 2013). Ainsi, la définition utilisée dans le cadre de la thèse correspond à celle des Orientations gouvernementales en matière d'AS du Gouvernement du Québec (2010) :

> 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. (Para.1)

L'AS inclut donc une diversité de gestes tels que l'exhibitionnisme, l'exposition à du matériel pornographique, les attouchements sexuels, le contact oral génital ainsi que la pénétration ou la tentative de pénétration orale, vaginale ou anale. Dans le cas des mineurs (jeunes de 17 ans et moins), l'AS englobe tout geste à caractère sexuel commis

par un individu en situation de responsabilité, d'autorité, de domination ou de consanguinité avec la victime. L'AS peut être perpétrée par un individu connu ou non de l'enfant, ce qui donne un caractère singulier à ce type de maltraitance. Les AS intrafamiliales réfèrent aux situations où l'agresseur est un membre de la famille immédiate ou élargie. À l'opposé, celles de type extrafamilial sont perpétrées par un individu n'appartenant pas à la famille de la victime et ce, qu'il soit connu ou pas de l'enfant (voisin, ami de la famille, entraîneur, etc.) (Laforest, Maurice, & Bouchard, 2018).

1.1.2 Données statistiques

Les données de prévalence, indiquant le nombre de cas donné dans une population, montrent que l'AS représente un problème répandu et ce, tant au Québec que mondialement. La méta-analyse la plus récente, basée sur des données de 24 pays, révèle que la prévalence de l'AS durant l'enfance varie de 8% à 31% chez les filles et de 3 à 17% chez les garçons, dépendamment de la définition utilisée quant aux gestes posés (Barth, Bermetz, Heim, Trelle, & Tonia, 2013). Une seconde méta-analyse, incluant 217 études réalisées sur 6 continents, établit la prévalence mondiale à 18% chez les femmes et 7,6% chez les hommes (Stoltenborgh, IJzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011).

Les données d'incidence, référant au nombre de nouveaux cas dans une période donnée, indiquent un portrait tout aussi alarmant. En 2015, près de la moitié des 5 806 infractions sexuelles rapportées aux services policiers touchait des enfants (Ministère de la Santé publique du Québec, 2017). Il importe également de souligner que les statistiques d'incidence sous-estiment le nombre de victimes considérant qu'elles n'incluent que les AS ayant été signalées aux autorités contrairement aux données de prévalence. Parmi les mineurs, les enfants âgés entre 6 à 12 ans constituent le groupe prédominant parmi les victimes d'AS graves (Ministère de la Santé publique du

Québec, 2016). Ces jeunes d'âge scolaire représentent près de la moitié (40%) des signalements retenus et des suivis mis en place en AS par la Direction de la protection de la jeunesse en raison de la compromission de leur sécurité/développement (Directeurs de la Protection de la jeunesse, 2019).

Ces données apparaissent d'autant plus préoccupantes considérant qu'elles ne reflètent qu'une fraction des victimes. Une enquête téléphonique réalisée en 2009 auprès de 804 adultes québécois révèle que 34,3% des hommes et 15,7% des femmes n'ont jamais dévoilé l'AS dont ils ont été victimes à l'enfance (Hébert et al., 2009). Dans les 20 dernières années, d'importantes hausses des taux d'incidence des AS ont été rapportées, dont les plus grandes augmentations ont eu lieu de 2009 à 2012 possiblement en lien avec la survenue de mouvements sociaux et politiques (Mathews, Bromfield, Walsh, Cheng, & Norman, 2017). Par exemple, la vague #Metoo est associée à une hausse importante du nombre de plaintes au Canada, dont la plus forte augmentation est au Québec (+61%) (Statistique Canada, 2018). En résumé, ces chiffres soutiennent de façon éloquente l'étendue de la problématique des AS.

1.1.3 Répercussions de l'AS

Il est généralement admis que l'AS est susceptible d'entraîner des effets délétères chez les individus qui en sont victimes. Ce traumatisme peut affecter la santé psychologique, mais aussi physique des victimes à court, moyen et long terme. La majorité des études sont rétrospectives et portent sur des adultes ayant été victimes d'AS à l'enfance. De ce fait, les effets à long terme de l'AS sont bien répertoriés. Les connaissances sur les populations plus jeunes sont néanmoins plus parcellaires, plus particulièrement celles sur la période de l'enfance. La présente section dresse donc un portrait des conséquences à différentes périodes du développement, soit l'âge adulte, l'adolescence et l'enfance.

Selon une étude américaine regroupant plus de 34 000 adultes, les victimes d'AS sont trois fois plus à risque de présenter un trouble psychiatrique au cours de leur vie (Pérez-Fuentes et al., 2013). Cette recherche fournit des rapports de cote (RC) permettant d'estimer le risque pour les victimes de présenter certaines problématiques. Ainsi, les survivants d'AS présentent plus de deux fois plus de risque (RC = 2,66) de présenter un trouble anxieux au cours de leur vie que ceux n'ayant pas vécu une AS. Des risques accrus sont également répertoriés pour la dépression majeure (RC = 2,05), le trouble de stress post-traumatique (RC = 7,0), les idéations suicidaires (RC = 4,6), la dépendance à l'alcool (RC = 2,50) ou à la drogue (RC = 3,8) et les tentatives de suicide (RC = 7,9) (Afifi et al., 2014; Mills, Kisely, Alati, Strathearn, & Najman, 2016). Près de la moitié (47,9%) des survivants d'AS rapportent avoir subi un deuxième épisode de victimisation sexuelle, ce qui témoigne du risque accru auquel ils sont confrontés (Walker, Freud, Ellis, Fraine, & Wilson, 2019). De plus, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes fait état d'une vaste étendue de symptômes physiques qui sont présentés de façon accrue par les adultes victimes d'AS à l'enfance (cancer, migraines, troubles gastro-intestinaux, cardio-vasculaires, diabète, fatigue chronique) (Afifi et al., 2016). Finalement, en plus des sérieuses conséquences vécues par les victimes au cours de leur vie, les AS durant l'enfance entraînent des coûts sociétaux importants. Aux États-Unis, ces coûts sont estimés à plus de 9 billions US$ (Letourneau, Brown, Fang, Hassan, & Mercy, 2018).

De façon similaire, des difficultés accrues sont répertoriées chez les victimes d'AS à la période de l'adolescence. Sur le plan psychologique, ces adolescents se démarquent par davantage de détresse psychologique, de dépression, de symptômes de stress post-traumatique, une plus faible estime de soi et des idéations suicidaires plus fréquentes (Dunn, McLaughlin, Slopen, Rosand, & Smoller, 2013; Hébert, Amédée, Blais, & Gauthier-Duchesne, 2019). Plusieurs comportements à risque sont également répertoriés chez les adolescents victimisés : tentatives de suicide, abus de substances et comportements sexuels à risque (Fernet, Hébert, Gascon, & Lacelle, 2012; Hébert et

al., 2019). Les adolescents victimes consultent davantage leur médecin pour des problèmes de santé physique (RC = 1,2) que ceux de la population générale (Daigneault, Hébert, Bourgeois, Dargan, & Frappier, 2017). Ils sont également plus à risque d'être hospitalisés pour des problèmes de santé physique (RC = 1,6) dans la décennie qui suit le signalement de l'AS (Daigneault, Bourgeois, et al., 2017). Finalement, les adolescents victimes d'AS sont également davantage la cible de revictimisation sexuelle, d'intimidation par leurs pairs et de cyberintimidation (Edwards & Banyard, 2020; Hébert, Cénat, Blais, Lavoie, & Guerrier, 2016).

Contrairement au savoir étendu sur les effets de l'AS à l'âge adulte, peu d'études sont disponibles sur les conséquences à court terme de la victimisation sexuelle. Les recherches montrent néanmoins que les répercussions de l'AS peuvent se manifester dès l'enfance. En sciences sociales, deux échelles de problèmes de comportement sont fréquemment utilisées, soit celles des difficultés intériorisées et extériorisées. La première inclut les symptômes d'anxiété, de dépression, de somatisation et de retrait alors que la deuxième réfère plutôt à l'agressivité et la délinquance. Une étude longitudinale récente a investigué ces deux types de difficultés en comparant les enfants victimes d'AS et ceux ayant été victimes d'autres formes de maltraitance (ex. négligence, abus physique, etc.) (Lewis, McElroy, Harlaar, & Runyan, 2016). Les résultats révèlent qu'à l'âge préscolaire comme à l'âge scolaire, les victimes d'AS présentent des difficultés intériorisées et extériorisées significativement plus élevées que ceux ayant vécu d'autres types de maltraitance. Les enfants victimes d'AS éprouvent également davantage de symptômes de dissociation qui réfère à une séparation structurelle des processus de pensées, d'émotions, de mémoire et d'identité (Ensink et al., 2017; Putnam, 1997). Des symptômes de stress post-traumatique accrus comme des cauchemars, des pensées intrusives ou des jeux répétitifs sont également fréquents chez les victimes (Hébert, Langevin, & Daigneault, 2016). Les enfants victimes d'AS sont cinq fois plus à risque d'être hospitalisées ou d'avoir recours à des services médicaux pour un trouble de santé mentale au cours de l'année suivant le

signalement (Daigneault, Bourgeois, et al., 2017). Les séquelles auxquelles sont confrontées les jeunes victimes sont à même d'affecter plusieurs sphères de leur vie. À l'âge scolaire, ils font face à davantage de difficultés sociales et sont notamment deux fois plus à risque d'être la cible de victimisation par les pairs (Amédée, Tremblay-Perreault, Hébert, & Cyr, 2019; Tremblay-Perreault & Hébert, 2019). Ces enfants présentent aussi un fonctionnement académique inférieur à leurs pairs qui n'ont pas vécu un tel évènement (Daignault & Hébert, 2009).

Par ailleurs, les profils des enfants victimes d'AS apparaissent hétérogènes (Daignault & Hébert, 2009; Sawyer & Hansen, 2014). De 21 à 49% des enfants confrontés à une AS présentent peu ou pas de symptômes lors de l'évaluation initiale (Hébert, 2011). Alors que certains allèguent un phénomène de résilience, d'autres auteurs soulèvent des explications alternatives à cette absence de symptômes apparents (manque de sensibilité des outils de mesure, utilisation de stratégies efficaces chez les victimes) (Williams & Nelson-Gardell, 2012). L'hétérogénéité des symptômes témoigne ainsi de la nécessité d'identifier les mécanismes impliqués dans l'adaptation des enfants victimes.

1.1.4 Modèle transactionnel de Spaccarelli (1994)

La littérature offre quelques modèles théoriques présentant les déterminants de l'adaptation des enfants victimes d'AS. Le modèle retenu dans le cadre de la présente thèse, soit le modèle transactionnel de Spaccarelli (1994), offre un cadre conceptuel pertinent permettant de rendre compte de la variabilité des déterminants et des séquelles des enfants victimes d'AS. Ce modèle postule qu'une série d'interactions personne-environnement est susceptible d'influer sur le fonctionnement psychologique des victimes. Par le biais de stratégies d'adaptation et d'attributions cognitives, trois grandes catégories de facteurs d'influence sont répertoriées, soit ceux liés à l'AS, à l'environnement ainsi qu'à l'individu lui-même.

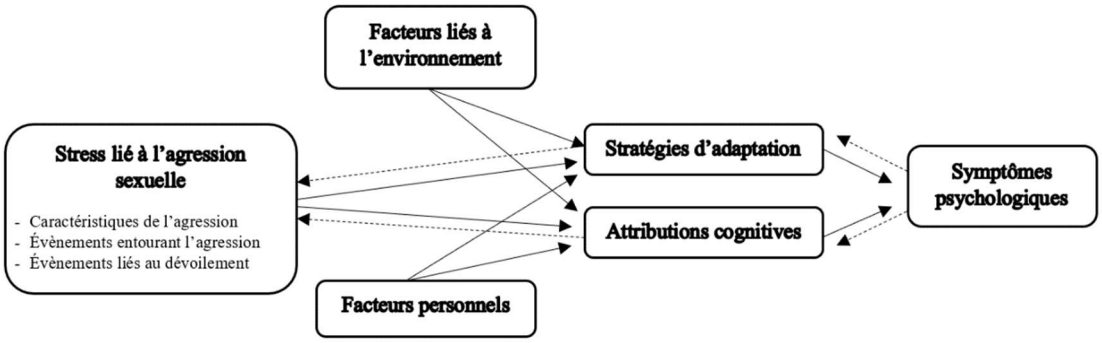

Figure 1. Modèle transactionnel

La première catégorie réfère aux stresseurs associés à l'AS tel que les caractéristiques de l'évènement vécu (durée, sévérité des gestes, identité de l'agresseur, usage de force), ceux entourant l'AS (changement ou dysfonctionnement dans la structure familiale, isolement familial) et ceux liés au dévoilement (investigation policière, réactions des proches, témoignage). La deuxième catégorie, soit les facteurs environnementaux, réfère notamment à la qualité de la relation parent-enfant ou aux services reçus. La troisième et dernière catégorie inclut les caractéristiques personnelles comme le genre ou l'âge. Ces trois catégories de facteurs influeraient sur les symptômes psychologiques des victimes par le biais de deux médiateurs : les stratégies d'adaptation et les attributions cognitives. Ainsi, les stratégies utilisées par l'enfant (évitement cognitif, pensée magique, orientées vers la résolution du problème) et la création de cognitions négatives liées à l'AS (blâme de soi, sentiment de responsabilité face à l'AS, perte de confiance) auraient un impact significatif sur les séquelles développées. La présente thèse rallie les forces du modèle de Spaccarelli en axant sur des variables regroupant les trois catégories de facteurs soulevées.

1.1.5 Corrélats en lien avec l'adaptation des victimes

Tel qu'utilisé par le modèle transactionnel de Spaccarelli, les variables susceptibles d'influencer la trajectoire des enfants victimes d'AS peuvent se diviser en trois

catégories. La présente section détaille donc les effets des caractéristiques de l'AS, des caractéristiques personnelles de l'enfant et de son environnement sur la symptomatologie des victimes.

La première catégorie, les caractéristiques de l'AS, inclue généralement la sévérité des gestes posés, la fréquence des AS et le lien unissant la victime à son agresseur. Bien que les études aient largement examiné les liens entre ces caractéristiques et la symptomatologie des victimes, les conclusions demeurent à ce jour contradictoires. Plusieurs d'entre elles soutiennent que les AS impliquant plusieurs épisodes, des gestes plus sévères (ex. pénétration) et perpétrées par un membre de la famille sont positivement associées à la gravité des symptômes (Amado, Arce, & Herraiz, 2015; Pérez-Fuentes et al., 2013) alors que d'autres rapportent plutôt une absence de lien (Yancey & Hansen, 2010). Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour expliquer la variabilité de ces résultats. D'une part, la définition utilisée pour l'AS peut amener à des résultats différents. Par exemple, les AS intrafamiliales pourraient exclure ou pas les agressions perpétrées par un membre de la fratrie de la victime (Mathews & Collin-Vézina, 2019). D'autre part, il est possible que ce soit la perception d'un individu face à l'évènement vécu, plutôt que la réalité objective, qui soit un meilleur prédicteur de son adaptation (Van der Kolk, 2015). À titre d'exemple, un enfant pourrait éprouver des symptômes aigus à la suite d'un épisode de voyeurisme dans son propre domicile, bien que, selon des critères objectifs, ceci corresponde à une AS moins sévère. Il est également possible que, chez les enfants, d'autres facteurs aient un impact plus considérable sur l'adaptation amenuisant ainsi l'effet des caractéristiques à court terme. Par ailleurs, se centrer sur des facteurs modifiables plutôt que statiques (ex. caractéristiques de l'AS) apparaît plus prometteur puisque ceux-ci sont modulables par le biais d'un traitement.

Une deuxième catégorie de variable, celle liée à l'environnement, fait l'objet d'un intérêt accru dans les dernières décennies. Le soutien parental – notamment celui offert

par la mère non agresseure - a été particulièrement étudié au sein de la littérature en victimisation sexuelle envers les enfants (Wamser-Nanney, Sager, & Campbell, 2020; Yancey & Hansen, 2010). Plusieurs études soutiennent que le soutien parental est associé à des symptômes moindres chez les enfants victimes d'AS (Rakow, Smith, Begle, & Ayer, 2011; Zajac, Ralston, & Smith, 2015). À long terme, le soutien parental s'avère être un meilleur prédicteur de l'adaptation des victimes que les caractéristiques de l'AS (Bhandari, Winter, Messer, & Metcalfe, 2011 ; Spaccarelli & Kim, 1995). Une lecture attentive de la littérature actuelle révèle néanmoins que le soutien parental bénéficie d'un appui empirique mitigé : plusieurs études rapportent que cette variable prédit plutôt faiblement la symptomatologie de l'enfant victime d'AS (Cyr et al., 2003; Wamser-Nanney, 2017, 2018). Entre autres, la méta-analyse de Bolen et Gergely (2015) propose certaines pistes pour expliquer ces résultats variables. Cette recherche regroupant 29 études s'est intéressée à l'influence du soutien des parents non agresseurs sur 11 types de symptômes chez les enfants victimes d'AS. Les résultats montrent que le soutien parental ne permet de prédire que 3 des 11 symptômes étudiés (dépression, concept de soi et agirs agressifs), et ce faiblement. Devant ces résultats, les auteurs soulèvent la possibilité que la relation d'attachement au parent non agresseur plutôt que le soutien parental puisse être une variable-clé qui influe sur l'adaptation de l'enfant.

Cette hypothèse concorde d'ailleurs avec l'étude de Bolen et Lamb (2007) réalisée auprès de 90 enfants de 7 à 13 ans victimes d'AS qui révèle que la qualité de l'attachement rapportée par l'enfant victime prédit mieux les symptômes de ce dernier que le soutien parental. Toutefois, cette étude présente une limite fréquemment retrouvée dans la littérature, soit que la qualité de relation aux parents a été évaluée sans distinction entre les pères et les mères. Pourtant, les pères et les mères ont chacun un apport unique dans l'adaptation des enfants victimes d'AS. En effet, l'étude de Parent-Boursier et Hébert (2010), réalisée auprès de 79 enfants de 6 à 12 ans victimes d'AS, révèle que la perception de sécurité d'attachement (PSA) à la mère était indépendante de celle du père. De plus, au-delà de la sécurité d'attachement à la mère et des caractéristiques de l'AS, la PSA au père permettait de prédire les problèmes

intériorisés, extériorisés et l'estime de soi rapportés par l'enfant. Dans une seconde étude (2015), ces auteures montrent que la PSA au père permet de prédire plusieurs difficultés (problèmes intériorisés, problèmes extériorisés, anxiété/dépression, isolement, plaintes somatiques, comportements agressifs et délinquants, problèmes sociaux et les problèmes de pensée) rapportées par les parents chez l'enfant victime et ce, au-delà de la PSA à la mère et de la détresse psychologique maternelle. La qualité de l'attachement à chacun des parents apparaît ainsi comme une variable-clé dans l'adaptation des victimes d'AS. Toutefois, bien qu'innovatrices, ces études ne permettent pas de comprendre les mécanismes intermédiaires impliqués dans les liens entre l'attachement et la santé mentale des enfants victimes d'AS. La présente thèse se centre sur l'un de ces mécanismes et utilise un instrument permettant de considérer distinctivement l'attachement au père et à la mère.

Une troisième catégorie de variable réfère aux caractéristiques personnelles de l'enfant, notamment l'âge et le genre. De façon générale, les problèmes intériorisés tendent à augmenter jusqu'à l'adolescence alors que ceux de type extériorisé diminuent progressivement (Lewis et al., 2016). Selon la méta-analyse de Kendall-Tackett et ses collègues (1993), les enfants ayant vécu une AS plus tardivement présentent des symptômes plus prononcés que leurs pairs plus jeunes. Les auteurs soulignent que les caractéristiques de l'AS comme la durée et la sévérité étaient rarement contrôlées dans les études répertoriées. Ils soulèvent l'hypothèse que ces variables pourraient expliquer la différence entre les groupes d'âge par exemple, le fait que les enfants plus vieux aient pu vivre des AS sur une plus longue durée. En ce sens, la méta-analyse de Paolucci et ses collègues (2001) rapporte plutôt une absence de lien entre l'âge et les symptômes de l'enfant.

À ce jour, de nombreuses études suggèrent que les filles victimes d'AS présenteraient davantage de problèmes intériorisés alors que les problèmes extériorisés seraient plus exacerbés chez les garçons (Gauthier-Duchesne, Hébert, & Daspe, 2017; Yancey &

Hansen, 2010). Or, certains suggèrent plutôt une absence de différence, ou même, des résultats inverses (Gauthier-Duchesne et al., 2017; Langevin, Hébert, & Cossette, 2015; Villeneuve Cyr & Hébert, 2011). Les recherches montrent également que les jeunes victimes d'AS, particulièrement les garçons, auraient de plus grandes difficultés émotionnelles que leurs pairs non victimisés (Hébert, Boisjoli, Blais, & Oussaïd, 2018; Séguin-Lemire, Hébert, Cossette, & Langevin, 2017). Ces aptitudes de régulation émotionnelle figurent d'ailleurs parmi les trois principales constituantes de la résilience chez les victimes de maltraitance selon Hamby, Grych et Banyard (2018). La régulation émotionnelle constitue un thème de recherche de prédilection dans les deux dernières décennies notamment auprès des enfants victimes d'AS (Gross, 2015; Langevin, Cossette, & Hébert, 2019). Plus spécifiquement, l'alexithymie, soit la difficulté à identifier et à exprimer ses émotions, pourrait représenter une variable d'intérêt chez les enfants victimes d'AS étant donné qu'elle est la première étape vers une régulation efficace (Gross, 2013). En effet, le terme régulation émotionnelle peut être considéré comme un terme parapluie regroupant plusieurs processus allant de l'appréciation d'un stimulus jusqu'à la modulation de la réponse. En ce sens, la capacité à identifier et à exprimer ses émotions est susceptible de jouer un rôle précoce dans ce processus (Gross, 2015).

1.2. Alexithymie

L'alexithymie constitue l'un des concepts centraux de la présente thèse. Celui-ci apparaît particulièrement pertinent compte tenu que l'on rapporte des améliorations thérapeutiques moindres chez les individus alexithymiques que pour ceux ayant de meilleures capacités émotionnelles (Probst et al., 2017). Cette deuxième section offre une synthèse des connaissances sur la définition, la prévalence et les difficultés associées à l'alexithymie à ce jour. Les principales sources étiologiques de l'alexithymie sont également présentées avec un accent mis sur les liens avec les traumas et plus particulièrement, la victimisation sexuelle.

1.2.1 Définition et prévalence

Tel qu'indiqué par sa racine grecque (*a* = manque, *lexis* = mot, *thymos* = émotion), le terme alexithymie réfère à la difficulté à identifier et à exprimer ses émotions (Nemiah & Sifneos, 1970; Sifneos, 1973). Dans un contexte thérapeutique, l'alexithymie peut se manifester de différentes façons. Concrètement, lors de situations émotives, les individus présentant de l'alexithymie peuvent présenter un discours portant sur les gestes ou sur les sensations physiques plutôt que sur les émotions. Lorsqu'ils sont questionnés, ils tendent à offrir des réponses confuses, courtes ou évasives sur leur vécu émotif (Lumley, Neely, & Burger, 2007). Ces individus sont également caractérisés par un processus de pensée orienté vers des préoccupations concrètes ainsi qu'un imaginaire pauvre (Taylor & Bagby, 2013).

La prévalence de l'alexithymie chez les adultes de la population générale varie de 5 à 23% alors que celle-ci tend à être plus élevée dans les populations cliniques (Corcos & Speranza, 2003; Franz et al., 2008; Hamaideh, 2017; Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen, & Viinamäki, 2000; Kokkonen, Karvonen, Veijola, Läksy, & Jokelainen, 2001; Mattila, Salminen, Nummi, & Joukamaa, 2006; Taylor & Bagby, 2013). Les connaissances sur la prévalence de l'alexithymie chez les jeunes s'avèrent plus parcellaires. Les études recensées auprès d'adolescents rapportent des prévalences variant de 7,3% à 15,9% des adolescents (Honkalampi et al., 2009; Joukamaa et al., 2007; Säkkinen, Kaltiala-Heino, Ranta, Haataja, & Joukamaa, 2007). À notre connaissance, il n'existe aucune étude permettant de répertorier la prévalence de l'alexithymie chez les enfants. Les résultats des études antérieures présentent des divergences face aux différences de genre. Plusieurs études montrent une absence de différence d'alexithymie selon le genre (Schimmenti et al., 2017). Inversement, certains affirment que les garçons en présenteraient davantage (Levant, Hall, Williams, & Hasan, 2009) et d'autres, les filles (Tang, Xu, & Xu, 2020).

Lorsque différents groupes d'âge sont examinés, l'alexithymie tend à diminuer au courant de l'adolescence (Parker, Eastabrook, Keefer, & Wood, 2010). En effet, dans l'étude de Säkkinen et ses collègues (2007) chez 882 adolescents finlandais, les scores moyens d'alexithymie diminuent significativement à chaque tranche d'âge. L'utilisation d'un seuil clinique a permis d'établir les prévalences selon chaque catégorie d'âge : 21,1% chez les 12-13 ans, 14,8% chez les jeunes de 14 ans et 12,7% chez ceux de 15 à 17 ans. Ces données vont dans le même sens que celles de Zimmermann et ses collègues (2007) qui rapportent des pourcentages décroissants au cours de l'adolescence. Chez les enfants, la diminution de l'alexithymie avec l'âge apparaît cohérente d'un point de vue développemental étant donné que les aptitudes émotionnelles des enfants s'améliorent avec l'âge (Lemelin & Tarabulsy, 2012). Ainsi, ces données soulignent l'influence potentielle de l'âge sur le niveau d'alexithymie présentée par l'enfant. De plus, malgré l'utilisation fréquente du Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), certaines études de validation réalisées auprès d'adolescents révèlent des faiblesses de fiabilité et de consistance interne pour cet outil (Meganck, Markey, & Vanheule, 2012 ; Parker, Eastabrook, Keefer, & Wood, 2010). Le TAS-20 demeure, à ce jour, le questionnaire autorapporté le plus fréquemment utilisé dans les recherches scientifiques (Bagby & Taylor, 2013). Or, à notre connaissance, aucune étude de validation n'a été effectuée avec cet outil pour les enfants d'âge scolaire.

L'ensemble des études de prévalence de l'alexithymie ont utilisé le TAS-20 et le point de coupure suggéré par les auteurs de l'instrument (Bagby, Taylor, & Parker, 1994). Les prévalences obtenues doivent toutefois être interprétées avec prudence considérant que, tel que suggéré par Parker et ses collègues (2008), l'alexithymie correspond davantage à un concept dimensionnel plutôt que catégoriel. Bien que la prévalence de l'alexithymie soit généralement plus élevée dans les échantillons cliniques, elle peut également être considérée comme un trait de personnalité continu présent dans l'ensemble de la population (Taylor & Bagby, 2013). À ce propos, plusieurs chercheurs

dont Parker, Keefer, Taylor et Bagby (2008) ont tenté d'établir si l'alexithymie devait être considérée comme un concept dimensionnel ou catégoriel. Pour ce faire, ces derniers ont réalisé une étude taxométrique qui est une méthode privilégiée pour différencier les concepts de type latent de ceux étant continus (Waller & Meehl, 1998). Ils ont recruté 4183 Canadiens pour constituer trois échantillons composés d'individus de la population générale, d'étudiants universitaires et de patients recevant des services psychiatriques. Les résultats ont permis d'établir que l'alexithymie devrait être considérée comme un concept dimensionnel plutôt que catégoriel. Cette étude soutient ainsi que des échelles continues plutôt qu'un seuil précis devraient être utilisées pour évaluer l'alexithymie. Ces résultats ont été répliqués à trois reprises avec des échantillons adultes (Keefer, Taylor, Parker, & Bagby, 2017; Mattila et al., 2010). Il importe toutefois de mentionner qu'aucune étude taxométrique n'a été réalisée auprès d'un échantillon d'enfants ou d'adolescents.

1.2.2 Difficultés associées à l'alexithymie

Établi au départ sur la base d'observations cliniques auprès de clients psychosomatiques, le champ de recherche de l'alexithymie a largement évolué (Šago & Babić, 2019). Depuis les années 40, les difficultés associées à l'alexithymie ont fait l'objet de nombreuses recherches et émergent de plusieurs domaines. Des liens ont été établis entre l'alexithymie et diverses affections physiques chez les adultes: douleurs chroniques (Di Tella & Castelli, 2016), problèmes cardiaques (Silva, Freitas, Moreira, Santos, & Almeida, 2016), plaintes physiques (Ogrodniczuk, Kealy, Joyce, & Abbass, 2018) maux de tête (Shim, Park, & Park, 2018). Des associations sont également mises en lumière avec les corrélats psychologiques comme les idéations suicidaires (Hemming, Taylor, Haddock, Shaw, & Pratt, 2019), la dépression (Li, Zhang, Guo, & Zhang, 2015), la dissociation (Elzinga, Bermond, & Van Dyck, 2002), l'anxiété et les troubles somatiques (Mattila et al., 2008).

Bien que le nombre d'études auprès d'enfants soit beaucoup plus limité, les données pointent vers des constats similaires où l'alexithymie est identifié comme un facteur de risque à plusieurs égards : maux de tête (Natalucci et al., 2018), symptômes dissociatifs (Sayar, Kose, Grabe, & Topbas, 2005), symptômes de trouble de stress post-traumatique (Tang et al., 2020) et symptômes obsessionnels compulsifs (DiTrani et al., 2013). De plus, selon les résultats de l'étude de Rieffe et ses collègues (2010) chez 579 enfants iraniens âgés de 10 à 15 ans, l'alexithymie autorapportée est directement lié aux problèmes intériorisés. Des associations positives sont également notées avec plusieurs symptômes spécifiques de type intériorisé : anxiété de séparation (Oskis et al., 2013), somatisation (Hadji-Michael, McAllister, Reilly, Heyman, & Bennett, 2019) et dépression (Rieffe et al., 2010). Selon l'étude de Honkalampi et ses collègues (2009), réalisée auprès de 3 936 adolescents de 13 à 18 ans, l'alexithymie autorapportée est également associée positivement aux problèmes extériorisés, notamment les comportements d'agressivité. Des résultats similaires ont été obtenus auprès d'un échantillon de 160 enfants de 11 à 14 ans (Di Trani et al., 2013). Cependant, toutes les études susmentionnées réalisées auprès des jeunes présentent des méthodologies similaires en utilisant un devis transversal et un outil autorapporté par l'enfant, soit le *TAS* – 20 (Bagby et al., 1994) ou le *Alexithymia Questionnaire for Children* (Rieffe, Oosterveld, & Terwogt, 2006). Néanmoins, ces études mettent en lumière le caractère préoccupant de l'alexithymie, vu son association avec des difficultés multiples.

1.2.3 Étiologie de l'alexithymie

À ce jour, la littérature met en évidence trois principaux facteurs étiologiques de l'alexithymie : l'aspect génétique, les traumatismes et la relation parent-enfant. Ceux-ci sont décrits ci-bas.

1.2.3.1 Génétique

Depuis l'apparition du concept, deux types d'alexithymie sont distingués dans la littérature (Nemiah & Sifneos, 1970; Šago & Babić, 2019; Sifneos, 1973). Le premier, appelé primaire ou type I, se décrit comme un trait de personnalité stable découlant d'un déficit structural ou neurobiologique. Ce dernier se distingue de l'alexithymie «secondaire» ou de type II. Celle-ci serait plutôt acquise et conséquente à une expérience de vie traumatique (Krystal, 1988; Šago & Babić, 2019). Bien que l'étiologie exacte de l'alexithymie demeure incertaine, les études récentes auprès de jumeaux suggèrent que l'environnement et les gènes, dans une moindre mesure, ont tous deux un rôle à jouer (Baughman, Schermer, Veselka, Harris, & Vernon, 2013; Jørgensen, Zachariae, Skytthe, & Kyvik, 2007; Picardi et al., 2011). Plus récemment, l'étude de Terock et ses collègues, réalisée auprès de 5 283 adultes de la population générale, soulève que l'allèle 5-HTTLPR, ainsi que la survenue d'un trauma dans l'enfance seraient des prédicteurs significatifs du niveau d'alexithymie des individus (2018). Ces résultats soutiennent un apport du bagage génétique, mais qui agit en interaction étroite avec l'environnement et les expériences précoces à l'enfance (Taylor & Bagby, 2013).

1.2.3.2 Trauma

La littérature antérieure fait état d'un lien entre l'exposition à un traumatisme et la présence d'alexithymie accrue. De façon générale, l'alexithymie est présentée comme permettant de faire face aux affects insupportables d'un évènement traumatique. Krystal (1988) est l'un des auteurs les plus fréquemment cités concernant l'étiologie de l'alexithymie. Adoptant une perspective psychanalytique, celui-ci postule que l'alexithymie serait un mécanisme de défense faisant suite à un traumatisme psychique. La théorie de Krystal s'est développée à partir de ses observations auprès de survivants de la Deuxième Guerre mondiale. Lors du récit de leur biographie, Krystal avait

remarqué qu'ils se contentaient de décrire les faits et semblaient incapables d'ajouter des aspects émotifs à leur récit. Cette incapacité s'apparentait à un état de régression où les émotions des survivants étaient indifférenciées. Ainsi, chez les adultes, le fait de vivre un traumatisme entraînerait une régression du développement émotionnel. Pour les enfants, Krystal (1988) propose qu'étant donné l'immaturité du système émotif, ils disposent de peu de stratégies de défense. Ce manque de stratégies ferait en sorte que les enfants modulent plus difficilement les impacts d'un traumatisme comme une AS. Ainsi, un tel évènement entraînerait chez eux, non pas une régression, mais plutôt un arrêt du développement affectif comme mécanisme de défense face à l'évènement traumatique. Dans une autre perspective, Herman (1992), propose également que l'alexithymie serait un mécanisme de défense, mais que cette stratégie temporaire serait utilisée pour faire face à un évènement insupportable pour l'enfant. L'alexithymie permettrait ainsi à la victime d'éviter d'être pleinement consciente des évènements vécus en se distançant de ses affects. Par exemple, dans le cas d'une AS perpétrée par une figure parentale, cet évitement permettrait de préserver la représentation du « bon parent ». L'hypothèse de Herman (1992) apparaît cohérente avec le modèle de Spaccarelli (1995) présenté précédemment, qui inclut l'évitement à titre de stratégie d'adaptation face aux stresseurs générés par l'AS.

Les recherches scientifiques révèlent également que les populations exposées à des évènements traumatiques éprouvent davantage d'alexithymie. La méta-analyse de Frewen et ses collègues (2008) indique une forte association (d = ,80) entre l'alexithymie et le trouble de stress post-traumatique. L'alexithymie a été investiguée auprès d'une vaste panoplie de clientèles notamment des policiers (McCaslin et al., 2006), des patients brûlés (Fukunishi, Chishima, & Anze, 1994) ainsi que des survivants de l'Holocauste (Krystal, 1988) et de tremblement de terre (Tang et al., 2020). Un nombre croissant d'études s'intéresse à l'alexithymie chez les adultes ayant vécu de la maltraitance à l'enfance. Les liens spécifiques à chaque type de maltraitance et l'alexithymie demeurent toutefois à clarifier. Des associations positives sont

généralement trouvées entre l'alexithymie et la maltraitance émotionnelle (Brown, Fite, Stone, Richey, & Bortolato, 2017; Zou et al., 2016). Les liens entre l'alexithymie et la maltraitance physique s'avèrent, quant à eux, plus fluctuants (Brown, Fite, Stone, & Bortolato, 2016; Ogrodniczuk, Joyce, & Abbass, 2014).

Bien que plusieurs études s'intéressent au lien entre l'alexithymie et la maltraitance, très peu portent sur l'alexithymie en examinant spécifiquement la victimisation sexuelle. Ces recherches auprès d'adultes révèlent des résultats mixtes. Plusieurs études réalisées auprès de la population générale révèlent une corrélation positive significative entre la victimisation sexuelle durant l'enfance et l'alexithymie (Gaher, Arens, & Shishido, 2015; Lecours, Philippe, Boucher, Ahoundova, & Allard-Chapais, 2016). D'autres études rapportent une absence de lien entre l'alexithymie et l'AS (Brown et al., 2016; Evren, Evren, Dalbudak, Ozcelik, & Oncu, 2009; Paivio & McCulloch, 2004). Certains auteurs suggèrent plutôt que l'AS serait uniquement associée à certaines composantes précises de l'alexithymie comme la difficulté à décrire ses émotions (Ogrodniczuk et al., 2014; Zou et al., 2016). L'étude de Gülec et ses collaborateurs (2013) indique que, lorsque les différents types de maltraitance sont considérés simultanément, l'alexithymie est prédite significativement par la maltraitance émotionnelle et marginalement, par l'AS (p = ,05).

Bien que ces résultats appuient de façon mitigée l'apport de l'AS sur l'alexithymie, un regard attentif permet de soulever plusieurs limites susceptibles d'entraver la détection du lien avec ce type de maltraitance. D'une part, plusieurs études incluent un nombre excessivement limité de victimes d'AS dans l'échantillon ($n \leq 20$), ce qui affecte négativement la puissance statistique (Evren et al., 2009; Paivio & McCulloch, 2004). D'autre part, certains omettent de mentionner le nombre de victimes d'AS inclus (Brown et al., 2016; Güleç et al., 2013; Lecours et al., 2016). L'utilisation d'un devis rétrospectif et d'une mesure d'alexithymie autorapportée – principalement le TAS-20 - sont également des biais méthodologiques répandus. Ces constats accentuent ainsi la

pertinence de poursuivre les recherches pour surmonter les limites méthodologiques des études réalisées.

À ce jour, les études portant spécifiquement sur l'alexithymie chez les victimes d'AS sont restreintes et utilisent majoritairement des échantillons d'adultes. Plusieurs recherches suggèrent que les caractéristiques de l'AS sont également associées au niveau d'alexithymie manifesté. Une étude auprès de 36 femmes adulte a montré que celles victimisées durant l'enfance présentaient davantage d'alexithymie que celles du groupe de comparaison et que le fait d'avoir vécu plusieurs épisodes d'AS était associé à des scores plus élevés d'alexithymie (Zeitlin, McNally, & Cassiday, 1993). Des résultats similaires sont obtenus par Scher et Twaite (1999) qui visaient à explorer l'alexithymie de 137 adultes aux prises avec un problème d'abus des substances ayant vécu ou non une AS durant l'enfance. Les adultes victimisés étaient significativement plus alexithymiques que ceux ne l'ayant pas été. De plus, une AS de durée prolongée et impliquant une pénétration, une victimisation sexuelle après l'âge de 12 ans ou perpétrée par une figure paternelle étaient toutes significativement associées à davantage d'alexithymie.

À notre connaissance, il n'existe que deux études investiguant l'alexithymie chez les adolescents victimes d'AS. La première, basée sur un échantillon clinique d'adolescents inclue 37 victimes d'AS, révèle que ceux rapportant un historique d'AS présentent un niveau plus élevé d'alexithymie que ceux n'ayant pas indiqué de victimisation (Houck, Nugent, Lescano, Peters, & Brown, 2010). La deuxième étude soutient une conclusion analogue auprès d'un échantillon représentatif d'adolescents québécois (Hébert et al., 2018). Les résultats révèlent également que l'alexithymie médie la relation entre l'AS et la détresse psychologique. Il faut souligner qu'à ce jour, aucune étude n'a investigué l'alexithymie chez les enfants victimes d'AS.

1.2.3.3 Relation parent-enfant

Tout comme la génétique et les traumas, les relations parent-enfant sont reconnues comme un facteur étiologique de l'alexithymie (Taylor & Bagby, 2013). En lien avec la théorie de l'attachement, des différences individuelles dans la capacité à identifier et exprimer ses émotions peuvent émerger selon la qualité de la relation parent-enfant (Bowlby, 1977, 1982; Cassidy, 1994). D'une part, la création de liens d'attachement entre un enfant et ses parents vise l'obtention d'une proximité assurant la sécurité et d'autre part, de pouvoir explorer le monde extérieur tout en étant protégé (Bowlby, 1977). Ces interactions forment les bases d'un modèle opérant interne propre à l'enfant qui le guidera dans sa compréhension de soi et du monde qui l'entoure. L'établissement de ces liens d'attachement et les réponses parentales offertes sont ainsi déterminants dans le développement socioémotionnel (Thompson, 2013). Par exemple, les conversations des enfants sécures avec leur mère permettent davantage d'intégration de l'information affective alors que ceux de type insécure qui comportent davantage de minimisation, d'exagération ou de non-résolution des affects (Dubois-Comtois, Cyr, & Moss, 2011).

La présence de pratiques parentales sensibles et cohérentes permettra à l'enfant d'organiser efficacement son expérience et ses affects, favorisant ainsi l'apparition d'un attachement de type sécure où les émotions sont ressenties, exprimées et accueillies (Cassidy, 1994; Holodynski & Friedlmeier, 2006). Ces enfants seront ainsi plus enclins à utiliser des stratégies d'identification et d'expression des émotions (Corcos & Speranza, 2003). Inversement, si le jeune enfant est plutôt confronté à des réactions parentales insensibles comme de l'indifférence, de l'incohérence ou des comportements effrayants, ce dernier s'avère plus à risque de développer un attachement insécure. L'enfant tendra alors à utiliser certains types de stratégies adaptées à l'insensibilité parentale. Par exemple, les enfants du sous-type évitant privilégieront des stratégies d'indifférence ou de minimisation des émotions lors de

situations de détresse. Ils basent ainsi leurs réactions sur les aspects cognitifs plutôt qu'émotif tel que retrouvé dans l'alexithymie. Les enfants du sous-type ambivalent privilégient plutôt des stratégies d'amplification des émotions en situation de détresse. Il est donc difficile pour eux d'utiliser leurs cognitions pour réguler efficacement leurs émotions. Corcos (2003) souligne aussi le lien avec les individus alexithymiques qui présentent des difficultés à traduire verbalement leurs émotions. Finalement, les enfants de sous-type désorganisé se distinguent par le manque de stratégie organisée pour accéder à la figure de sécurité. Ils peuvent ainsi adopter diverses stratégies de dépendance et/ou de résistance en situation de détresse. En lien avec l'alexithymie, Corcos (2003) suggère que ces individus seraient plus enclins à présenter de l'alexithymie considérant qu'ils adoptent des comportements s'apparentant à la dissociation. Selon Van der Kolk (1996), les réactions parentales face à l'expression des émotions influeraient donc sur la croyance de l'enfant dans sa capacité à influencer son environnement. Ainsi, les relations d'attachement sécures favoriseraient l'apparition de stratégies efficaces d'expression émotionnelle. Chez les enfants plus insécures, le sentiment d'impuissance et la perte de confiance interféreraient alors avec le développement émotionnel. Ces éléments, caractéristiques de l'attachement insécure, entraveraient la propension de l'enfant à reconnaître, identifier et exprimer ses émotions.

Ces postulats théoriques sont appuyés par de multiples recherches à ce jour. Plusieurs études rapportent que l'alexithymie est plus commune chez les adultes présentant un attachement insécure (Besharat & Shahidi, 2014; Fred Arne Thorberg et al., 2011). Des résultats analogues se retrouvent dans les trois études réalisées à ce jour auprès de participants plus jeunes, dont seulement une inclut des enfants. Ces recherches utilisent uniquement des outils autorapportés dont le TAS-20 pour évaluer l'alexithymie. La première étude comporte un échantillon de 105 adolescents âgés de 13 à 18 ans et s'intéresse au rôle médiateur de l'alexithymie entre le type d'attachement et la sévérité de traits de personnalité limite (Deborde et al., 2012). Les analyses révèlent des

corrélations faibles, mais significatives entre l'alexithymie et l'attachement de type sécure (r = -0,25), préoccupé (r = 0,22) et désorganisé (r = 0,23) tel qu'évalué par le *Relationship Styles Questionnaire* (Bartholomew & Horowitz, 1991). La deuxième étude (n = 443) réalisée auprès d'étudiants de 16 à 19 ans soutient de fortes corrélations entre l'alexithymie et les trois types d'attachements évalués par le *Adult Attachment Inventory*, soit de type sécure (r = -0,82), évitant (r = 0,73) et préoccupé (r = 0,61) (Besharat & Khajavi, 2013). La troisième étude, plus récente, se base sur un échantillon de 60 filles issues de la population générale âgées de 9 à 18 ans (Oskis et al., 2013). À nouveau, l'attachement sécure est associé à un niveau moindre d'alexithymie alors que ceux de types évitant et ambivalent présentent un niveau significativement plus élevé. Ces quelques études témoignent d'une limite de la littérature dans la distinction de la relation à la mère et au père pour prédire l'alexithymie de l'enfant. Ceci apparaît particulièrement pertinent considérant que les parents auraient un apport différent selon les dimensions de l'alexithymie. La méta-analyse de Thorberg et ses collègues (2011) indique un effet marqué des variables maternelles de *caring* et de protection sur l'alexithymie. Ces auteurs révèlent des résultats plus variables pour les pères pour lesquels ces variables tendent à être davantage associées à l'alexithymie dans les populations cliniques que dans la population générale. En résumé, bien que les liens entre l'attachement et l'alexithymie soient largement reconnus dans la littérature, les connaissances sur ces thèmes auprès des enfants s'avèrent restreintes – voire inexistantes.

1.3 Pertinence de la thèse

Les enfants âgés de six à douze ans sont le groupe prédominant parmi les victimes d'AS graves (Ministère de la Santé publique, 2016). L'AS grave est le niveau le plus sévère (3) et se caractérise par la présence de blessures, de mutilations ou de menaces d'attenter à la vie de l'enfant. Par ailleurs, bien que les filles représentent la majorité

des victimes, une plus forte proportion de garçons victimes se retrouve parmi les enfants d'âge scolaire (Ministère de la Santé publique, 2016). Il est ainsi primordial de poursuivre les recherches auprès des garçons et des filles de ce groupe d'âge au moment où les enfants deviennent davantage en mesure d'extérioriser leurs émotions (Harris, 1989). Ce type de difficultés apparaît d'autant plus important considérant que l'enfant d'âge scolaire accède à plusieurs nouveaux milieux comme à l'école ou chez des amis. Malgré la prolifération des études sur les victimes d'AS dans les dernières décennies, des lacunes subsistent dans la compréhension des mécanismes impliqués entre la victimisation sexuelle et la symptomatologie des victimes d'AS à l'âge scolaire.

La littérature en lien avec l'alexithymie chez les victimes d'AS à l'enfance présente des limites importantes. D'abord, à ce jour, la plupart des études portant sur l'alexithymie se restreignent principalement aux adolescents et aux adultes, faisant en sorte que les connaissances sur les enfants d'âge scolaire sont manquantes. Cette lacune est particulièrement éloquente lorsqu'on s'attarde à la population spécifique des enfants victimes d'AS. La littérature actuelle présente également un biais important, soit l'utilisation répandue d'un outil autorapporté pour évaluer l'alexithymie (Donges, Kersting, & Suslow, 2014). Plusieurs auteurs se questionnent à savoir si les individus hautement alexithymiques sont réellement en mesure de rapporter efficacement leurs déficits à identifier et exprimer ses émotions alors que cette difficulté se traduit justement par une minimisation des difficultés émotionnelles (Lundh, Johnsson, Sundqvist, & Olsson, 2002 ; Taylor & Bagby, 2013). Par ailleurs, une étude récente révèle un chevauchement significatif de la variance dans les mesures autorapportées évaluant entre la difficulté à identifier ses émotions et la détresse psychologique (Preece et al., 2020).

Cette thèse permettra d'explorer, pour la première fois, l'alexithymie chez les enfants victimes d'AS, ce qui pourrait permettre de mieux comprendre l'hétérogénéité des profils des enfants d'âge scolaire. L'acquisition de ces connaissances permettra

également de pallier plusieurs limites méthodologiques de la littérature antérieure. Au final, ces recherches visent l'élaboration de pistes cliniques appuyées par des résultats empiriques. Ces pistes pourront ainsi permettre d'optimiser les services offerts et en retour, atténuer les effets délétères de l'AS. Les objectifs de cette thèse sont détaillés à la section suivante.

1.4 Objectifs de recherche et hypothèses

Le premier objectif de la thèse vise à comparer le niveau d'alexithymie d'enfants d'âge scolaire victimes d'AS avec celui d'enfants non victimes de la population générale. Conformément aux résultats des études réalisées auprès d'adultes, nous posons l'hypothèse que les enfants victimes d'AS auront de plus grandes difficultés d'alexithymie que leurs pairs non victimisés. Plusieurs variables personnelles (âge, genre, niveau socioéconomique de la famille) et liées à l'AS (sévérité, durée et identité de l'agresseur) soulevées dans la littérature antérieure seront considérées dans cette analyse. Nous posons l'hypothèse, à titre exploratoire, que les garçons présenteront un niveau plus élevé d'alexithymie tel que répertorié dans les études portant sur la régulation émotionnelle. Nous postulons également un lien négatif entre le niveau d'alexithymie et l'âge. Considérant que les quelques études antérieures mettent en lumière des liens entre l'alexithymie et les caractéristiques de l'AS, nous posons l'hypothèse que les victimes ayant vécu des AS plus sévères, de plus longue durée et commise par un membre de la famille immédiate présenteront des difficultés plus importantes. Le deuxième objectif vise à explorer de façon transversale le rôle médiateur de l'alexithymie entre l'AS et les problèmes intériorisés et extériorisés. Sur la base des connaissances antérieures, nous postulons que l'alexithymie agit à titre de médiateur dans la relation entre l'AS et les problèmes intériorisés et extériorisés. Afin de répondre à cet objectif, le premier article se base sur un échantillon de 429 enfants d'âge scolaire victimes d'AS et 98 enfants non victimisés.

Le troisième objectif vise à mieux cerner les facteurs liés à l'alexithymie chez les victimes d'AS et plus spécifiquement, la PSA. Un devis longitudinal sera utilisé auprès d'un échantillon de 263 enfants victimes d'AS. Les analyses permettront de comparer le niveau d'alexithymie en fonction de la PSA à la mère et au père. Nous posons l'hypothèse que la PSA à la mère ainsi que celle au père seront tous deux associés négativement à l'alexithymie chez les enfants victimes d'AS, tel qu'évalué environ 4 mois plus tard. Ces variables seront incluses dans un modèle de médiation pour tester le rôle médiateur de l'alexithymie dans la relation entre la PSA à chacun des parents et les problèmes intériorisés et extériorisés. Nous posons l'hypothèse que les variables indépendantes (perceptions de sécurité d'attachement à la mère et au père) seront associées négativement avec les variables dépendantes (problèmes intériorisés et extériorisés) par le biais de l'alexithymie, et ce, au-delà des caractéristiques de genre et de l'AS. Ces analyses seront réalisées dans le 2e article.

1.5 Méthode

1.5.1 Participants

Un échantillon total de 574 enfants âgés de 6 à 12 ans (M = 8,70; ET = 1,83) a été recruté. Cet échantillon est composé de 475 victimes d'AS (320 filles et 155 garçons) et 99 enfants non-victimes d'AS (59 filles et 40 garçons). Les enfants victimes d'AS et leur parent ont été recrutés (taux d'acceptation de 93%) lors de leur premier rendez-vous dans les centres spécialisés suivants : le Centre d'expertise Marie-Vincent (CEMV), la clinique de pédiatrie sociojuridique du Centre hospitalier universitaire de Ste-Justine (CHU-SJ), Parent-Unis Repentigny Lanaudière (PURL), le Centre d'intervention en abus sexuel pour la famille (CIASF) et le Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CJMCQ). Ainsi, une proportion de l'échantillon total (n = 263) a également été rencontrée (taux d'acceptation de 75%) pour la collecte de données dans un deuxième temps, quatre mois plus tard. Le groupe de comparaison

a, quant à lui, été recruté dans des écoles régulières de la région de Montréal, sélectionnées dans des secteurs susceptibles de correspondre aux caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon de victimes d'AS. Les enfants et leur parent ont été rencontrés à leur domicile. Les parents, principalement les figures maternelles, ont également été sollicités pour remplir les questionnaires de recherche.

Notons que le recrutement de l'échantillon s'inscrit dans deux études plus vastes dirigées par Martine Hébert, Ph.D., portant sur les trajectoires des enfants victimes d'AS. La collecte de données de ces projets s'est déroulée de 2011 à 2019 et est financée par les Instituts de recherche en santé du Canada. Les mesures analysées dans le cadre de la thèse sont présentées en annexe.

1.5.2 Mesures

Les données sont recueillies à l'aide de questionnaires complétés par les parents et les enfants ainsi qu'à partir du dossier clinique ou médical de l'enfant, selon le site de collecte. Les figures parentales ont d'abord rempli un questionnaire sociodémographique. Celui-ci a permis de collecter des informations relatives à l'âge, le genre, la santé de l'enfant, la composition familiale, la scolarité des parents ainsi que le revenu familial brut.

Les parents ont aussi complété une mesure sur l'alexithymie de leur enfant, soit le *Children's Alexithymia Measure* (CAM ; Way et al., 2010), disponible à l'Appendice A. Ce questionnaire contient 14 questions répondues à l'aide d'une échelle Likert de quatre points : 0 = Presque jamais, 1= Quelquefois, 2= Souvent, 3 = Presque toujours. Cet outil a été validé auprès d'enfants de 5 à 17 ans ayant vécu au moins un évènement traumatique. La validité de critère a été établie à l'aide d'un autre instrument mesurant l'alexithymie chez les enfants, soit le *Alexithymia Scale for Children* (Fukunishi,

Yoshida, & Wogan, 1998). Dans la présente thèse, la consistance interne est adéquate ($\alpha > 0,89$).

Les parents ont également rempli un questionnaire permettant d'évaluer les problèmes de comportements chez les 6-18 ans, soit le *Child Behavior Checklist (CBC;* Achenbach & Rescorla, 2001). Cet instrument, fréquemment utilisé en recherche, contient 118 items où le parent doit indiquer si l'énoncé est 0-Toujours ou souvent vrai, 1- Plus ou moins ou parfois vrai ou 2- Faux. Un score plus élevé indique davantage de problèmes de comportement. L'instrument comprend 8 sous-échelles (anxiété, retrait, somatisation, difficultés relationnelles, troubles de la pensée, problèmes d'attention, délinquance, agressivité). Cette mesure permet également d'obtenir des scores globaux, dont une échelle de problèmes intériorisés et une échelle de problèmes extériorisés. Dans le cadre de cette thèse, ces deux scores globaux ont été utilisés. Ces scores bruts ont été convertis en score-T selon les normes fournies par l'éditeur. Cet outil permet également de situer les enfants atteignant le seuil clinique pour chaque échelle globale. La stabilité temporelle établie à partir d'un intervalle de 8 jours est adéquate pour l'ensemble des scores (r variant de ,82 à ,94). De plus, la validité de construit est appuyée par des associations du CBC avec d'autres échelles similaires (*Behavior Assessment System for Children* et *Conners Scales*). Finalement, une analyse discriminante confirme la validité du CBC qui classifie (atteinte ou non du score clinique) correctement 87% des enfants. Dans la présente thèse, la consistance interne des échelles globales et les sous-échelles sont satisfaisantes (α variant de 0,88 à 0,93).

Les enfants ont, quant à eux, été invités à compléter une mesure de PSA. L'adaptation francophone du *Kerns Security Scale* a ainsi été complétée (Hébert, 2001; Kerns, Klepac, & Cole, 1996). Cet outil autorapporté contient 9 questions et est complété séparément pour le père et la mère. À chaque question, l'enfant doit indiquer lequel des deux énoncés lui ressemble le plus et si cela est un peu ou tout à fait comme lui. Il

s'agit donc d'une échelle de Likert allant de 1 à 4 où un score élevé correspond à une meilleure PSA. Les scores finaux varient entre 9 et 36. Ces questions permettent d'évaluer trois dimensions : a) la croyance qu'une figure d'attachement est disponible et répond à ses besoins, b) la propension de l'enfant à solliciter cette figure en situation de stress, c) l'intérêt et la facilité à communiquer avec celle-ci. La version anglophone de l'outil, validé auprès d'enfants de 9 à 13 ans, présente une bonne consistance interne (α= 0,84) ainsi qu'une stabilité temporelle adéquate sur une période approximative de 14 jours (r = 0,75) (Kerns et al., 1996). La version francophone a été validée auprès de jeunes de 8 à 14 ans (Bacro, 2011). La structure à un seul facteur est également appuyée tout comme la validité convergente et divergente. Dans la présente thèse, la consistance interne est adéquate pour la relation à la mère (0,75) et celle au père (0,85).

En ce qui a trait aux instruments complétés à partir du dossier clinique, *l*es caractéristiques de l'AS sont obtenues à l'aide du *History of Victimization Form* (HVF ; Wolfe, Wolfe, Gentile, & Bourdeau, 1987) traduit en français par Hébert et Cyr (2010). Celui-ci est complété par une assistante de recherche qualifiée à partir du dossier médical de l'enfant. Cet outil recense diverses informations relatives à l'AS, notamment la sévérité, la durée, la fréquence, le lien de l'enfant avec son agresseur. Un accord interjuge a été réalisé à l'aide de 30 dossiers d'enfants victimes d'AS par Hébert et ses collègues (2006). Les résultats des deux juges montrent un haut degré d'appariement, soit d'un coefficient de corrélation intraclasse de ,86 et d'un accord interjuge de 92,8%.

Pour le deuxième article de la thèse, le *Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale* (PRADS; Everson, Hunter, & Runyan, 1989; Thériault, Cyr, & Wright, 1995) a été utilisé pour évaluer le soutien parental en lien avec la situation d'AS. Cet outil est complété par le clinicien lors d'une entrevue semi-structurée avec le parent et l'enfant séparément. L'outil investigue quatre principales dimensions correspondant au fait de croire le dévoilement de l'enfant, le soutien émotionnel offert, les démarches faites en

lien avec l'agresseur et l'utilisation de services professionnels. Les réponses sont codées par le clinicien formé pour obtenir un score total découlant de la somme de chacune des échelles allant de non supportant (-8) à hautement supportant (+8). L'outil présente une bonne fidélité inter-juge (,82) (Thériault, Cyr, & Wright, 2003).

2. CHAPITRE II

ARTICLE 1

Importance of telling the unutterable: alexithymia among sexually abused children

Cyndi Boisjoli[a] , Martine Hébert[b*]

Publié dans la revue Psychiatry Research

[a] Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8

[b] Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8

[c] Canada Research Chair in Interpersonal Traumas and Resilience
*Corresponding author

Email address:
boisjoli.cyndi@courrier.uqam.ca
hebert.m@uqam.ca

Acknowledgements: This research was funded by a grant from the Canadian Institutes of Health Research (#77614) awarded to Martine Hébert. This paper was submitted as partial recognition of the doctoral degree in psychology of the first author. She was supported by graduate scholarships from the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada, the Faculté des Sciences humaines, the Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants, Équipe Violence

Sexuelle et Santé (ÉVISSA), Fondation de l'Université du Québec à Montréal and the Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS). We wish to thank all the families who participated as well as the practitioners who contributed to this project.

2.1 Abstract

Child maltreatment is known to be an etiological factor for developing alexithymia which refers to the difficulty to identify and express feelings. Yet, scarce data is available regarding the vulnerability in child victims of sexual abuse to develop alexithymia. The current study aimed to compare level of alexithymia among a sample of school-aged victims of child sexual abuse (CSA) and a comparison group of non-victimized children. Results also investigated the mediational role of alexithymia in the association between CSA and both internalized and externalized behavior problems. The sample involved 429 sexually abused and 98 non-abused children aged 6 to 12 years old and their parents. The Children's Alexithymia Measure (Way et al., 2010) and the Child Behavior Checklist (Achenbach and Rescorla, 2001) were completed by parents. Clinicians filled out an adapted version of the History of Victimization Form to assess CSA characteristics (Hébert and Cyr, 2010). Analyses revealed that victims of CSA presented significantly higher levels of alexithymia compared to their non-abused counterparts. Results also highlighted the role of alexithymia mediating the association between CSA and both internalized and externalized behavior problems. Focussing on alexithymia is a promising avenue to sustain resilience and prevent further difficulties in sexually abused children.

Keywords: child sexual abuse, alexithymia, internalizing problems, externalizing problems

Importance of telling the unutterable: alexithymia among sexually abused children

2.2 Introduction

The prevalence and devastating effects of child sexual abuse (CSA) make it a critical public health concern. International meta-analysis revealed that 15% of girls and 8% of boys report experiencing CSA during childhood (Barth et al., 2013). There is now robust evidence that pervasive effects of CSA appear from childhood and persist thought adulthood (Afifi et al., 2016; Easton and Kong, 2017). Empirical studies conducted with children show that victims of CSA present with higher levels of depression, anxiety and somatization, known as internalizing symptoms (Lewis et al., 2016; Muniz et al., 2019). Similar results are found for externalizing behavior problems such as aggressivity and rule-breaking (Lewis et al., 2016; Vachon et al., 2015). These symptoms are likely to lead to significant social and academic impairment for school-aged victims (Amédée et al., 2019). However, a subgroup of CSA survivors (10 to 53%) appear to overcome the trauma and are qualified as resilient (Domhardt et al., 2015), suggesting that outcomes following abuse are quite heterogenous.

Given the diversified repercussions of CSA, hampering efforts to understand the mechanisms implicated in the association of CSA and negative outcomes in childhood appear judicious. Recent systematic reviews of the empirical literature have identified emotional capacities as one of the most empirically supported mechanism to explain the link between sexual trauma and child's impairment (Domhardt et al., 2015). Emotional capacities refer to a variety of competencies including identification and expression of feelings, a concept referred to as alexithymia (Nemiah and Sifneos, 1970; Sifneos, 1973). Individuals confronted to traumatic events, including child maltreatment, are found to display acute levels of alexithymia (Sajadi et al., 2015; Terock et al., 2018). The present study aimed to test alexithymia as a mediator of the relationship between CSA and negative behavioral outcomes in school-aged children.

2.2.1 Alexithymia

Based on Greek roots, the term alexithymia refers to the difficulty to identify and express feelings (a = lack, lexis = work, thymos = emotions) (Nemiah and Sifneos, 1970; Sifneos, 1973). This cognitive deficit appears to be conducive to various physical and psychological health problems in adulthood (Taylor and Bagby, 2013). For instance, meta-analyses on alexithymia supported associations with depression, post-traumatic stress disorder and suicidal ideations in adults (Frewen et al., 2008; Hemming et al., 2019; Li et al., 2015). Although scarce, studies among children suggest similar findings with alexithymia being associated with internalizing and externalizing behavior difficulties (Di Trani et al., 2013; Hadji-Michael et al., 2019).

Investigating the difficulty to identify and express feelings in the early developmental stage appears particularly relevant considering the persistence of alexithymia over time. Indeed, a large longitudinal study based on a 11-year follow-up supported that differences between individuals remain similar over time (Hiirola et al., 2017). Notwithstanding a relative stability of alexithymia, several studies on children and adolescents reported an age-related decrease (Di Trani et al., 2018; Di Trani et al., 2013; Karukivi et al., 2014). There is also a need to pursue research to clarify possible gender specificities regarding alexithymia. Inconsistent results were found as some studies indicated higher level among male participants (Chung and Chen, 2020; Levant et al., 2009) while others suggest the opposite (de Barros et al., 2018). Absence of difference in alexithymia across genders is also reported (Brown et al., 2016).

Just like genetic characteristics and parent-child relationships, childhood trauma is known to be an etiological factor of alexithymia (Taylor and Bagby, 2013). According to Krystal (1988), alexithymia is a defensive strategy against negative emotions induced by childhood maltreatment (Krystal, 1988; Lecours et al., 2016). Thus, alexithymia may come to protect victims to avoid being overwhelmed by painful affects triggered by the trauma. Traumatic perturbation of linkages between

subsymbolic (ex. sensory sensations) and symbolic (ex. images, word) representations of emotion schemas are also underlined in the emergence of alexithymia by Bucci's multiple code theory (1997). Recent study among 5,283 adults of general population supported that survivors of childhood trauma displayed acute difficulties to identify and express feelings (Terock et al., 2018). Past studies showed that adults exposed to emotional abuse and neglect displayed higher levels of alexithymia (Brown et al., 2016; Evren et al., 2009). However, there is limited literature on alexithymia among sexually abused children; yet studies exploring this form of child maltreatment appears necessary considering the distinctive aspects of CSA.

Theorical models have emerged from literature to forecast the distinguishable experience of CSA victims. The Traumagenic dynamics framework posited that CSA victims experience is characterized by four dynamics - stigmatization, powerlessness, betrayal and traumatic sexualization (Finkelhor and Browne, 1985). According to these authors, victims are at-risk integrating the negative connotation of the CSA to themselves which enhances distinct painful affects such as shame, guilt and anger (Alix et al., 2019; Finkelhor and Browne, 1985). Child victims are frequently struggling with threats, secrecy and manipulation used by perpetrators to ensure victim's silence. Sexually abused children are also confronted to additional barriers to disclosure due to taboo of sexuality and societal stigma (Alaggia et al., 2019). In addition, children disclosure may be followed by family separation, judicial process or perpetrator incarceration. Moreover, contrary to other forms of maltreatment, CSA can be perpetrated by another person than parental figure. Along with these distinctive characteristics, greater internalized and externalized difficulties are found among sexually abused children relative to those confronted with other forms of maltreatment such as physical or psychological abuse (Lewis et al., 2016). Considering that CSA may result in differential or greater detrimental impact than other types of maltreatment, investigating alexithymia among sexually abused children appears essential.

2.2.2 Child sexual abuse and alexithymia

Few studies have explored the capacity to identify and express feelings among sexually abused adults compared to non victims. Zeitlin, McNally and Cassiday (1993) reported acute difficulty to identify and express feelings among rape victims compared to non victims (n = 36) using the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Two studies based on clinical samples of women veterans lead to similar results with sexually abused women (n = 262, n = 52) reporting higher level of alexithymia on the TAS-20 (Polusny et al., 2008; Thomas et al., 2011). Another study using this self-reported measure revealed higher levels of alexithymia among sexually abused women consulting in mental-health clinics (n = 45) when compared to a community sample (McLean et al., 2006). Higher levels of alexithymia were found among adults confronted to more severe CSA (including penetration attempt or penetration), involving multiples episodes and perpetrated by a member of the family (McLean et al., 2006; Scher and Twaite, 1999; Zeitlin et al., 1993). However, some studies also failed to find significant relationship between sexual victimization and alexithymia (Senkal & Isikli, 2015; Brown et al., 2016). These discrepant results may be linked to bias such as small samples of CSA victims or self-reported questionnaire for alexithymia (Aaron et al., 2019). The use of a self-reported measure in alexithymia has been questioned since alexithymic individuals may not assess and report efficiently their own emotional difficulties (Taylor and Bagby, 2013).

While more substantial research has been carried out on adults, only a small number of studies investigated alexithymia among child victims of CSA. Using a clinical sample, Houck and his colleagues (2010) reported higher scores of alexithymia on TAS-20 among youth reporting CSA history when compared to non-abused counterparts (n = 37). A recent study using a large representative sample of Quebec adolescents also found that CSA victims displayed higher level of alexithymia than non-abused teenagers (Hébert et al., 2018). Findings also revealed that self-reported alexithymia mediated the relationship between CSA and psychological distress. In sum, previous

research suggests significant emotional deficits among sexually abused victims. So far, to our knowledge, no study has explored alexithymia among school-aged children based on sexual victimization history.

2.2.3The present study

Alexithymia appears to be a relevant, yet innovative, concept to investigate among school-aged victims of CSA. The current study aims to overcome previous bias while filling important gaps in the literature namely by using a respondent to evaluate children's alexithymia and relying on large sample. The main objective is to compare children's level of alexithymia based on their history of CSA. Analysis also seek to test the mediational role of alexithymia in the relationship between CSA and internalized and externalized behavior problems.

2.3 Method

2.3.1 Participants

For the purpose of the study, 527 (67.4% girls) French-speaking children aged 6-12 years old (M = 8.68, SD = 1.83) and their parents (non-offending parental figure for the CSA group) were recruited. The sample comprised 429 sexually abused children recruited in specialized centers in Quebec, Canada. The majority of children experienced very severe (attempted or completed penetration; 61.1%) or severe (unclothed touching; 31.9%) CSA. Two third of the sample reported CSA perpetrated by a family member (75.7%). In most cases, CSA involved multiple episodes (72.1%). The comparison group included 98 non-abused children (60.2% girls) recruited in schools in Quebec, Canada. Child gender, family structure and ethnicity were comparable in both groups while annual family income, age and maternal level of education were found to differ. Sample characteristics are presented in Table 1.

2.3.2 Measures

Parental figures filled a sociodemographic questionnaire to gather information on ethnicity, family income, maternal education level, family structure, as well as children's gender and age. For CSA group, a French adaptation (Hébert and Cyr, 2010) of the History of Victimization Form (Wolfe et al., 1987) was used to collect information on CSA characteristics. This measure was completed by a trained research assistant based on child's medical or clinical record. Previous study showed high agreement as shown by both good median intra-class correlation (r = .86) and median inter-rater agreement (92.8%) (Hébert et al., 2006). The History Victimization Form allowed for codification of CSA severity (No physical contact, physical contact under clothing and penetration or attempt of penetration), frequency (one episode, multiples episodes and lasting more than 6 months) and identity of the abuser (intrafamilial or extrafamilial).

Parent assessed children's level of alexithymia using the French version of Children's Alexithymia Measure (Hébert et al., 2020;Way et al., 2010). This measure contains 14 questions completed on a 4-point Likert scale, which provide a continuous score of children's alexithymia. This dimensional approach, instead of dichotomic classification, has been supported by multiple taxometric studies (Keefer et al., 2017; Mattila et al., 2010). The Children's Alexithymia Measure has been validated among parents of children aged 5-17 who have experienced a traumatic event (Way et al., 2010). Internal consistency of the total score was high in the current study ($\alpha = .92$).

Internalizing and externalizing behavior problems were evaluated by the parental figure using the Child Behavior Checklist (Achenbach and Rescorla, 2001). This widely used instrument, consisting of 118 items, evaluates behavioral difficulties of children aged 6-18 in the past two months using a Likert type scale. While externalizing problems refer to rule-breaking and aggressive behavior, internalizing difficulties include anxious/depressed symptoms, withdrawal and somatic complaints. T-scores

were derived with authors norms based on parent's responses for these two subscales. Higher scores indicated higher levels of behavior problems. Internal consistency was high for internalizing problems ($\alpha = .88$) and externalizing problems ($\alpha = .93$) in the present study.

2.3.3 Procedure

Written consent was obtained after parents were informed of research modalities and implications of their participation. Participants of the CSA group were recruited in five specialized intervention settings in Quebec, Canada. Research questionnaires were completed before participants received any treatment. Families from the comparison group were met at home. Parents and children were met separately by a trained research assistant. Parents received a small financial compensation while children received a small gift. This study was approved by the Ethic Committees of the human research review committee of the Centre hospitalier universitaire Saint-Justine and the internal review board of the Université du Québec à Montréal.

2.4 Results

2.4.1 Preliminary analyses

Preliminary analyses were conducted using SPSS 24. The Little Missing at random test confirmed no pattern of missing data, $\chi2$ (3, N = 527) = 1.25, p =.74. Bivariate correlation analyses revealed moderate correlations between the variables. Sexual abuse status was moderately correlated to alexithymia ($r = .30$, $p < .01$), internalized ($r = .30$, $p < .01$), and externalized behavior problems ($r = .35$, $p < .01$). A high correlation was found between both types of behavioral problems ($r = .60$, $p < .001$). Analyses were conducted to compare clinical levels of internalized and externalized problems. Almost half of CSA victims (44.8%) reached clinical levels on internalized symptoms as opposed to one out ten (11.8%) of children in the comparison group. Clinical externalized problems were evident for 40.8% of victims, in contrast with 12.2% of children in the non-abused group.

Given differences on sociodemographic characteristics of abused and non-abused groups, a 2 x 2 analysis of variance was used including family income (over or under 60,000$) and level of maternal education (less than or 12 years and more). Analyses of variance were conducted on the outcome variables used in the mediation model (alexithymia, internalized and externalized problems). One main effect of family income was found, indicating that children in family with higher income displayed less alexithymia and behavior problems. Age was also included as covariate considering significant correlation with alexithymia ($r = .10$, $p < .05$) and internalized problems ($r = .09$, $p < .05$). Based on past research, potential effects of CSA characteristics (severity, frequency and identity of the perpetrator) and gender on variables of the model were tested. Only one significant effect was found for gender indicating that boys presented higher levels of externalizing problems ($r = .12$, $p < .01$). Thus, following these preliminary analyses, age, gender and family income were added as covariates in the final model.

2.4.2 Mediation analysis

Path analysis were performed using Mplus 8.0 (Muthén and Muthén, 2017). Maximum Likelihood (ML) estimator was used considering Full Information Maximum Likelihood (FIML) adequately accounts for missing data. Bias-corrected bootstrap confidence intervals of 95% were conducted. This procedure allows to estimate both direct effect of CSA on behavioral outcomes and the indirect effect through alexithymia. In addition, ML also accounts for nonnormality of the distributions.

First, the mediation model presented in Figure 1 was tested using Mplus. Sexual abuse status, alexithymia and behavioral difficulties were included. Age, gender and family income were included as covariates. CSA was positively associated with alexithymia ($\beta = .25$, $p < .001$) as well as internalized ($\beta = .13$, $p < .01$) and externalized behavior problems ($\beta = .21$, $p < .001$). Path analysis also revealed that alexithymia predicted internalized ($\beta = .49$, $p < .001$) and externalized difficulties ($\beta = .43$, $p < .001$).

Significant relationships were found between externalized problems and age ($\beta = -.13$, $p < .01$) and gender (being a boy) ($\beta = .09$, $p < .05$) while alexithymia was associated with family income ($\beta = -.12$, $p < .01$).

Indirect effect of CSA on behavior problems through alexithymia was also tested using ML estimator with bootstrapping technique. Results confirmed the mediational effect of alexithymia for internalized ($\beta = .12$; $p < .001$; 95%CI = [0.42-0.56]) and externalized problems ($\beta = .11$; $p < .001$; 95%CI = [0.36-0.50]) even when controlling for sociodemographic variables. Although alexithymia played a significant role in this relationship, direct effects of CSA on internalized ($\beta = 0.13$; $p < .01$) and externalized problems ($\beta = .21$; $p < .001$) remained significant indicating partial mediation. Given saturation of the model, indices of fit were not examined. The final model explained 10.6% of the variance on alexithymia as well as respectively 32% and 31.9% of internalized and externalized behavior problems.

2.5 Discussion

The aim of this study was to investigate the relationship among CSA, alexithymia and behavior problems in school-aged children. Sexually abused children were found to display higher difficulties to identify and express feelings as compared to their non-abused peers. Moreover, alexithymia partially mediated the relationship between CSA and both internalized and externalized behavior problems. These findings tie well with previous studies wherein CSA is associated with acute emotional deficits among children (Séguin-Lemire et al., 2017). Results also mirror those of Hébert and her colleagues (2018) indicating acute levels of alexithymia among adolescent victims of CSA using a self-report measure. Retrospective studies among adults victims of CSA also identified this association between sexual victimization and alexithymia (Polusny et al., 2008; Thomas et al., 2011). Thus the current finding lend support to the claim that alexithymia is a mechanism explaining how victims deal with negative feelings engendered by traumatic event namely CSA (Krystal, 1988; Polusny and Follette,

1995). As posited by the traumagenic dynamics framework (Finkelhor and Browne, 1985) , negative feelings such as shame and guilt are common abused-related symptoms reported by CSA victims. Interestingly, these emotions figure among the most strongly associated with alexithymia, which underscores its relevance among sexually abuse children (Lecours et al., 2016).

While victims may tend to develop alexithymia in an effort to cope with the overwhelming effects of CSA, the current study revealed that alexithymia may rather enhance behavioral difficulties of school-aged victims. Data gathered underpin the mediational role of alexithymia between CSA and both internalized and externalized behavior problems. In line with previous research, emotional difficulties constitute an important risk factor in developing maladaptation during childhood (Cerutti et al., 2020; Di Trani et al., 2013). Thus, sexually abused victims are particularly at-risk displaying alexithymia which in turn increase their vulnerability to develop internalized and externalized symptoms. Conversely addressing a child's capacity to identify and express feelings is susceptible to yield large benefits in a CSA victim's life. Empirical reports with samples of abused children showed that improved emotional capacities regarding negative feelings is associated with less posttraumatic stress symptoms (Cloitre et al., 2004). Results of the current study indicated partial mediation of alexithymia in the relationship between CSA and behavioral problems, suggesting that other variables such as parental support, may be implicated.

The current study offers greater insight on the link between CSA characteristics and children's alexithymia. Findings revealed that neither severity, frequency nor identity of the perpetrator were significant predictor of alexithymia. Beyond CSA characteristics, multiple factors such as quality of parent-child relationship or parental factors may influenced emotional capacities following CSA disclosure (Langevin et al., 2016). Positive parental sensitivity and responsiveness to children's emotions are likely to foster internalized capacities to identify and express feelings in children (Cassidy, 1994; Thompson, 2013). Regarding other covariates in the model, being a

boy and being younger were significant predictors of externalized problems, which appears consistent with past studies (Gauthier-Duchesne et al., 2017; Mazza et al., 2016). In addition, similar levels of alexithymia were found among girls and boys, which is also in agreement with past studies (Brown et al., 2016).

2.5.1 Implications of the study

This study makes important contributions to both the scientific and clinical field. The current study is the first contrasting level of alexithymia in school-aged sexually abused and non-abused children. This research also overcomes previous gaps in the literature by using large clinical sample and relying on a parental measure of children's alexithymia. Contrary to static variables such as gender or severity of the abuse, alexithymia can be modified by adequate support and professional treatment. Findings highlight the importance of assessing level of alexithymia among CSA victims. This is of utmost importance given that alexithymic individuals are particularly at risk to obtain poorer treatment outcomes (Ogrodniczuk et al., 2011; Quilty et al., 2017). Thus, targeting promptly sexually abused children with acute level of alexithymia would allow clinicians to adapt treatment to the child's need and sustain optimal outcomes. Therefore, including modules on affect identification and expression constitute a promising practice. Considering the tendency of alexithymic individuals to use emotional avoidance, several cues may be used to facilitate therapeutic process (Panayiotou et al., 2015). Clinicians may first focus on enhancing children's awareness of the connection between physiological states and feelings (Way et al., 2007). Adjusting therapeutics contents to child's capacity by beginning with distinguishing basic emotional feelings (e.g. pleasant or unpleasant) also appear useful (Greenberg and Kusché, 1993). Creative modalities such as drawing, poetry or play role could also help fostering emotional expression (Way et al., 2007). In addition, considering that alexithymia is commonly associated with attachment insecurity (Taylor and Bagby, 2013), involvement of parents in treatment also appears a promising avenue to improve emotional difficulties. As shown by our results, these clinical cues appeared

particularly relevant considering that enhancing child's capacity to identify and express constitutes a shield against the aftermath of CSA.

2.5.2 Limitations and directions for future studies

Certain limitations should be acknowledged in the current study. First, the use of a single respondent for alexithymia and behavior problems could have inflated variance explained in the mediation model. Concerns have been raised about self-reported measure for alexithymia whereas individuals may not be able to report effectively their own emotional difficulties (Taylor & Bagby, 2013). Hence, the use of parental measure to assess child's alexithymia remains relevant. Yet, studies relying on a multi-informant design could offer a more comprehensive assessment of alexithymia. The cross-sectional design of the current study limits the possibility to infer causality between variables. Thus there is a need for further longitudinal studies among children victims of CSA, especially regarding alexithymia. In addition, considering the partial mediation found in the current study, future research should investigate other factors that may influence the development of alexithymia among CSA victims during childhood. For instance, parent-child relationship and the occurrence of other traumas should be explored among sexually abused children.

To conclude, alexithymia appears to be one mechanism explaining the association between CSA and negative outcomes. This finding contributes to offer a clearer picture of why victims displayed heterogenous outcomes. The fact that children's alexithymia is a dynamic factor that can be modified is all the more interesting for clinicians. To foster optimal recovery in child victims of SA, treatment should target emotional identification and expression. By enhancing children's understanding of their cognitive and affective experience, clinicians help to protect victims against a wide array of internalized and externalized difficulties.

2.6 References

Aaron, R.V., Fisher, E.A., de la Vega, R., Lumley, M.A., Palermo, T.M., 2019. Alexithymia in individuals with chronic pain and its relation to pain intensity, physical interference, depression, and anxiety: a systematic review and meta-analysis. Pain 160 (5), 994-1006.https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001487.

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

Afifi, T.O., MacMillan, H.L., Boyle, M., Cheung, K., Taillieu, T., Turner, S., Sareen, J., 2016. Child abuse and physical health in adulthood. Statistics Canada.

Alaggia, R., Collin-Vézina, D., Lateef, R., 2019. Facilitators and barriers to child sexual abuse (CSA) disclosures: A research update (2000–2016). Trauma, Violence & Abuse 20 (2), 260-283.https://doi.org/10.1177/1524838017697312.

Alix, S., Cossette, L., Cyr, M., Frappier, J.-Y., Caron, P.-O., Hébert, M., 2019. Self-Blame, Shame, Avoidance, and Suicidal Ideation in Sexually Abused Adolescent Girls: A Longitudinal Study. Journal of Child Sexual Abuse, 1-16.https://doi.org/10.1080/10538712.2019.1678543.

Amédée, L.M., Tremblay-Perreault, A., Hébert, M., Cyr, C., 2019. Child victims of sexual abuse: Teachers' evaluation of emotion regulation and social adaptation in school. Psychology in the Schools 56 (7), 1077-1088.https://doi.org/10.1002/pits.22236.

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.https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1.

Brown, S., Fite, P.J., Stone, K., Bortolato, M., 2016. Accounting for the associations between child maltreatment and internalizing problems: the role of alexithymia. Child Abuse & Neglect 52, 20-28.https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.12.008.

Bucci, W., 1997. Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. Psychoanalytic Inquiry 17 (2), 151-172.https://doi.org/10.1080/07351699709534117.

Cassidy, J., 1994. Emotion regulation: Influences of attachment relationships. Monographs of the Society for Research in Child Development 59 (2-3), 228-249.https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01287.x.

Cerutti, R., Spensieri, V., Presaghi, F., Renzi, A., Palumbo, N., Simone, A., Solano, L., Di Trani, M., 2020. Alexithymic traits and somatic symptoms in children and adolescents: A screening approach to explore the mediation role of depression. Psychiatric quarterly, 1-12.https://doi.org/10.1007/s11126-020-09715-8.

Chung, M.C., Chen, Z.S., 2020. Gender differences in child abuse, emotional processing difficulties, alexithymia, psychological symptoms and behavioural problems among Chinese adolescents. Psychiatric quarterly, 1-12.https://doi.org/10.1007/s11126-019-09700-w

Cloitre, M., Chase Stovall-McClough, K., Miranda, R., Chemtob, C.M., 2004. Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. Journal of Consulting Clinical Psychology 72 (3), 411.https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.411.

de Barros, A.C.S., Furlan, A.E.R., Marques, L.H.N., de Araújo Filho, G.M., 2018. Gender differences in prevalence of psychiatric disorders, levels of alexithymia, and coping strategies in patients with refractory mesial temporal epilepsy and comorbid psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsy & Behavior 82, 1-5.https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.02.026.

Di Trani, M., Presaghib, F., Renzia, A., Greenmanc, P.S., Solanoa, L., 2018. The Italian Version of the Alexithymia Questionnaire for Children (AQC): factor structure and reliability La versione italiana dell'Alexithymia Questionnaire for Children (AQC): struttura fattoriale e attendibilità. Rassegna di Psicologia 35 (2), 47-60.

Di Trani, M., Tomassetti, N., Capozzi, F., Solano, L., Romani, M., Levi, G., 2013. Alexithymia, internalizing, externalizing and obsessive-compulsive

symptomatology in pre-adolescence: An empirical study on 160 subjects. Rassegna di Psicologia 30 (3), 77-94.https://doi.org/10.7379/75666.

Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J.M., Goldbeck, L., 2015. Resilience in Survivors of Child Sexual Abuse:A Systematic Review of the Literature. 16 (4), 476-493.https://doi.org/10.1177/1524838014557288.

Easton, S.D., Kong, J., 2017. Mental health indicators fifty years later: A population-based study of men with histories of child sexual abuse. Child Abuse & Neglect 63, 273-283.https://doi.org/10.1093/geronb/gbx114.

Evren, C., Evren, B., Dalbudak, E., Ozcelik, B., Oncu, F., 2009. Childhood abuse and neglect as a risk factor for alexithymia in adult male substance dependent inpatients. Journal of Psychoactive Drugs 41 (1), 85-92. https://doi.org/10.1080/02791072.2009.10400677.

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

Frewen, P.A., Dozois, D.J., Neufeld, R.W., Lanius, R.A., 2008. Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress 21 (2), 243-246.https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.1.171.

Gauthier-Duchesne, A., Hébert, M., Daspe, M.-È., 2017. Gender as a predictor of posttraumatic stress symptoms and externalizing behavior problems in sexually abused children. Child Abuse & Neglect 64, 79-88.https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.008.

Greenberg, M.T., Kusché, C.A., 1993. Promoting social and emotional development in deaf children: The PATHS Project., Seattle: University of Washington Press.

Hadji-Michael, M., McAllister, E., Reilly, C., Heyman, I., Bennett, S., 2019. Alexithymia in children with medically unexplained symptoms: a systematic review. Journal of Psychosomatic Research, 109736.https:/doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109736.

Hébert, M., Boisjoli, C., Blais, M., Oussaïd, E., 2018. Alexithymia as a mediator of the relationship between child sexual abuse and psychological distress in adolescence: A short-term longitudinal study. Psychiatry Research 260, 468-472.https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.022.

Hébert, M., Cyr, M., 2010. Histoire de victimisation. French adaptation of the History of Victimization Form (HVF;Wolfe, Gentile, & Boudreau, 1987). Manuscrit non publié. Université du Québec à Montréal.

Hébert, M., Smith, K., Boisjoli, C., Larouche, S., 2020. Validation of the French version of the Children Alexithymia Measure. L'Encéphale. Submitted for publication.

Hemming, L., Taylor, P., Haddock, G., Shaw, J., Pratt, D., 2019. A systematic review and meta-analysis of the association between alexithymia and suicide ideation and behaviour. Journal of Affective Disordershttps://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.013.

Hiirola, A., Pirkola, S., Karukivi, M., Markkula, N., Bagby, R.M., Joukamaa, M., Jula, A., Kronholm, E., Saarijärvi, S., Salminen, J., 2017. An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia over 11 years in a Finnish general population. Journal of Psychosomatic Research 95, 81-87.https://doi.org/10.1016/j.jpsychores. 2017.02.007.

Houck, C.D., Nugent, N.R., Lescano, C.M., Peters, A., Brown, L.K., 2010. Sexual abuse and sexual risk behavior: Beyond the impact of psychiatric problems. Journal of Pediatric Psychology 35 (5), 473-483.https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp111.

Karukivi, M., Pölönen, T., Vahlberg, T., Saikkonen, S., Saarijärvi, S., 2014. Stability of alexithymia in late adolescence: results of a 4-year follow-up study. Psychiatry Research 219 (2), 386-390.https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.058.

Keefer, K.V., Taylor, G.J., Parker, J.D., Bagby, R.M., 2017. Taxometric analysis of the Toronto Structured Interview for alexithymia: further evidence that alexithymia is a dimensional construct. Assessment 26 (3), 364-374.https://doi.org/ 10.1177/1073191117698220.

Krystal, J., 1988. Assessing alexithymia. Integration and Self-Healing, 286-310.

Langevin, R., Hébert, M., Allard-Dansereau, C., Bernard-Bonnin, A.C., 2016. Emotion regulation in sexually abused preschoolers: the contribution of parental factors. Journal of Traumatic Stress 29 (2), 180-184.https://doi.org/10.1002/jts.22082.

Lecours, S., Philippe, F.L., Boucher, M.-È., Ahoundova, L., Allard-Chapais, C., 2016. Negative self-evaluating emotions as mediator in the relationship between childhood emotional trauma and alexithymia in adulthood. Journal Of The American Psychoanalytic Association 64 (5), 1027-1033.https://doi.org/10.1177/0003065116675876.

Levant, R.F., Hall, R.J., Williams, C.M., Hasan, N.T., 2009. Gender differences in alexithymia. Psychology of Men & Masculinityhttps://doi.org/10.1037/a0015652.

Lewis, T., McElroy, E., Harlaar, N., Runyan, D., 2016. Does the impact of child sexual abuse differ from maltreated but non-sexually abused children? A prospective examination of the impact of child sexual abuse on internalizing and externalizing behavior problems. Child Abuse & Neglect 51, 31-40.https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.016.

Li, S., Zhang, B., Guo, Y., Zhang, J., 2015. The association between alexithymia as assessed by the 20-item Toronto Alexithymia Scale and depression: A meta-analysis. Psychiatry Research 227 (1), 1-9.https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.006.

Mattila, A.K., Keefer, K.V., Taylor, G.J., Joukamaa, M., Jula, A., Parker, J.D., Bagby, R.M., 2010. Taxometric analysis of alexithymia in a general population sample from Finland. Personality and Individual Differences 49 (3), 216-221.https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.038.

Mazza, J.R.S., Boivin, M., Tremblay, R.E., Michel, G., Salla, J., Lambert, J., Zunzunegui, M.V., Côté, S.M., 2016. Poverty and behavior problems trajectories from 1.5 to 8 years of age: Is the gap widening between poor and non-poor children? Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 51 (8), 1083-1092.https://doi.org/10.1007/s00127-016-1252-1.

McLean, L.M., Toner, B., Jackson, J., Desrocher, M., Stuckless, N., 2006. The relationship between childhood sexual abuse, complex post-traumatic stress disorder and alexithymia in two outpatient samples: Examination of women treated in community and institutional clinics. Journal of Child Sexual Abuse 15 (3), 1-17.https://doi.org/10.1300/J070v15n03_01.

Muniz, C.N., Fox, B., Miley, L.N., DeLisi, M., Cigarran, G.P., Birnbaum, A., 2019. The effects of adverse childhood experiences on internalizing versus externalizing outcomes. Criminal justice and behavior 46 (4), 568-589.https://doi.org/10.1177/0093854819826213.

Muthén, L.K., Muthén, B., 2017. Mplus user's guide: Statistical analysis with latent variables, user's guide. Muthén & Muthén.

Nemiah, J.C., Sifneos, P.E., 1970. Psychosomatic illness: a problem in communication. Psychotherapy and Psychosomatics 18 (1-6), 154-160.https://doi.org/10.1159/000286074.

Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., Joyce, A.S., 2011. Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: A programmatic review. Psychiatry Research 190 (1), 43-48.https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.026.

Panayiotou, G., Leonidou, C., Constantinou, E., Hart, J., Rinehart, K.L., Sy, J.T., Björgvinsson, T., 2015. Do alexithymic individuals avoid their feelings? Experiential avoidance mediates the association between alexithymia, psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample. Comprehensive Psychiatry 56, 206-216.https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2014.09.006.

Parent, N., Hébert, M., 2006. Questionnaire sur la victimisation de l'enfant "[Questionnaire on the victimization of the child] . French adaptation of History of Victimization Form by Wolfe, Gentile, & Boudreau (1987). . Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.

Polusny, M.A., Dickinson, K.A., Murdoch, M., Thuras, P., 2008. The role of cumulative sexual trauma and difficulties identifying feelings in understanding female veterans'

physical health outcomes. Journal of General Hospital Psychiatry 30 (2), 162-170.https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.11.006.

Polusny, M.A., Follette, V., 1995. Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. Applied and preventive psychology 4 (3), 143-166.https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80055-1.

Quilty, L.C., Taylor, G.J., McBride, C., Bagby, R.M., 2017. Relationships among alexithymia, therapeutic alliance, and psychotherapy outcome in major depressive disorder. Psychiatry Research 254, 75-79.https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.047.

Sajadi, S.F., Arshadi, N., Zargar, Y., Sajadi, S.F., 2015. Predicting alexithymia in adolescents based on early trauma and attitudes toward father and mother. Journal of Fundamentals of Mental Health 17 (3), 109-114.

Scher, D., Twaite, J.A., 1999. The relationship between child sexual abuse and alexithymic symptoms in a population of recovering adult substance abusers. Journal of Child Sexual Abuse 8 (2), 25-40.https://doi.org/10.1300/j070v08n02_02

Séguin-Lemire, A., Hébert, M., Cossette, L., Langevin, R., 2017. A longitudinal study of emotion regulation among sexually abused preschoolers. Child Abuse & Neglect 63, 307-316.https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.027.

Şenkal, İ., Işikli, S., 2015. Childhood traumas and attachment style-associated depression symptoms: the mediator role of alexithymia. Turkish Journal of Psychiatry 26 (4), 261-277.https://doi.org/10.5080/u12256.

Sifneos, P.E., 1973. The prevalence of 'alexithymic'characteristics in psychosomatic patients. Psychotherapy and Psychosomatics 22 (2-6), 255-262.https://doi.org/10.1159/000286529.

Taylor, G.J., Bagby, R.M., 2013. Psychoanalysis and empirical research: The example of alexithymia. Journal Of The American Psychoanalytic Association 61 (1), 99-133.https://doi.org/10.1177/0003065112474066.

Terock, J., Van der Auwera, S., Janowitz, D., Homuth, G., Hannemann, A., Schmidt, C.O., zu Schwabedissen, H.M., Freyberger, H.J., Grabe, H.J., 2018. Childhood trauma and

functional variants of 5-HTTLPR are independently associated with alexithymia in 5,283 subjects from the general population. Psychotherapy and Psychosomatics 87 (1), 58-61.https://doi.org/10.1159/000484143.

Thomas, R., DiLillo, D., Walsh, K., Polusny, M.A., 2011. Pathways from child sexual abuse to adult depression: The role of parental socialization of emotions and alexithymia. Psychology of Violence 1 (2), 121.https://doi.org/10.1037/a0022469.

Thompson, R.A., 2013. Socialization of emotion and emotion regulation in the family, in: Gross, J.J. (Ed.), Handbook of emotion regulation, 2nd ed, New York, NY, pp. 173-186.

Vachon, D.D., Krueger, R.F., Rogosch, F.A., Cicchetti, D., 2015. Assessment of the harmful psychiatric and behavioral effects of different forms of child maltreatment. JAMA Psychiatry 72 (11), 1135-1142.https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry. 2015.1792.

Way, I.F., Applegate, B., Cai, X., Franck, L.K., Black-Pond, C., Yelsma, P., Roberts, E., Hyter, Y., Muliett, M., 2010. Children's Alexithymia Measure (CAM): A new instrument for screening difficulties with emotional expression. Journal of Child & Adolescent Trauma 3 (4), 303-318.https://doi.org/10.1080/19361521.2010.523778.

Way, I.F., Yelsma, P., Van Meter, A.M., Black-Pond, C., 2007. Understanding Alexithymia and Language Skills in Children: Implications for Assessment and Intervention. Language, Speech, and Hearing Services in Schools 38, 128-139.https://doi.org/0161-1461/07/3802-0128.

Wolfe, V., Gentile, C., Bourdeau, P., 1987. History of Victimization Form. Unpublished assessment instrument. London, Ontario: London Health Science Centre.

Zeitlin, S.B., McNally, R.J., Cassiday, K., 1993. Alexithymia in victims of sexual assault: an effect of repeated traumatization? The American Journal of Psychiatry 150 (4), 661-663.https://doi.org/10.1176/ajp.150.4.661.

2.7 Tables and figures

Table 2.1

Sample characteristics

Variable	CSA group	Comparison group
Gender		
Girls	67.6%	60.2%
Boys	32.4%	39.8%
Ethnicity		
Caucasian	79.5%	83.3%
Others	20.5%	16.7%
Age (SD)	8.79 (1.86)	8.28 (1.70)
Maternal level of education		
Less than 12 years	42.9%	12.2%
College level (11 years)	36.7%	33.7%
Undergraduate level (13-14 years)	13.8%	39.8%
Graduate level	14.3%	4.9%
Family structure		
Intact	22.8%	57.1%
Single parent	37.1%	34.7%
Recomposed	26.6%	7.1%
Foster	13.5%	1.0%
Annual family income		
< 60,000$ CAN.	69.9%	35.7%
> 60,000$ CAN.	30.1%	64.3%
Severity of CSA		
Very severe	61.1%	NA
Severe	31.9%	NA
Less severe	7.0%	NA
Frequency		
More than 6 months	35.9%	NA
Multiples episodes	36.2%	NA
Single episode	27.9%	NA
Identity of the perpetrator		
Intrafamilial	75.7%	NA
Extrafamilial	24.3%	NA

Table 2.2

Results of the Mediation Model

Variables	*b*	S.E.	*t*	*p*	95% Boot CI
Alexithymia					
Child sexual abuse	5.94	0.83	7.13	< .001	[4.28, 7.53]
Age	0.36	0.22	1.63	0.104	[-0.06, 0.81]
Gender	1.08	0.83	1.30	0.194	[-0.54, 2.73]
Family income	-0.51	0.18	-2.86	0.004	[-0.85, -0.15]
Internalizing problems					
Child sexual abuse	3.74	1.18	3.17	0.002	[1.42, 6.03]
Alexithymia	0.61	0.05	13.56	< .001	[0.52, 0.69]
Age	0.18	0.22	0.80	0.425	[-0.25, 0.61]
Gender	-0.50	0.84	-0.60	0.547	[-2.11, 1.18]
Family income	-0.30	0.23	-1.34	0.181	[-0.75, 0.14]
Externalizing problems					
Child sexual abuse	6.11	1.25	4.89	< .001	[3.64, 8.52]
Alexithymia	0.52	0.05	10.85	< .001	[0.43, 0.61]
Age	-0.79	0.24	-3.29	0.001	[-1.25, -0.31]
Gender	2.06	0.87	2.36	0.018	[0.35, 3.78]
Family income	-0.35	0.22	-1.61	0.107	[-0.79, 0.07]
Indirect effects					
Internalizing problems	3.60	0.57	6.27	< .001	[2.53, 4.56]
Externalizing problems	3.10	0.52	5.95	< .001	[2.15, 4.01]

Note. CI = Confidence interval.

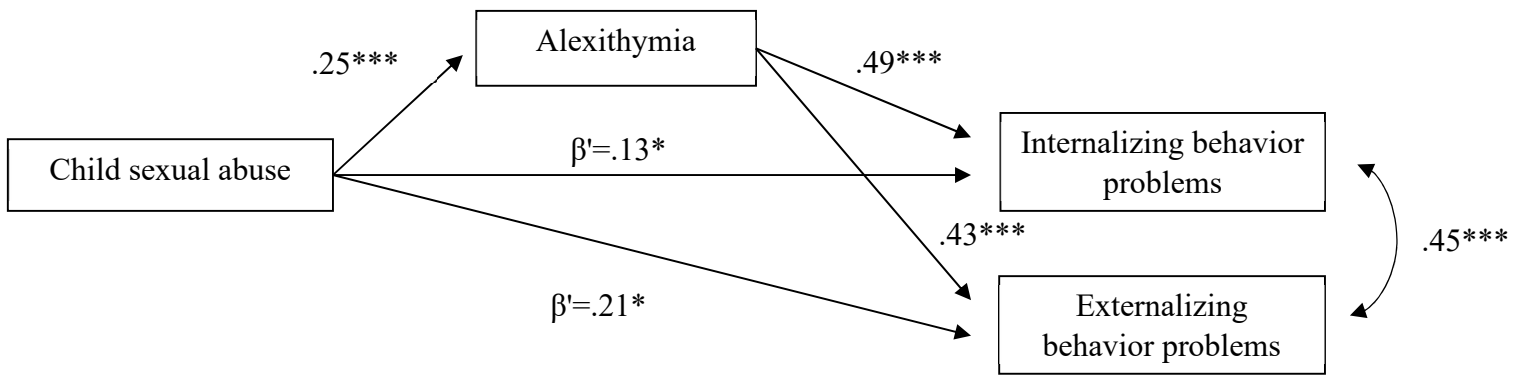

Figure 2.1. Mediational Model

Notes. The model coefficients are standardized. **p* < .05 ***p* < .01 ****p* < .001. Control variables are included, but not illustrated in the model.

3. CHAPITRE III

ARTICLE II

A mediational model linking perceptions of security, alexithymia and behavior problems of sexually abused children

Cyndi Boisjoli[a] , Martine Hébert[b], Amélie Gauthier-Duchesne[b], Pier-Olivier Caron[c]

Publié dans la revue *Child Abuse & Neglect*

a Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8

b Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8

c Télé-Université, 5800, Rue Saint-Denis, Bureau 1105, Montréal, QC, Canada H2S 3L5

Acknowledgements: This research was funded by a grant from the Canadian Institutes of Health Research (#77614) awarded to Martine Hébert. This paper was submitted as partial recognition of the doctoral degree in psychology of the first author. She was supported by graduate scholarships from the the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada, the Faculté des Sciences humaines, the Chaire interuniversitaire Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants, Équipe Violence Sexuelle et Santé (ÉVISSA), Fondation de l'Université du Québec à Montréal and the Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS).We wish to express our gratitute to the families who participated as well as the practitioners who contributed to this research.

3.1 Abstract

Background: Perceptions of security toward parents are related with internalized and externalized problems among victims of child sexual abuse (CSA). Alexithymia, which is difficulty in identifying and expressing feelings, is associated with the quality of parent-child relationships (Oskis et al., 2013) and behavior problems in children (Di Trani et al., 2013). Objective: The current study tested the mediational role of alexithymia in the relationship between perceptions of security toward parents and behavior problems among CSA victims. Participants and method: Using a short-term multi-informant prospective design, 263 victims of CSA aged 6 to 12 years completed the Kerns Security Scale (Kerns, Klepac, & Cole, 1996), which evaluates perceived attachment security to mothers and fathers. Parents completed the Child Behavior Checklist (Achenbach & Rescorla, 2001) at Time 1 to provide baseline scores of behavior problems and again four months later. At Time 2, parents also assessed the children's alexithymia using the Children's Alexithymia Measure (Way et al., 2010). Results: Perceptions of security were both associated with alexithymia, as well as with internalizing and externalizing problems ($p < .05$). A mediational model showed that perception of security toward fathers outweighed the mother-child relationship in predicting children's alexithymia. Path analysis revealed that the father-child relationship predicted decreased behavioral problems at Time 2 through a lower level of alexithymia. The model explained 46.9% of internalizing problems and 56.1% of externalizing problems ($p < .05$). Conclusions: The findings support the relevance of alexithymia as an intervention target for CSA victims and underscore the importance of the father-child relationship.

Keywords : Child sexual abuse, alexithymia, perception of security toward mother, perception of security toward father, behavior problems

Mediational model linking perceptions of security, alexithymia and behavior problems of sexually abused children

3.2 Introduction

Despite the vast implementation of prevention programs over the past decades, child sexual abuse (CSA) remains a significant global issue. According to a recent meta-analysis, 15% of girls and 8% of boys report experiencing sexual abuse prior to the age of 18 (Barth, Bermetz, Heim, Trelle, & Tonia, 2013). It is well known that CSA is associated with deleterious effects in victims, particularly in cases of early onset (Marriott, Hamilton-Giachritsis, & Harrop, 2014). Compared to their non-abused peers, sexually abused children display more emotional difficulties as well as internalizing (e.g., depression, anxiety, somatization) and externalizing (e.g., aggressiveness, rule-breaking behaviors) problems (Vachon, Krueger, Rogosch, & Cicchetti, 2015). There is a need to shed light on the mediators involved in the association between CSA and negative outcomes among school-aged victims of CSA (Hébert, 2011). Identifying and explaining the mechanism or process that underlies the relationship between CSA and behavior problems is likely to offer cues for intervention.

Understanding the heterogeneous profiles of these victims requires the consideration of different variables that may influence outcomes, as suggested by the theoretical perspective of the transactional model (Sawyer & Hansen, 2014; Spaccarelli, 1994). This model underscores the relevance of considering a series of transactions between the victim and his environment to better understand the complexity of the child's adaptation. As described by Spaccarelli (1994), the adaptive trajectory of young CSA victims is not static but rather is influenced by a series of interrelated factors. The current study follows this theoretical postulate by considering both personal (e.g., gender, age, alexithymia) and environmental factors (e.g., perception of security, psychosocial intervention). Several studies have focused on abuse-related

characteristics (e.g., severity of the CSA, identity of the perpetrator) to explain the diversity of profiles in victims of CSA; however, these variables are not amenable to change. The exploration of personal and environmental factors is more likely to offer relevant insights regarding important targets for intervention (Yancey & Hansen, 2010).

Numerous studies have highlighted the essential role of familial factors such as parental support and the quality of the parent-child relationship, in the developmental trajectories of CSA victims (Bolen & Gergely, 2015). However, these studies mainly focus on the mother-child relationship and use retrospective designs among adult survivors of CSA. The current study overcomes these limitations by investigating the perception of security among school-aged victims of CSA, referring to the self-reported quality of the child's relationship with both maternal and paternal caregivers. This study also examines an innovative, yet understudied, personal factor that may contribute to explaining the heterogeneity of profiles found in sexually abused children: alexithymia. Alexithymia is defined as the difficulty in identifying and expressing feelings and appears to be associated with both the quality of parent-child relationships and negative outcomes (Taylor & Bagby, 2013). Studies reveal that alexithymia may be especially prevalent among CSA survivors (Hébert, Boisjoli, Blais, & Oussaïd, 2018; Thomas, DiLillo, Walsh, & Polusny, 2011). Alexithymia may represent a mechanism by which CSA is associated with adverse outcomes.

3.2.1 Importance of parent-child relationships for CSA victims

Numerous studies have underlined the crucial role of the parent-child relationship in helping CSA victims overcome the aftermaths of the trauma. In fact, studies relying on retrospective designs report that familial factors may be more salient predictors of long-term effects of CSA than abuse-related characteristics (Bhandari, Winter, Messer, & Metcalfe, 2011). In the short term, the significant influence of the quality of parent-

child relationships on CSA victims' symptomatology has also been identified (Bolen & Lamb, 2007). Among preschoolers, attachment is often assessed with observational measures such as the strange situation procedure (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). For school-aged children, self-reported measures of parent-child relationships evaluating perceptions of security appear particularly relevant (Brumariu, Madigan, Giuseppone, Movahed Abtahi, & Kerns, 2018). To date, there is a paucity of scientific literature on parent-child relationships during middle childhood in comparison to other developmental periods, and the available studies focus primarily on mothers (Kerns & Brumariu, 2016; Brumariu & Kerns, 2010). The mother-child relationship has been acknowledged as a significant predictor of a wide array of internalizing symptoms, such as anxiety and depression (Brumariu & Kerns, 2010; Venta, Mellick, Schatte, & Sharp, 2014). In addition, the mother-child relationship has been found to impact children's externalizing symptomatology (Kim & Cicchetti, 2004; Madigan, Brumariu, Villani, Atkinson, & Lyons-Ruth, 2016). However, much of the research to date has examined the quality of parent-child relationships without distinguishing the specific influence of the relationship with the mother and the father (Madigan et al., 2016). Because a minority of CSA is perpetrated by the biological father, the paternal caregiver could act as a significant supportive figure in the context of CSA disclosure (Sedlak et al., 2010). Therefore, both caregivers may play essential yet distinctive roles in supporting the child's recovery.

Although a large body of studies has focused on mother-child relationships, there is empirical evidence indicating that fathers have a distinct, albeit complementary, role in the child's development (Paquette, 2004). While mothers focus on proximity and caregiving, fathers enhance exploration by spending more time playing and doing activities that are physical and emotionally challenging for children (Dumont & Paquette, 2008). Unfortunately, studies on CSA victims that explore paternal influence remain scarce and generally rely on retrospective designs using adult samples (Guelzow, Cornett, & Dougherty, 2003; Bolen & Gergely, 2015). However, recent

empirical findings have demonstrated that both mothers and fathers play a significant role in victims' psychological adjustment. Perceived attachment security to the mother and father has been found to be associated with outcomes including lower post-traumatic stress symptoms among school-aged victims of CSA (Hébert, Daspe, & Cyr, 2017). Parent-Boursier and Hébert (2010) revealed that the perception of security toward both mothers and fathers contributed significantly to the prediction of self-reports on self-esteem and internalizing behavior problems in school-aged victims of CSA. In a subsequent study (2015), the authors found that only the perception of security toward the father significantly to the prediction of parental reports of children's behavior problems, even when controlling for age, gender and maternal distress. These studies support the importance of distinguishing the child's relationship with the mother and the father. However, little is known about the factors that account for the association between perceptions of security and behavior problems among CSA victims.

3.2.2 Parent-child relationship and emotional competencies

The parent-child relationship has a major influence on the child's emotional competencies, which in turn appear to have a significant impact on the trajectories of young victims of CSA (Langevin, Cossette, & Hébert, 2016). In the earliest years of life, parents are external agents in charge of identifying, interpreting and responding to a child's physical and emotional needs (Holodynski & Friedlmeier, 2006; Thompson, 2013). Their availability and sensitivity combined with the child's reactivity constitute an interpersonal and organized form of regulation (Holodynski & Friedlmeier, 2006). A child progressively internalizes this organization during childhood and becomes more autonomous by developing his own capacity to identify and manage emotional content (Thompson, 2013). According to the attachment theory framework, individual differences in emotional abilities can also result from secure or insecure relationships with parents (Bowlby, 1977; 1982; Cassidy, 1994). Based on the developmental perspective, a longitudinal study by Lemche and colleagues (2004) showed that

securely attached children presented an accelerated development of mentalizing language, while children with insecure attachment presented a delay in the acquisition of this skill. Indeed, secure relationships stem from parents who are sensitive and receptive to their child's feelings, whether these feelings are positive or negative. These attitudes support the child's tendency to develop emotional awareness and to share his feelings. On the other hand, an insecure relationship might adversely affect these abilities by nurturing an environment that discourages the child's emotional expressiveness (Bowlby, 1977, 1982; Cassidy, 1994). Such difficulties in the parent-child relationship may predispose these children to develop the difficulty referred to as *alexithymia.*

3.2.3 Alexithymia

The term *alexithymia* primarily refers to difficulty in identifying and expressing emotions (Nemiah & Sifneos, 1970; Sifneos, 1973). The prevalence of alexithymia among adolescents in the general population varies between 7.3% and 29.9% (Honkalampi et al., 2009; Joukamaa et al., 2007; Säkkinen, Kaltiala-Heino, Ranta, Haataja, & Joukamaa, 2007; Zimmermann, Quartier, Bernard, Salamin, & Maggiori, 2007). To our knowledge, no data regarding the prevalence of alexithymia are currently available for children. Empirical reports among adults of the general population have shown significant associations between alexithymia and a host of difficulties, including internalizing symptoms such as somatization (Mattila et al. 2008), psychological distress (Orejuela-Dávila, Cann, & Tedeschi, 2017), post-traumatic disorder (Frewen, Dozois, Neufeld, & Lanius, 2008), depression and anxiety (Hamaideh, 2017). There is also a growing body of research that supports the association between alexithymia and externalizing problems, such as impulsivity (Gaher, Arens, & Shishido, 2015) and aggression (Velotti et al., 2016). The few studies conducted with children have obtained similar results. Alexithymia significantly predicts symptoms such as internalizing and externalizing problems, which often co-occur (Di Trani et al., 2013; Rieffe & De Rooij, 2012). Given that childhood is a critical period for emotional

development (Lemelin & Tarabulsy, 2012), research on alexithymia in this age group appears to be particularly relevant to prevent the emergence and crystallization of symptoms. Considering that emotional capacities are still evolving in childhood and adolescence, an age-related decrease in alexithymia is generally observed (Parker, Eastabrook, Keefer, & Wood, 2010). Inconsistent results have been found regarding gender differences. Some authors report that boys are more likely to be alexithymic (Levant, Hall, Williams, & Hasan, 2009), while others show the opposite (Craparo, Gori, Petruccelli, Cannella, & Simonelli, 2014) or no difference between boys and girls (Schimmenti et al., 2017).

Past studies have shown that adult and adolescent victims of CSA generally exhibit higher levels of alexithymia when compared to non-victimized adults (Houck, Nugent, Lescano, Peters, & Brown, 2010; Thomas et al., 2011). In addition, a recent study revealed that alexithymia mediated the relationship between CSA and psychological distress among adolescents (Hébert et al., 2018). In fact, early childhood trauma, especially maltreatment, constitutes a well-known factor for the development of alexithymia (Taylor & Bagby, 2013). Alexithymia appears to be a strategy used by victims to cope with negative affect generated by trauma (Lecours, Philippe, Boucher, Ahoundova, & Allard-Chapais, 2016). In other words, traumatic events may interfere with children and adults' emotional abilities (Kim & Cicchetti, 2010; Krystal, 1988). Despite its relevance, alexithymia remains understudied among CSA victims, especially in children. In addition, a common bias in the literature is the use of a self-reported measure of alexithymia, which is questionable given that alexithymic individuals may fail to accurately report their own deficit in affect awareness (Taylor & Bagby, 2013).

Several studies among general and clinical adult populations have supported the critical influence of parent-child relationships in alexithymia (Taylor & Bagby, 2013). These findings also appear in the rare studies focusing on the influence of secure or insecure

relationships on alexithymia among youth samples (Besharat & Khajavi, 2013; Deborde et al., 2012; Oskis, Clow, Hucklebridge, Bifulco, Jacobs, & Loveday, 2013). None of these studies has specifically explored parent-child relationships and alexithymia in childhood. Relatedly, prior studies have suggested that alexithymia may account for the association between the quality of parent-child relationships and behavioral problems among CSA victims. A frequent bias is to omit to differentiate the child's relationship with the mother and the father, who may have different contributions to alexithymia (Gil, Scheidt, Hoeger, & Nickel, 2008). A meta-analysis of parental bonding and alexithymia showed consistent findings across studies with student samples: maternal factors appeared to have a clear impact on alexithymia, while the father had a smaller, but significant, influence (Thorberg, Young, Sullivan, & Lyvers, 2011). Nonetheless, the results of studies with clinical samples showed that fathers had a stronger influence on alexithymia. In sum, this meta-analysis highlighted the need for further research to understand the specific contribution of mothers and fathers in alexithymia, especially for clinical samples of children.

3.2.4 Aims

The purpose of the current study was to test alexithymia as a mediator of the link between the child's perceived attachment security to the mother and father and outcomes following CSA, as shown in Figure 1. More specifically, this study aimed to examine alexithymia as a mediator of the relationship between maternal/paternal perceptions of security assessed at Time 1 and internalizing and externalizing behavior problems assessed 4 months later among school-aged victims of CSA.

3.3 Method

3.3.1 Participants

At baseline (T1), the sample consisted of 263 sexually abused children (62.7% of girls and 37.3% of boys) aged 6 to 12 (M = 8.80, SD = 1.82) and their parental figure. Respondents were mostly the biological mother (72.4%), followed by the biological

father (11.3%), a foster parent (8.2%), another family member (5.1%) or step-parent (3.1%). Almost one-third of the children lived in intact families (27.9%), while the others lived in single-parent families (26.0%), recomposed families (30.6%) or foster families (15.5%). Regarding parental education, the majority of mothers (59.5%) and almost half of fathers (49.1%) had a college or university level of education. The majority of participants were Caucasian (90.5%) and had an annual family income under $60 000 (66.0%).

Families were recruited in four centers offering specialized services for victims of CSA in the province of Quebec, Canada. The current study only included children identifying two significant and non-offending caregivers. An inclusive definition of a significant parental figure was used (biological, legal tutor, or step-parent living with the child part time or full time). At the follow-up assessment four months later (T2), 196 families agreed to participate. A total of 28.3% of children reported experiencing a single episode of CSA, while the majority reported multiple episodes (35.9%) or episodes lasting more than 6 months (35.9%). Most of the children (57.8%) reported very severe CSA, defined by penetration or attempted penetration (oral, vaginal, or anal). Approximately one-third (32.8%) of the sample experienced severe CSA characterized by physical contact under clothing, and 9.4% reported less severe experiences with physical contact over clothing, exhibitionism or incitement to sexual activity. More than two-thirds (72.5%) of the sample experienced intrafamilial CSA, which is defined as sexual abuse perpetrated by an immediate (e.g., father, brother) or extended family member (eg., uncle, grandparent).

3.3.2 Procedure

Families were recruited in treatment centers for sexually abused children. During the first visit, parents who agreed to participate signed the consent form and completed the questionnaire on their own or with assistance if needed. Children completed the questionnaire in another room with the help of a trained research assistant. At the follow-up assessment approximately four months later (M = 4.78, SD = 2.72), families

were met at home by a trained research assistant or at the intervention center. This research was approved by the Human Research Review Committee of the Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine and the internal review board of the Université du Québec à Montréal.

3.3.3 Measures

3.3.3.1 Sociodemographic characteristics

Parental figures completed a questionnaire to gather information such as the child's age, gender, family structure, family income, ethnicity and parental education level.

3.3.3.2 Abuse-related characteristics

CSA characteristics were collected using an adaptation of the *History of Victimization Form* (HVF; Hébert, 2006) completed by trained research assistants who had access to the child's medical or clinical files. Based on 30 records, this measure showed high inter-rater reliabilities with a median intra-class correlation of 0.86 and a median inter-rater agreement of 92.8% (Hébert, 2006). The HVF provided information on the severity of the CSA (no physical contact, physical contact under clothing and penetration), frequency of the CSA (one episode, less than 6 months or more than 6 months) and relation to the perpetrator (immediate family, extended family, family acquaintance or a stranger).

3.3.3.3 Perception of security

A French adaptation (Hébert, 2011) of the *Security Scale* (Kerns, Klepac, & Cole, 1996) measured the child's perception of security toward the mother and the father. According to Kerns and colleagues, the perception of security refers to 1) the belief that a parental figure is accessible and responsive, 2) the child's reliance on this figure in stressful situations and 3) the ease and interest of the child in communicating with the parental figure. This self-reported measure includes nine items and is completed separately for non-offending maternal and paternal figures. The children answer on a

four-point scale using Harter's format (1982) (e.g., "Some kids think their mom/dad does not listen to them but other kids do think their mom/dad listens to them"). After indicating which type of child represents them best, the children indicate whether it is "*really true*" or "*sort of true*" for them. The *Security Scale* yields a total score between 9 and 36 for each caregiver, which was transformed into a dichotomous score (secure or insecure) following Bacro's procedure (2011) obtained in the French version. Similar to the authors of the Security Scale and Bacro (2011), differential thresholds were used for the mother (2.80) and father (2.70). If possible, the children were invited to answer the questionnaire in relation to their biological mothers (84.8%) and fathers (76.0%). Otherwise, the children completed questions in relation to a significant parental figure present in their life for at least one year. For maternal figures other than their biological mother, the participants completed the measure in relation to their step-mother (3%), foster mother (8.4%) or another member of the family (3.8%). For paternal figures other than their biological father, the children completed the questionnaire in relation to their step-father (11.0%), foster father (8.8%) or another member of the family (4.2%). None of the children had same-sex parental figures. In cases of CSA involving a biological parent (n = 21), the children were asked to complete the Security Scale with reference to a substitutive significant parental figure (e.g., step-father). Internal consistency was satisfactory for the mother-child questionnaire (α = .75) and good for the father-child questionnaire (α = .85).

3.3.3.4 Alexithymia

Parent, mostly maternal figure, completed the French version of the *Children's Alexithymia Measure* (CAM; Way et al., 2010; Hébert, 2011) designed for children aged 5 to 17 who have experienced a traumatic event. The CAM contains 14 questions that assess the child's level of alexithymia using a four-point Likert scale (0 = *almost never* to 3 = *almost always*). Sample items include "*Has trouble finding words or getting words out when talking about his/her own feelings*", "*Changes the topic of the conversation when asked about his/her feelings*" and "*Has difficulty saying he/she feels*

sad even though he/she looks sad". In the current study, the internal consistency was high (α = .89). According to taxometric studies (Keefer, Taylor, Parker, & Bagby, 2017; Mattila et al., 2010; Parker, Keefer, Taylor, & Bagby, 2008), alexithymia appears to be a dimensional construct and not a categorical construct. Thus, the alexithymia level was measured using a continuous score.

3.3.3.5 Internalizing and externalizing behavior problems

The *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001) was completed by the parent to evaluate the presence of behavior problems displayed by the child. This widely used measure includes 118 items rated on a three-point Likert scale (0 = *not true*, 1 = *somewhat or sometimes true*, 2 = *very true or often true*). Parents completed this measure at T1 and T2 to control for behavior problems at baseline. The total scores of internalizing and externalizing problems were transformed into a *T-score* based on Achenbach and Rescorla's norms (2001) obtained among normalization samples. Higher scores reflect a higher level of behavior problems. In the present study, the internal consistency was high for both internalizing (α = .89) and externalizing problems (α = .92) scales.

3.3.3.6 Parental support

The *Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale* (PRADS; Everson, Hunter, & Runyan, 1989; Thériault, Cyr, & Wright, 1995) was completed by a trained clinician based on semi-structured interviews with the parent and the child separately to evaluate abuse-specific support. The PRADS measures four dimensions: belief in a child's disclosure, emotional support offered, steps taken regarding the perpetrator and use of professional services. Interviewers coded the responses and summed the four dimensional scores to obtain a total ranging from -8 (no support) to +8 (highly supportive). Past studies have shown satisfactory inter-rater reliability (0.82) (Thériault, Cyr & Wright, 2003), and the internal consistency of the current study was good (α = .82).

3.4 Data Analysis

First, preliminary analyses (missing data analyses, descriptive analyses and bivariate correlations) were conducted using SPSS 24. The correlational analyses were used to examine the associations between the studied variables. Variables not significantly associated with the other studied variables were not included in the final model to be tested. In addition to the variables presented in the research hypotheses, several control variables were included: gender, age, involvement in psychosocial intervention between T1 and T2 and behavior problems at baseline (see Figure 1). Considering that the gender and age of the child may have an impact on alexithymia (Parker et al., 2010) and behavior problems (Gauthier-Duchesne, Hébert, & Daspe, 2017), it was recommended to control for these variables. The presence or absence of psychosocial intervention between T1 and follow-up was also controlled for in the statistical analyses. Regarding missing data, families who participated in both T1 and T2 were compared to families who only participated in T1. No significant differences were observed regarding the perception of security toward mothers and fathers, CSA characteristics, family structure, family income, ethnicity and parental education levels. Chi-square and analyses of variance showed that neither the perception of security nor alexithymia varied significantly ($p > .10$) across family structures. Moreover, there was no significant difference of paternal perception of security scores of children abused by their biological father and scores of children abused by another perpetrator ($p > .10$). Therefore, data were considered to be missing completely at random.

Second, path analyses were performed using M*plus* 6.0 (Muthén & Muthén, 1998-2007). Perceptions of security toward mothers and fathers were measured at T1, and endogenous variables (alexithymia and behavior problems) were measured at T2. The pathway from attachment to alexithymia is based on theoretical considerations as discussed in the review of Taylor and Bagby (2013). Several studies, such as Lemche et al. (2004) and the meta-analysis of Thorberg, have adopted this conceptualization. The ML estimator of M*plus* was used because the Full Information Maximum

Likelihood adequately accounts for missing data. Bias-corrected bootstrap confidence intervals of 95% were conducted. The recommendations for cut-off criteria for fit indexes (Hu & Bentler, 1999), which are non-significant $\chi 2$, RMSEA below 0.08, CFI over 0.95 and TLI over 0.95, were followed.

3.5 Results

3.5.1 Descriptive results

Data from T1 on the perception of security toward the maternal figure showed that 90.1% of the children had a secure score on the KSS, compared to 9.9% who had an insecure score. A significantly higher proportion of insecure scores was observed regarding the perception of security toward the paternal figure: 21.3% of the children had an insecure score, while 78.7% had a secure score. Considering the presence of a ceiling effect, dichotomous scores based on Bacro's cut-off scores (2011) were used for subsequent analyses.

Data from the PRADS revealed that more than three-quarters (83.3%) of the parents believed their child's disclosure without any doubt. A large majority of parents were rated as emotionally supportive and preoccupied by the consequence of sexual abuse (74.2%) and took measures to protect their child from the perpetrator (84.9%). Moreover, a large proportion of the sample (84.6%) showed positive attitudes toward professional services for their child. The mean for the alexithymia measure at T2 was 11.07 (*SD* = 7.91; range 0-37). Parents reported both externalizing behaviors (*M* = 57.89; *SD* = 10.75; range 33-85) and internalizing symptoms (*M* = 55.70; *SD* = 11.64; range 33-82). At the follow-up assessment, 26.9% of the CSA victims reached a clinical threshold for internalizing problems and 30.1% reached a clinical threshold for externalizing problems, indicated by a *T-score* higher than 63. The majority of the children received psychosocial intervention for the CSA between T1 and T2 (91.6%).

3.5.2 Correlations between studied variables

Correlations between the variables of interest were all significant (see Table 1). A lower

perception of security in the relationship with both parents was associated with a higher level of alexithymia and behavior problems. A higher level of alexithymia was also associated with more internalizing and externalizing problems. Because the child's gender was not associated with any of the studied variables, it was not considered in the subsequent analysis.

3.5.3 Mediation model

A path analysis was conducted to examine the mediating role of alexithymia in the relationship between the perception of security toward both parental figures and behavior problems. All coefficients are presented in Table 2. Figure 2 shows only significant paths of the tested model. The fit indexes were excellent, ($\chi 2(2) = 3.058$, $p = 0.217$, RMSEA = 0.045, CFI = 0.998, and TLI = 0.974). As hypothesized, alexithymia was associated with more internalizing ($b = 0.52$; $p < .001$) and externalizing ($b = 0.38$; $p < .001$) problems. However, only the perception of security toward fathers was associated with alexithymia ($b = -3.61$; $p < .05$), which diminished the contribution of the perception of security toward mothers. Thus, an indirect effect of the perception of security toward the father on internalizing problems was obtained through alexithymia ($b = -1.89$ with 95% CI [-3.95 to -0.41]), with 60.9% of this effect mediated by alexithymia. An indirect effect was also observed on externalizing problems ($b = -1.38$ with 95% CI [-3.06 to -0.29]), with 83.3% mediated by alexithymia. The direct effect of the perception of security toward fathers on both internalizing and externalizing behaviors was not significant. The age of the child was only associated with externalizing problems ($b = -0.73$; $p < .05$), and psychosocial intervention was associated with both externalizing ($b = -5.47$; $p < 001$) and internalizing problems ($b = -8.46$; $p < .001$). The model explained 4.8% of the variance of alexithymia, 46.9% of internalizing problems and 56.1% of externalizing problems.

3.6 Discussion

To our knowledge, the current study is the first to investigate alexithymia among sexually abused children using a prospective design. This study aimed to ascertain the

role of alexithymia in mediating the association between perceptions of security and behavior problems among sexually abused children. The results revealed that higher perceptions of security toward mothers and fathers are associated with lower levels of alexithymia as well as internalizing and externalizing problems. In addition, path analysis showed that alexithymia acted as a mediator in the relationship between perception of security toward father and both internalizing and externalizing behavior problems. These findings support the relevance of considering alexithymia among child victims of CSA and underscore the important role of fathers in sustaining children's well-being.

In accordance with past studies, bivariate analyses showed that both maternal and paternal perceptions of security were associated with internalizing and externalizing problems of sexually abused children (Parent-Boursier & Hébert, 2015). Similarly, the mother-child and father-child relationships were associated with victims' level of alexithymia. These findings are also in line with prior studies showing that attachment security enhances children's emotional capacities (Oskis et al., 2013). Indeed, a secure parent-child relationship has a significant influence against the emergence of alexithymia. The presence of alexithymia is worrisome because it has deleterious effects on CSA victims' adaptation by increasing the risk of displaying behavior problems. The results are consistent with the bulk of studies showing associations between alexithymia and internalizing problems such as anxiety, depression and somatization (Hamaideh, 2017; Taylor & Bagby, 2013). Interestingly, the present study shows for the first time that these findings also apply to child victims of CSA. The data also support the relevance of alexithymia to externalizing problems, although there is a paucity of literature on this topic. The current results regarding externalizing problems mirror those of Di Trani et al. (2013) obtained with a sample of preadolescents of the general population. In addition, the association between age and externalizing problems is consistent with past findings, highlighting an age decrease (Mazza et al., 2016). Clinical levels of internalizing and externalizing symptoms are

similar to those found in previous studies of children victims of CSA (Parent-Boursier et al., 2014).

Our model offers more insight into the contribution of parental factors, showing that the perception of security toward the father outweighed children's perception of security toward their mother in predicting alexithymia. In fact, a secure relationship with the father may help to attenuate the deleterious effects of CSA. This finding is consistent with the results of Michiels and colleagues (2010), who posited that perceived security toward the father might have a more substantial influence than mother-child security in predicting emotional difficulties in a sample of school-aged children. However, these results are inconsistent with those of other studies. For instance, Thorberg and his colleagues' meta-analysis (2011), which included 10 studies using the *Parental Bonding Instrument* (Parker, Tupling, & Brown, 1979) and the *Toronto Alexithymia Scale* (Bagby, Parker, & Taylor, 1994), suggested that the maternal influence on a child's alexithymia is stronger than paternal factors in general population samples. This discrepancy between findings may be related to differences in methodology, such as reliance on adult samples or the specific measures used.

It is also possible that the father-child relationship has a greater influence on the child's ability to identify and express feelings. This influence may result from paternal figures' tendency to be more demanding conversational partners with their children than maternal figures are. Fathers tend to seek more clarification from their children, which may be beneficial for the child's emotional socialization (Dubeau & Coutu, 2012; Le Chanu & Marcos, 1994). Our results also point to the possibility that the father-child relationship may be particularly influential in clinical samples of children confronted with trauma. Although both caregivers are affected by the aftermath of children's disclosure of CSA, studies suggest that mothers show higher levels of psychological distress (Cyr et al., 2016). This distress may impede their availability to sustain the child's emotional expression and may lead to fathers being called upon to play a greater

role in helping children express their feelings in the months following disclosure.

3.6.1 Implications of the study

The current study offers interesting insights into the importance of investigating victims' ability to identify and express feelings. Interventions targeting alexithymia could help to foster resilience and guide clinicians to target children who are at risk of acute difficulties. On the one hand, parents can support their child's emotional awareness by paying attention to the link among non-verbal clues (e.g., smile, redness), physical symptoms (e.g., stomachache, tiredness) and possible underlying feelings (Way, Yelsma, Van Meter, & Black-Pond, 2007). These observations may be shared with the child to eventually develop the child's own capacity to be aware of his feelings and internal sensations. On the other hand, parents should be mindful of their own feelings and attitudes toward the child's emotional experience. Their sensitivity and availability may influence the child's tendency to develop and share his emotions.

Little is known about specific interventions for alexithymic individuals, especially for traumatized children (Way et al., 2007). To our knowledge, no study has explored the impact of therapy on alexithymia levels in sexually abused children. However, as suggested by the literature review of Way et al. (2007), interventions should target emotion recognition, physical sensations and strategies of emotional expression. In fact, these components are part of one of the most empirically validated interventions among CSA children: *Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy* (TF-CBT; Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2016). TF-CBT has been shown to efficiently reduce posttraumatic stress disorder and internalizing and externalizing problems of school-aged children who have experienced CSA (Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon, & Steer, 2011). Thus, psychoeducation and the use of creative vehicles of expression to address the trauma experience (e.g., writing, drawing) may support the optimal recovery of the child following CSA disclosure. Professionals should also sensitize parents to their key role in children's capacity to identify and express feelings. The findings support the importance of soliciting both parents' presence to reduce

behavioral problems in CSA victims, when possible.

3.6.2 Strengths and limitations

The present study has some limitations that need to be underlined. Considering that both alexithymia and behavior problems were evaluated by the same informant, the effect sizes of the model could have been inflated by shared-method variance. In addition, a longer delay between assessments of perceived attachment and alexithymia may offer greater insights. Despite the relevance of a child-reported measure for perceptions of security, this measure only provided a score of security or insecurity instead of categorical scores documenting different types of attachment. This limitation may have contributed to the small variance in alexithymia explained by the perception of security in the current study. Thus, future research should investigate whether different categories of insecure attachment are differently associated with alexithymia (Deborde et al., 2012). As emphasized by the meta-analysis of Brumariu et al. (2018), the use of other attachment measures may lead to different results. Investigation of the influence of differential intervention characteristics, such as the intervention format or duration, could also offer great insights.

Our study recruited children who disclosed the sexual abuse experienced and families who consulted specialized services. As such, the parents believed the children's disclosures and took the necessary steps to bring the children to the intervention center. Thus, the sampling may be biased by recruiting parents who were more supportive and sensitive to their child's needs; clinicians' reports on the PRADS suggest that our sample consisted of highly supportive parents. This kind of selection bias may tend to inflate type I error rate, as variance may be lower than in a truly randomized sample. Relatedly, the small variance in the scores for the perception of security toward mothers may have limited statistical power. Future research should focus on the contribution of parent-child relationships in specific aspects or dimensions of alexithymia (e.g., difficulty in identifying feelings, expressing emotions and externally oriented thinking). In fact, a subset of studies suggests that mothers and fathers may have

different contributions depending on the dimension of alexithymia studied (Gil, Scheidt, et al., 2008; Gil, Weigl, et al., 2008). Future studies should also investigate potential variables that may impact perceived attachment security or alexithymia, such as frequency of contact or delayed disclosure. Finally, the lack of pre-trauma data regarding alexithymia is an important limitation because our data do not enable us to rule out the possibility that deficits in emotion recognition existed initially. Baseline measures on alexithymia before the onset of the abuse would allow confirmation of the specific impact of CSA on alexithymia.

This study presents several strengths, such as a short-term prospective and multi-informant design, which overcomes the limitations of past studies (Taylor & Bagby, 2013). In addition, the sample size is significant considering the population studied. The final model also allowed us to explain a large part of the variance of both internalizing and externalizing problems. In sum, the present study constitutes an important stepping-stone toward understanding the impact of parent-child relationships and emotional competencies in the trajectories of CSA victims.

3.7 References

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). ASEBA school-age forms & profiles: Aseba Burlington, VT.

Ainsworth, M., Blehar, S., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Bacro, F. (2011). Validation francophone de l'échelle de sécurité des perceptions d'attachement au père et à la mère (Kerns, Klepac & Cole, 1996). *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology, 61*(4), 213-221. doi:10.1016/j.erap. 2011.09.003

Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research, 38*(1), 23-32. doi: 10.1016/0022-3999(94)90005-1

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: 10.1016/0022-3999(94)90005-1

Besharat, M. A., & Khajavi, Z. (2013). The relationship between attachment styles and alexithymia: Mediating role of defense mechanisms. *Asian Journal of Psychiatry, 6*(6), 571-576. doi: 10.1016/j.ajp.2013.09.003

Bhandari, S., Winter, D., Messer, D., & Metcalfe, C. (2011). Family characteristics and long-term effects of childhood sexual abuse. *British Journal of Clinical Psychology, 50*(4), 435-451. doi: 10.1111/j.2044-8260.2010.02006.x

Bolen, R. M., & Gergely, K. B. (2015). A meta-analytic review of the relationship between nonoffending caregiver support and postdisclosure functioning in sexually abused children. *Trauma, Violence, & Abuse, 16*(3), 258-279. doi: 10.1177/1524838014526307 22

Bolen, R. M., & Lamb, J. L. (2007). Parental support and outcome in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse, 16*(2), 33-54. doi: 10.1300/J070v16n02_03

Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. The fiftieth Maudsley Lecture. *The British Journal of Psychiatry, 130*(5), 421-431. doi: 10.1192/bjp.130.5.421

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of*

Orthopsychiatry, 52(4), 664. doi: 10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x

Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010). Parent–child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and psychopathology*, *22*(1), 177-203. doi: 10.1017/S0954579409990344

Brumariu, L. E., Madigan, S., Giuseppone, K. R., Movahed Abtahi, M., & Kerns, K. A. (2018). The Security Scale as a measure of attachment: meta-analytic evidence of validity. *Attachment & Human Development*, 1-26. doi: 10.1080/14616734.2018.1433217

Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*(23), 228-249. doi: 10.1111/j.1540-5834.1994.tb01287.x

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2016). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*: Guilford Publications.

Craparo, G., Gori, A., Petruccelli, I., Cannella, V., & Simonelli, C. (2014). Intimate partner violence: relationships between alexithymia, depression, attachment styles, and coping strategies of battered women. *The Journal of Sexual Medicine, 11*(6), 1484-1494. doi: 10.1111/jsm.12505

Cyr, M., Frappier, J.-Y., Hébert, M., Tourigny, M., McDuff, P., & Turcotte, M.-È. (2016). Psychological and Physical Health of Nonoffending Parents After Disclosure of Sexual Abuse of Their Child. *Journal of Child Sexual Abuse, 25*(7), 757-776. doi: 10.1080/10538712.2016.1228726

Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression & Anxiety, 28*(1), 67-75. doi:10.1002/da.20744

Deborde, A.-S., Miljkovitch, R., Roy, C., Dugré-Le Bigre, C., Pham-Scottez, A., Speranza, M., & Corcos, M. (2012). Alexithymia as a mediator between attachment and the development of borderline personality disorder in adolescence. *Journal of Personality Disorders, 26*(5), 676-688. doi: 10.1521/pedi.2012.26.5.676

Di Trani, M., Tomassetti, N., Capozzi, F., Solano, L., Romani, M., & Levi, G. (2013). Alexithymia, internalizing, externalizing and obsessive-compulsive symptomatology in pre-adolescence: an empirical study on 160 subjects. *Rassegna di Psicologia, 30*(3), 77-94. doi: 10.7379/75666

Dubeau, D., & Coutu, S. (2012). Le père, un acteur méconnu dans le développement social de

l'enfant (Vol. 1): Presses de l'Université du Québec.

Dumont, C., & Paquette, D. (2008). L'attachement père-enfant et l'engagement paternel: Deux concepts centraux pour mieux prédire le développement de l'enfant. *Revue de Psychoéducation*.

Everson, M. D., Hunter, W. M., & Runyan, D. K. (1989). Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale (PRADS). Chapel Hill, NC: University of North Carolina.

Frewen, P. A., Dozois, D. J., Neufeld, R. W., & Lanius, R. A. (2008). Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 21*(2), 243-246. doi: 10.1037/0021-843X.117.1.171 24

Gaher, R. M., Arens, A. M., & Shishido, H. (2015). Alexithymia as a mediator between childhood maltreatment and impulsivity. *Stress and Health, 31*(4), 274-280. doi: 10.1002/smi.2552

Gauthier-Duchesne, A., Hébert, M., & Daspe, M.-È. (2017). Gender as a predictor of posttraumatic stress symptoms and externalizing behavior problems in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect, 64*, 79-88. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.12.008

Gil, F. P., Scheidt, C. E., Hoeger, D., & Nickel, M. (2008). Relationship between attachment style, parental bonding and alexithymia in adults with somatoform disorders. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 38*(4), 437-451. doi: 10.2190/PM.38.4.d

Gil, F. P., Weigl, M., Wessels, T., Irnich, D., Baumüller, E., & Winkelmann, A. (2008). Parental bonding and alexithymia in adults with fibromyalgia. *Psychosomatics, 49*(2), 115-122. doi: 10.1176/appi.psy.49.2.115

Guelzow, J. W., Cornett, P. F., & Dougherty, T. M. (2003). Child sexual abuse victims' perception of paternal support as a significant predictor of coping style and global self-worth. *Journal of Child Sexual Abuse*, *11*(4), 53-72. doi: 10.1300/J070v11n04_04

Hamaideh, S. H. (2017). Alexithymia among Jordanian university students: Its prevalence and correlates with depression, anxiety, stress, and demographics. *Perspectives in Psychiatric Care*. doi: 10.1111/ppc.12234

Harter, S. (1982). The perceived competence scale for children. *Child Development*, 87-97. doi: 10.2307/1129640

Hébert, M. (2011). Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. *L'agression sexuelle envers les enfants*, *1*, 149-204. 25

Hébert, M., Boisjoli, C., Blais, M., & Oussaïd, E. (2018). Alexithymia as a mediator of the

relationship between child sexual abuse and psychological distress in adolescence: A short-term longitudinal study. *Psychiatry Research*, *260*, 468-472. doi:10.1016/j.psychres. 2017.12.022.

Hébert, M., Daspe, M. È., & Cyr, M. (2017). An Analysis of Avoidant and Approach Coping as Mediators of the Relationship Between Paternal and Maternal Attachment Security and Outcomes in Child Victims of Sexual Abuse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*.doi: 10.1037/tra0000321

Holodynski, M., & Friedlmeier, W. (2006). *Development of emotions and emotion regulation* (Vol. 8). Springer Science & Business Media.

Honkalampi, K., Tolmunen, T., Hintikka, J., Rissanen, M.-L., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2009). The prevalence of alexithymia and its relationship with youth self-report problem scales among finnish adolescents. *Comprehensive Psychiatry, 50*(3), 263-268. doi: 10.1016/j. comppsych.2008.08.007

Houck, C. D., Nugent, N. R., Lescano, C. M., Peters, A., & Brown, L. K. (2010). Sexual abuse and sexual risk behavior: Beyond the impact of psychiatric problems. *Journal of Pediatric Psychology, 35*(5), 473-483. doi: 10.1093/jpepsy/jsp111

Joukamaa, M., Taanila, A., Miettunen, J., Karvonen, J. T., Koskinen, M., & Veijola, J. (2007). Epidemiology of alexithymia among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research, 63*(4), 373-376. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.01.018

Keefer, K. V., Taylor, G. J., Parker, J. D., & Bagby, R. M. (2017). Taxometric analysis of the Toronto structured interview for alexithymia: further evidence that alexithymia is a dimensional construct. *Assessment*, 1-11 doi:10.1177/1073191117698220 26

Kerns, A. K., & Brumariu, L. E. (2016). Attachment in middle childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (3rd ed., pp. 295–316). New York, NY, US: Guilford Press.

Kerns, K. A., Klepac, L., & Cole, A. (1996). Peer relationships and preadolescents' perceptions of security in the child-mother relationship. *Developmental Psychology, 32*(3), 457. doi: 10.1037/0012-1649.32.3.457

Kim, J., & Cicchetti, D. (2004). A longitudinal study of child maltreatment, mother–child relationship quality and maladjustment: The role of self-esteem and social competence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *32*(4), 341-354.

Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(6), 706-716. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x

Krystal, J. (1988). Assessing alexithymia. *Integration and Self-Healing*, 286-310.

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

Le Chanu, M., & Marcos, H. (1994). Father-child and mother-child speech: a perspective on parental roles. *European Journal of Psychology of Education, 9*(1), 3-13. doi: 10.1007/BF03172881

Lecours, S., Philippe, F. L., Boucher, M.-È., Ahoundova, L., & Allard-Chapais, C. (2016). Negative self-evaluating emotions as mediator in the relationship between childhood emotional trauma and alexithymia in adulthood. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 64*(5), 1027-1033. doi: 10.1177/0003065116675876

Lemche, E., Klann-Delius, G., Koch, R., & Joraschky, P. (2004). Mentalizing language development in a longitudinal attachment sample: implications for alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics, 73*(6), 366-374. doi: 10.1159/000080390 27

Lemelin, J.-P., & Tarabulsy, G. M. (2012). *Développement social et émotionnel chez l'enfant et l'adolescent: Les bases du développement* (Vol. 1): Presses de l'Université du Québec.

Levant, R. F., Hall, R. J., Williams, C. M., & Hasan, N. T. (2009). Gender differences in alexithymia. *Psychology of Men & Masculinity*. doi: 10.1037/a0015652

Madigan, S., Brumariu, L. E., Villani, V., Atkinson, L., & Lyons-Ruth, K. (2016). Representational and questionnaire measures of attachment: A meta-analysis of relations to child internalizing and externalizing problems. *Psychological Bulletin*, *142*(4), 367. doi: 10.1037/bul0000029

Marriott, C., Hamilton-Giachritsis, C., & Harrop, C. (2014). Factors Promoting Resilience Following Childhood Sexual Abuse: A Structured, Narrative Review of the Literature. *Child Abuse Review, 23*(1), 17-34. doi: 10.1002/car.2258

Mattila, A. K., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J. K., Koivisto, A.-M., Mielonen, R.-L., & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic Medicine, 70*(6), 716-722. doi: 0.1016/j.paid.2010.03.038

Mattila, A. K., Keefer, K. V., Taylor, G. J., Joukamaa, M., Jula, A., Parker, J. D., & Bagby, R. M.

(2010). Taxometric analysis of alexithymia in a general population sample from Finland. *Personality and Individual Differences*, *49*(3), 216-221. doi:10.1016/j.paid.2010.03.038.

Mazza, J. R. S., Boivin, M., Tremblay, R. E., Michel, G., Salla, J., Lambert, J., . . . Côté, S. M. (2016). Poverty and behavior problems trajectories from 1.5 to 8 years of age: Is the gap widening between poor and non-poor children? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 51*(8), 1083-1092. doi: 10.1007/s00127-016-1252-1

Michiels, D., Grietens, H., Onghena, P., & Kuppens, S. (2010). Perceptions of maternal and paternal attachment security in middle childhood: Links with positive parental affection and psychosocial adjustment. *Early Child Development and Care, 180*(1-2), 211-225. doi: 10.1080/03004430903415064

Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2007). *Mplus User's Guide. Sixth Edition*. Los Angeles (CA): Muthén & Muthén.

Nemiah, J. C., & Sifneos, P. E. (1970). Psychosomatic illness: a problem in communication. *Psychotherapy and Psychosomatics, 18*(1-6), 154-160. doi: 10.1159/000286074

Orejuela-Dávila, A. I., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2017). Alexithymia predicts posttraumatic growth and distress after trauma. *Journal of Loss and Trauma, 22*(3), 171-182. doi: 10.1080/15325024.2017.1284468

Oskis, A., Clow, A., Hucklebridge, F., Bifulco, A., Jacobs, C., & Loveday, C. (2013). Understanding alexithymia in female adolescents: the role of attachment style. *Personality and Individual Differences, 54*(1), 97-102. doi: 10.1016/j.paid.2012.08.023

Paquette, D. (2004). La relation père-enfant et l'ouverture au monde. *Enfance*, *56*(2), 205-225. doi: 10.3917/enf.562.0205

Parent-Boursier, C., & Hébert, M. (2010). La perception de la relation père-enfant et l'adaptation des enfants suite au dévoilement d'une agression sexuelle. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 42*(3), 168. doi: 10.1037/a0017691

Parent-Boursier, C., & Hébert, M. (2014). L'influence de la relation au père et à la mère sur les troubles de comportement des enfants victimes d'agression sexuelle : une étude de suivi. *International Journal of Victimology/ Journal International de Victimologie*, 12(1), 26-39.

Parent-Boursier, C., & Hébert, M. (2015). Security in father-child relationship and behavior problems in sexually abused children. *Journal of Family Violence, 30*(1), 113-122. doi:

10.1007/s10896-014-9653-y 29

Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. (1979). A parental bonding instrument. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 52*(1), 1-10. doi: 10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x

Parker, J. D., Eastabrook, J. M., Keefer, K. V., & Wood, L. M. (2010). Can alexithymia be assessed in adolescents? Psychometric properties of the 20-item Toronto Alexithymia Scale in younger, middle, and older adolescents. *Psychological Assessment, 22*(4), 798. doi: 10.1037/a0020256

Parker, J. D., Keefer, K. V., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2008). Latent structure of the alexithymia construct: a taxometric investigation. *Psychological Assessment*, *20*(4), 385. doi: 10.1037/a0014262

Rieffe, C., & De Rooij, M. (2012). The longitudinal relationship between emotion awareness and internalising symptoms during late childhood. *European Child & Adolescent Psychiatry, 21*(6), 349-356. doi: 10.1007/s00787-012-0267-8

Säkkinen, P., Kaltiala-Heino, R., Ranta, K., Haataja, R., & Joukamaa, M. (2007). Psychometric properties of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and prevalence of alexithymia in a Finnish adolescent population. *Psychosomatics, 48*(2), 154-161. doi: 10.117/appi.psy.48.2

Sawyer, G. K., & Hansen, D. J. (2014). Heterogeneous symptom patterns of sexually abused children in treatment: Understanding the complexity of the problem. *Journal of Child Sexual Abuse, 23*(8), 900-917. doi: 10.1080/10538712.2014.964439

Schimmenti, A., Passanisi, A., Caretti, V., La Marca, L., Granieri, A., Iacolino, C., . . . Billieux, J. (2017). Traumatic experiences, alexithymia, and Internet addiction symptoms among late adolescents: A moderated mediation analysis. *Addictive Behaviors, 64*, 314-320. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.11.002 30

Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Peta, I., McPherson, K., & Greene, A. (2010). Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4). *Washington, DC: US Department of Health and Human Services. Retrieved on July, 9*, 2010.

Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic'characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics, 22*(2-6), 255-262. doi: 10.1159/000286529

Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: a theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin, 116*(2), 340. doi: 10.1037/0033-2909.116.2.340

Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2013). Psychoanalysis and empirical research: The example of alexithymia. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 61*(1), 99-133. doi: 10.1177/0003065112474066

Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (1995). Traduction et Adaptation du Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale de Everson et al. (1989) [Translation of Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale]. Unpublished manuscript, Université de Montréal

Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (2003). Facteurs contextuels associés aux symptômes d'adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale. *Child Abuse & Neglect*, *27*(11), 1291-1309. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.04.001

Thomas, R., DiLillo, D., Walsh, K., & Polusny, M. A. (2011). Pathways from child sexual abuse to adult depression: The role of parental socialization of emotions and alexithymia. *Psychology of Violence, 1*(2), 121. doi: 10.1037/a0022469

Thompson, R. A. (2013). Socialization of emotion and emotion regulation in the familiy. In J. J. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation (2nd ed., pp. 173- 186). New York, NY: The Guilford Press.

Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2011). Parental bonding and alexithymia: A meta-analysis. *European Psychiatry, 26*(3), 187-193. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.09.010 31

Vachon, D. D., Krueger, R. F., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2015). Assessment of the harmful psychiatric and behavioral effects of different forms of child maltreatment. *JAMA Psychiatry, 72*(11), 1135-1142. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.1792.

Velotti, P., Garofalo, C., Petrocchi, C., Cavallo, F., Popolo, R., & Dimaggio, G. (2016). Alexithymia, emotion dysregulation, impulsivity and aggression: A multiple mediation model. *Psychiatry Research, 237*, 296-303. doi: 10.1016/j.psychres.2016.01.025

Venta, A., Mellick, W., Schatte, D., & Sharp, C. (2014). Preliminary evidence that thoughts of thwarted belongingness mediate the relations between level of attachment insecurity and depression and suicide-related thoughts in inpatient adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *33*(5), 428-447. doi: 10.1521/jscp.2014.33.5.428

Way, I. F., Applegate, B., Cai, X., Franck, L. K., Black-Pond, C., Yelsma, P., . . . Muliett, M. (2010). Children's Alexithymia Measure (CAM): A new instrument for screening difficulties with emotional expression. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 3*(4), 303-318. doi:

10.1080/19361521.2010.523778

Way, I., Yelsma, P., Van Meter, A. M., & Black-Pond, C. (2007). Understanding alexithymia and language skills in children: Implications for assessment and intervention. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, *38*(2), 128-139. doi: 10.1044/0161-1461(2007/013)

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

Zimmermann, G., Quartier, V., Bernard, M., Salamin, V., & Maggiori, C. (2007). The 20-item Toronto Alexithymia Scale: structural validity, internal consistency and prevalence of alexithymia in a swiss adolescent sample. *L'Encéphale, 33*(6), 941-946. doi: 10.1016/j.encep.2006.12.006

3.8 Tables and figures

Table 3.1

Correlations among variables

	1	2	3	4	5	6	7
1. Perception of security toward mother							
2. Perception of security toward father	.29***						
3. Alexithymia	-.15*	-.23**					
4. Internalizing behavior problems T2	-.20**	-.22**	.53***				
5. Externalizing behavior problems T2	-.24**	-.24**	.50***	.69***			
6. Gender	.07	.06	-.14	-.03	-.00		
7. Psychosocial intervention	.08	.11	-.09	-.19**	-.17*	.12	
8. Age	-.02	-.12	.07	-.04	-.20**	.03	.06

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

Table 3.2

Results of the mediation model

Variables	b	S.E.	T	*p*	95% Boot CI
Alexithymia					
Perception of security toward father	-3.61	1.61	-2.25	0.025	[-6.84, -0.67]
Perception of security toward mother	-1.88	2.20	-0.86	0.391	[-5.87, 2.59]
Internalizing problems T2					
Alexithymia	0.52	0.11	4.75	< .001	[0.28, 0.71]
Perception of security toward father	-1.21	2.06	-0.59	0.557	[-5.26, 2.73]
Perception of security toward mother	-1.13	2.41	-0.47	0.638	[-5.73, 3.39]
Internalizing problems T1	0.43	0.06	7.58	< .001	[0.32, 0.54]
Psychosocial intervention	-8.46	1.75	-4.83	< .001	[-12.43, -5.16]
Age	-0.23	0.35	-0.67	0.506	[-0.85, 0.54]
Externalizing problems T2					
Alexithymia	0.38	0.11	3.64	< .001	[0.16, 0.58]
Perception of security toward father	-0.28	1.61	-0.17	0.864	[-3.40, 2.88]
Perception of security toward mother	-2.44	1.65	-1.47	0.140	[-5.29, 1.06]
Externalizing problems T1	0.57	0.08	7.00	< .001	[0.41, 0.73]
Psychosocial intervention	-5.47	1.32	-4.15	< .001	[-7.96, -2.76]
Age	-0.73	0.34	-2.13	0.033	[-1.33, 0.00]
Indirect effects with perception of security toward father					
Internalizing problems T2	-1.89	0.89	-2.12	0.034	[-3.95, -0.41]
Externalizing problems T2	-1.38	0.70	-1.97	0.049	[-3.06, -0.29]

Note. CI = Confidence interval.

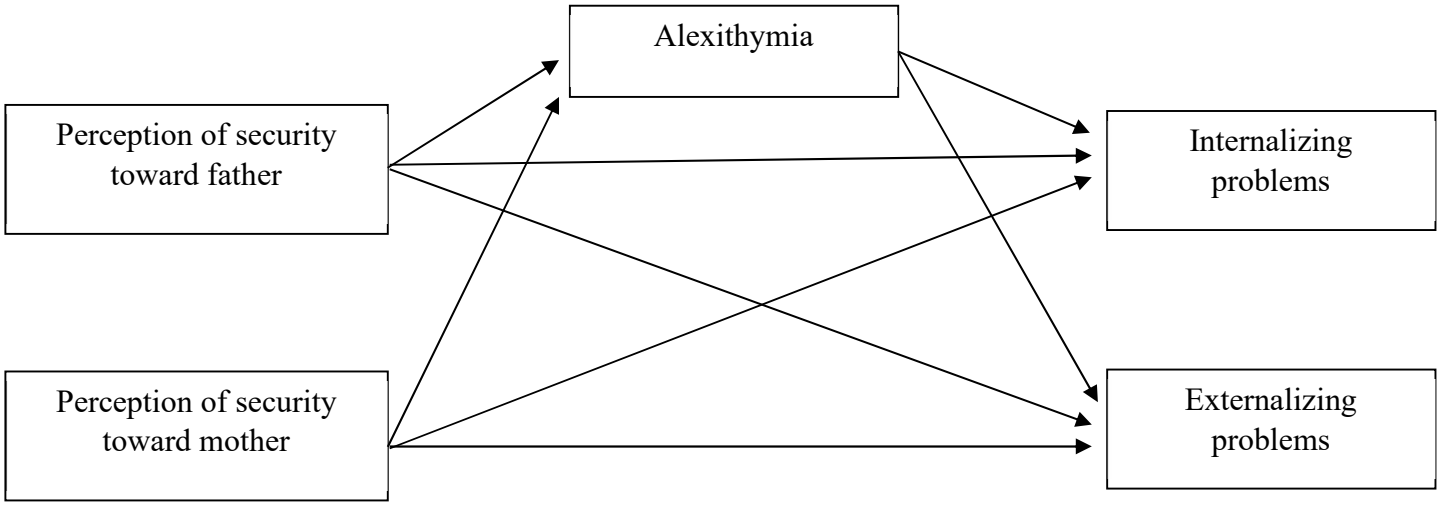

Figure 3.1 Mediational model tested

Notes. Control variables are included, but not illustrated in the model.

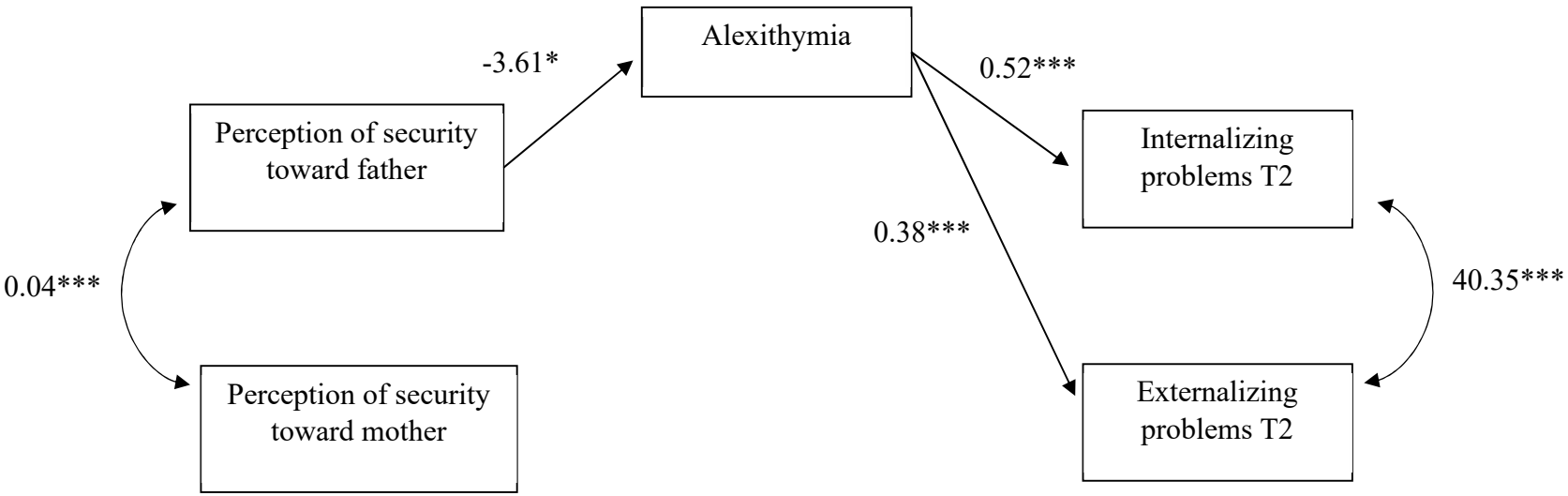

Figure 3.2. Mediational model

Notes. The model coefficients are unstandardized. Only significant paths are presented. *p < .05. **p < .01. ***p < .001. Control variables are included, but not illustrated in the model.

4. CHAPITRE IV

DISCUSSION GENERALE

La période scolaire est une période charnière où les avancées développementales des enfants se multiplient. En dépit des efforts déployés en prévention, une proportion significative des enfants sont victimes d'une AS (Stoltenborgh, IJzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011). Les écrits scientifiques mettent en évidence qu'au cours des mois et des années qui suivent l'AS, ces enfants éprouvent davantage de difficultés intériorisées et extériorisées (Lewis, McElroy, Harlaar, & Runyan, 2016). À long terme, ceux-ci sont aussi à risque d'emprunter une trajectoire caractérisée par des symptômes de stress post-traumatique, de dépression et d'idéations suicidaires (Mills, Kisely, Alati, Strathearn, & Najman, 2016). Toutefois, une proportion des enfants victimes montre inversement peu ou pas de symptômes à la suite de l'AS vécue (Pérez-González, Guilera, Pereda, & Jarne, 2017). Cet écart suggère que certains facteurs, à ce jour méconnus, sont susceptibles d'expliquer cette diversité et de favoriser un épanouissement de ces enfants malgré l'AS vécue. Cette réflexion constitue ainsi le questionnement dans lequel prend racine cette thèse.

La présente recherche a pour but d'explorer l'un de ces potentiels facteurs chez les enfants d'âge scolaire victimes d'AS, soit l'alexithymie. La littérature scientifique montre que les adolescents et les adultes confrontés à une AS éprouvent davantage de difficulté à identifier et à exprimer leurs émotions. Or, à ce jour, aucune étude n'a investigué ce thème à la période de l'enfance. De plus, les corrélats et les facteurs impliqués dans le développement de l'alexithymie demeurent peu étudiés,

particulièrement chez ce groupe d'âge. D'un point de vue clinique, l'alexithymie apparaît comme une variable de choix puisqu'elle peut représenter une cible d'intervention modifiable par le biais d'interventions adaptées.

Ainsi, afin d'approfondir les connaissances théoriques actuelles, la présente thèse doctorale aspirait à explorer le rôle de l'alexithymie dans l'adaptation des enfants d'âge scolaire victimes d'AS. Un premier objectif de cette thèse était de comparer le niveau d'alexithymie des enfants d'âge scolaire victimes d'AS avec celui de pairs non victimisés et ce, en considérant les caractéristiques personnelles et liées à l'AS. La présente thèse visait également à tester le rôle médiateur de l'alexithymie dans la relation entre la victimisation sexuelle et les difficultés comportementales (intériorisées/extériorisées). En troisième lieu, cette thèse visait à mieux comprendre les facteurs liés à l'alexithymie chez les victimes d'AS notamment la PSA à la figure maternelle et à la figure paternelle à l'aide d'un devis longitudinal. Les analyses prévues incluaient également l'évaluation du rôle médiateur de l'alexithymie dans la relation entre la PSA et les problèmes de comportements chez les enfants victimes d'AS.

Ce chapitre comprend quatre sections. D'abord, une synthèse des principaux résultats issus des deux articles est présentée. La deuxième section de la discussion porte sur les contributions originales de la thèse et la troisième, sur les limites et pistes à considérer pour les recherches futures. Finalement, la quatrième partie de la discussion présente les implications cliniques des résultats obtenus et se termine par une conclusion.

4.1 Principaux résultats

La synthèse des résultats s'appuie sur les catégories principales de déterminants de l'adaptation des enfants victimes d'AS selon le modèle transactionnel de Spaccarelli (1994). Rappelons l'intérêt de ce modèle qui postule qu'une série d'interactions

personne-environnement influe sur le profil symptomatologique des victimes d'AS. La situation d'AS, l'environnement et les facteurs personnels constituent trois catégories de déterminants qui expliquent l'hétérogénéité des profils des victimes. Dans la présente thèse, cette catégorisation des déterminants est utilisée afin de dresser un portrait de l'alexithymie chez les enfants victimes d'AS. Les quatre thèmes retenus sont les suivants : 1) Influence de la victimisation sexuelle et de ses caractéristiques sur l'alexithymie, 2) Influence des facteurs personnels sur l'alexithymie, 3) Liens entre l'alexithymie et les facteurs liés à l'environnement, 4) Les effets délétères de l'alexithymie sur l'adaptation.

4.1.1 Influence de la victimisation sexuelle et de ses caractéristiques sur l'alexithymie

Rappelons que les études antérieures révèlent des résultats variables quant au lien unissant la victimisation sexuelle et l'alexithymie. À ce jour, la littérature n'offrait aucune donnée empirique sur l'alexithymie chez les enfants victimes d'AS. Pour la première fois, les résultats montrent que les enfants victimes d'AS présentent davantage de difficultés à identifier et à exprimer leurs émotions selon l'évaluation de leurs parents. Les études de cette thèse appuient ainsi l'existence d'un lien entre le fait d'avoir été victime d'une AS et la présence d'alexithymie chez les enfants d'âge scolaire. D'une part, ce constat appuie les conclusions de plusieurs études antérieures réalisées auprès d'adultes qui révèlent des difficultés accrues d'alexithymie chez les survivants d'AS à l'enfance (Gaher et al., 2015). D'autre part, ceux-ci concordent également à ceux obtenus auprès d'un échantillon représentatif d'adolescents québécois (n = 6,531) qui indique que ceux ayant été victimes d'AS rapportent davantage d'alexithymie que ceux non victimisés (Hébert, Boisjoli, Blais, & Oussaïd, 2018).

L'alexithymie pourrait ainsi constituer un mécanisme par lequel les victimes réagissent au lot d'émotions négatives occasionné par le trauma de l'AS (Krystal, 1988). Tel que

postulé par le modèle des dynamiques traumagéniques (Finkelhor & Browne, 1985), les émotions négatives de honte et de culpabilité sont communément exprimées par les victimes d'AS. Le fait de s'attribuer la responsabilité des gestes commis par l'agresseur (ex. « c'est arrivé parce que j'ai fait quelque chose de mal » ; « j'aurai dû lui dire d'arrêter ») est susceptible d'exacerber les difficultés vécues par les victimes (Yancey & Hansen, 2010). Les émotions de honte et de culpabilité sont d'ailleurs parmi les plus fortement corrélées à l'alexithymie (Lecours, Philippe, Boucher, Ahoundova, & Allard-Chapais, 2016). Ce résultat de la présente thèse se joint ainsi au nombre croissant d'études qui soutiennent que la victimisation sexuelle peut interférer avec le développement émotionnel à l'enfance.

La recension de la littérature montre que les liens significatifs répertoriés entre les caractéristiques de l'AS et l'adaptation l'ont principalement été dans le cadre d'études rétrospectives (Adams, Mrug, & Knight, 2018; Pérez-Fuentes et al., 2013). Des symptômes exacerbés sont généralement attendus chez les victimes d'AS impliquant des gestes plus sévères (ex. pénétration), de plus longue durée et perpétrée par un membre de la famille immédiate. Plus spécifiquement pour l'alexithymie, quelques études ont établi des liens avec ces caractéristiques, mais uniquement dans le cadre de recherches auprès de populations adultes (Zeitlin, McNally, & Cassiday, 1993; Scher & Twaite, 1999). La présente thèse permet donc de pallier cette limite de la littérature en investiguant l'alexithymie et les caractéristiques des AS auprès des enfants d'âge scolaire.

Nos données indiquent une absence de différence significative entre la sévérité des gestes, de la durée et du lien unissant l'enfant et son agresseur et d'alexithymie. Ces résultats peuvent s'avérer à première vue surprenants considérant les données antérieures obtenues auprès d'échantillons adultes. Une première explication pourrait résulter d'un dévoilement partiel de l'enfant face aux caractéristiques de l'AS vécue en début de démarche. L'étape du dévoilement est fréquemment un moment difficile pour

les enfants victimes, ce qui pourrait expliquer l'omission de certains faits. Par exemple, certains enfants dévoileront certains évènements en cours de thérapie (ex. une AS intrafamiliale) alors qu'initialement, seule une AS extrafamiliale était rapportée. D'autres dévoileront partiellement les gestes commis en omettant certains actes (ex. pénétration).

Une deuxième explication de ce résultat pourrait résider dans les biais propres aux études rétrospectives. Tel qu'indiqué par la recension de Reuben et ses collègues (2016), les mesures subjectives de psychopathologie sont plus étroitement associées aux expériences de vie adverses rapportés lorsqu'un devis rétrospectif, plutôt que prospectif, est utilisé. Selon Susser et Widom (2012), l'explication la plus plausible à ce phénomène serait que les individus aux prises avec des difficultés notables à l'âge adulte auraient tendance à davantage rapporter leurs difficultés à l'enfance. Inversement, les individus ayant un meilleur fonctionnement à l'âge adulte auraient tendance à sous-rapporter les évènements de vie adverses vécus à l'enfance. Par exemple, les adultes aux prises avec des difficultés plus saillantes pourraient avoir tendance à rapporter des AS plus sévères ou plus chroniques contrairement aux individus plus fonctionnels. Ce phénomène pourrait ainsi expliquer le constat selon lequel l'alexithymie ne diffère pas selon les caractéristiques de l'AS chez des enfants d'âge scolaire, mais varie dans les études réalisées auprès d'adultes. Néanmoins, soulignons que davantage de recherches sont nécessaires pour établir cette conclusion avec certitude. Par ailleurs, de nombreuses études réalisées auprès de la population spécifiques des enfants victimes d'AS ne rapportent pas de lien entre les caractéristiques de l'AS et différents indicateurs de détresse chez l'enfant (Hébert, Langevin, & Daigneault, 2016; Tremblay-Perreault & Hébert, 2019).

4.1.2 Influence des facteurs personnels sur l'alexithymie

Selon le modèle de Spaccarelli, certains facteurs personnels influent également sur l'adaptation. Les données issues de la présente thèse montrent que les filles et les garçons d'âge scolaire présentent des niveaux similaires d'alexithymie, et ce indépendamment de leur historique de victimisation sexuelle. Ce constat infirme donc l'hypothèse de départ, proposée à titre exploratoire, selon laquelle les garçons présenteraient davantage d'alexithymie. À défaut de pouvoir comparer ce résultat à d'autres études portant sur la victimisation chez les enfants, des conclusions analogues sont obtenus auprès d'enfants issus de populations cliniques et générales (Costa, Steffgen, & Vögele, 2019; Luca, Silvia, Giulia, & Renata, 2016; Sendzik, Schäfer, Samson, Naumann, & Tuschen-Caffier, 2017; van Strien, Beijers, Smeekens, Winkens, & Konttinen, 2019). Ajoutons qu'une récente étude de validation de l'outil utilisé, le *Children's Alexithymia Measure*, appuie également une absence de différence selon le genre chez des enfants d'âge scolaire victimes d'AS (Hébert, Smith, Boisjoli, & Larouche, 2020).

D'un point de vue théorique, les filles et les garçons sont tous deux susceptibles de développer de l'alexithymie en raison des stéréotypes sociétaux. Selon la théorie de socialisation des genres, la socialisation joue un rôle de premier plan dans l'évolution des diverses sphères de développement des enfants. Les stéréotypes de genre véhiculés par la culture influent sur les capacités, les normes et les valeurs qui sont développés par les individus (Castra, 2013). En ce sens, l'expression des émotions comme la tristesse ou la peur serait davantage valorisée chez les filles que chez les garçons, ce qui pourrait se traduire par un niveau d'alexithymie accru tel que constaté dans l'étude menée par Hébert et ses collègues (2018). En contrepartie, certains stéréotypes propres au genre féminin peuvent également favoriser l'apparition d'alexithymie. Les filles sont, par exemple, encouragées à être conciliantes et sensibles aux besoins des autres (Rouyer, Mieyaa, & Blanc, 2014). Néanmoins, l'exacerbation de ces attitudes peut

entraîner une moins grande propension à être attentive et à assumer ses propres émotions. Les garçons et les filles sont ainsi tout deux susceptibles de rencontrer des obstacles de normes de genre pouvant exacerber leur niveau d'alexithymie. Les études réalisées offrent une contribution intéressante sur les comparaisons de genre de l'alexithymie chez les enfants victimes d'AS. La poursuite des recherches sera toutefois nécessaire pour statuer avec certitude sur les différences de genre.

Dans la présente thèse, l'âge a également été considéré à titre de facteur personnel susceptible d'influer le niveau d'alexithymie. En dépit d'une faible corrélation trouvée au départ, les modèles statistiques finaux des deux articles de la thèse indiquent une absence de corrélation significative entre l'âge et l'alexithymie. Ce résultat s'inscrit dans une lignée d'études rapportant des conclusions hautement variables indiquant une augmentation, une diminution ou encore, une absence de variation selon l'âge (Costa, Steffgen, & Samson, 2017; Di Trani, Presaghib, Renzia, Greenmanc, & Solanoa, 2018; Hébert et al., 2020). D'une part, il apparaît logique qu'au cours de l'enfance, les enfants améliorent leurs aptitudes émotionnelles notamment en raison du développement intellectuel et langagier. Néanmoins, les attentes vis-à-vis chaque groupe d'âge sont également ajustées au stade développemental, ce qui peut se traduire par une absence de variation du niveau d'alexithymie selon l'âge. Dans ce cas-ci, l'âge aurait peu ou pas d'effets sur l'alexithymie manifestée par les enfants à l'âge scolaire. Ceci rejoint les résultats longitudinaux obtenus auprès d'adultes qui appuient la stabilité relative de l'alexithymie à travers le temps (Hiirola et al., 2017; Tolmunen et al., 2011).

4.1.3 Liens entre l'alexithymie et les facteurs liés à l'environnement.

Parmi les déterminants du modèle de Spaccarelli figure les facteurs liés à l'environnement qui réfèrent notamment à la qualité de la relation parent-enfant. Selon les données de cette thèse, la PSA à la mère et celle au père sont tous deux corrélés significativement à l'alexithymie chez l'enfant victimes d'AS. Ce constat s'avère

cohérent avec l'idée que la qualité de la relation d'attachement parent-enfant joue un rôle dans le développement émotionnel (Thompson, 2013). En ce sens, une relation perçue comme sécurisante est susceptible d'agir comme facteur de protection contre l'émergence d'alexithymie et ce, même en contexte traumatique. Inversement, la présence d'alexithymie s'avère préoccupante considérant sa stabilité, mais également par son caractère nuisible dans l'adaptation des individus où des problèmes de comportements peuvent émerger. Ce résultat concorde avec la littérature antérieure montrant que l'attachement insécure est associé à de plus hauts niveaux d'alexithymie (Deborde et al., 2012; Oskis et al., 2013; Thorberg, Young, Sullivan, & Lyvers, 2011). Ce constat est également appuyé par des études longitudinales comme celle de Van Strien (2019) montrant que la qualité des interactions parent-enfant à l'âge de 15 mois prédit le niveau d'alexithymie de l'enfant à 12 ans. Cet écart pourrait s'expliquer par l'acquisition plus rapide et efficace du langage lié aux émotions et à leur régulation chez les enfants sécures (Lemche, Klann-Delius, Koch, & Joraschky, 2004).

La présente thèse innove en s'intéressant simultanément à l'impact de la PSA à la mère et au père. Les données indiquent que la qualité de la relation au père prédit significativement l'alexithymie de l'enfant et ce, au-delà de la relation à la mère. Ainsi, les enfants victimes d'AS dont la relation au père est sécurisante présentent moins de difficultés d'alexithymie. Ce résultat est cohérent avec un courant d'études appuyant l'effet distinct de la relation au père sur les capacités émotionnelles des enfants. L'étude de Michiels et ses collègues (2010) révèle que la qualité de la relation perçue au père, et non celle à la mère, prédit les difficultés émotionnelles des enfants d'âge scolaire. De même, l'étude de Paniccia et ses collègues (2018) indique que l'alexithymie des adolescents est corrélée significativement à l'alexithymie de leur père, mais pas à celle de la mère. Selon la méta-analyse de Thorberg (2011), l'effet du père aurait tendance à être plus marqué dans les échantillons cliniques que dans les études réalisées auprès de jeunes de la population générale. Bien que cet écart puisse être lié à des différences

méthodologiques, les pères pourraient bel et bien avoir un apport unique contre l'émergence de l'alexithymie chez leur enfant victimes d'AS.

Quelques pistes d'explication émergent de la littérature concernant l'apport distinct du père et de la mère dans l'alexithymie de l'enfant. D'une part, les pratiques propres à chaque figure parentale peuvent expliquer les effets différenciés. En dépit de caractéristiques communes, les pères et les mères auraient des rôles et des interactions distincts avec leur enfant (Paquette, 2004a, 2004b). Les mères répondraient davantage aux besoins de base et aurait un grand rôle de rassurance alors que le père aurait tendance à favoriser une ouverture sur le monde et à stimuler l'enfant par des interactions plus physiques et déstabilisantes. Par exemple, les pères tendent à être plus exigeants et à demander davantage de clarifications que les mères dans leurs conversations avec les enfants, ce qui pourrait favoriser le développement du langage émotionnel. D'autre part, il est possible que d'autres éléments attribuables au parent influencent le niveau d'alexithymie de l'enfant. Par exemple, la littérature antérieure suggère que la victimisation sexuelle du parent est associée à l'alexithymie chez l'enfant (Luca et al., 2016). L'influence potentielle des variables parentales serait cohérente avec le fait que la variance expliquée de l'alexithymie dans la présente thèse demeure limitée (de 5% à 11%). Considérant que l'AS touche particulièrement les femmes, il est possible que ces facteurs expliquent les présents résultats où seule la qualité de la relation au père prédit significativement l'alexithymie.

Tel que proposé par Thorberg (2011), l'effet de la relation au père sur l'alexithymie pourrait être particulièrement important pour les populations cliniques telles que les victimes d'AS. Plusieurs éléments uniques de la relation père-enfant recoupent d'ailleurs certains enjeux susceptibles d'être soulevés lors d'une AS. D'abord, la plupart des AS sont perpétrés par des hommes. Ainsi, le fait d'avoir une relation proximale et sécure avec la figure paternelle pourrait présenter un effet bénéfique. Ajoutons que les interactions père-enfant se démarquent par l'utilisation de jeux

physiques comme la lutte (Paquette et al., 2004). Ces jeux peuvent ainsi offrir de saines opportunités lors desquelles les enfants peuvent expérimenter des déséquilibres de pouvoir où les limites sont respectées. À nouveau, ces expériences positives pourraient jouer un rôle protecteur face au développement de difficultés suite à l'AS qui constitue justement une expérience traumatique de transgression des limites et de rapport de force.

4.1.4 Les effets délétères de l'alexithymie sur l'adaptation

Subséquemment à l'effet de la victimisation sexuelle et de la qualité de la relation parent-enfant, l'alexithymie agit à titre de facteur de risque dans le développement de difficultés intériorisées et extériorisées. Les données de la présente thèse montrent ainsi que l'alexithymie joue un rôle médiateur entre la victimisation sexuelle et les problèmes de comportement. Ce modèle explique 32% des problèmes intériorisés et 32% des problèmes extériorisés. La relation entre la qualité du lien père-enfant et les difficultés comportementales est également expliquée, entre autres, par l'alexithymie. Le modèle statistique final explique, quant à lui, 46% de la variance des difficultés de type intériorisé et 56% de celles de type extériorisé.

Ces résultats soutiennent le postulat selon lequel l'alexithymie est un mécanisme permettant d'expliquer l'apparition de difficultés d'adaptation chez les victimes d'AS. Alors que l'alexithymie est d'abord une stratégie tentée par les victimes d'AS pour faire face au trauma vécu, les résultats montrent qu'elle agit en contrepartie comme facteur de risque ultérieur pour le développement de problèmes de comportement. L'alexithymie pourrait ainsi être l'une des stratégies utilisées par les victimes pour faire face aux affects négatifs générés par l'AS (Krystal, 1988; Polusny & Follette, 1995). Tel que mis de l'avant dans le modèle des dynamiques traumagéniques (Finkelhor & Browne, 1985), les émotions négatives comme la honte ou la culpabilité sont communément rapportés par les survivants d'AS. La présence accrue d'alexithymie

pourrait ainsi être exacerbée chez les victimes qui doivent affronter ces affects souffrants. D'ailleurs, les sentiments de honte et de culpabilité sont parmi les plus associés à l'alexithymie selon l'étude de Lecours et ses collègues (2016) réalisées auprès d'adultes. Notons toutefois que cette étude confirme le rôle médiateur de ces émotions seulement entre l'abus émotionnel et l'alexithymie.

La littérature sur les liens entre les difficultés intériorisés et l'alexithymie tend à devenir étoffée dans les dernières décennies. Bien que plus limitée, les résultats d'études auprès d'enfants révèlent des conclusions concordantes avec les données de la présente thèse. Plusieurs recherches transversales montrent des liens entre l'alexithymie, la somatisation, la dépression et l'anxiété (Cerutti et al., 2020; Di Trani et al., 2013). Sur le plan longitudinal, l'étude de Rieffe et De Rooji (2012) a investigué l'évolution conjointe de l'alexithymie et des symptômes intériorisés tous les 6 mois durant une période de 2 ans. Les résultats montrent que la plupart des jeunes vivent une diminution de leur symptômes intériorisés au fil du temps alors que d'autres rapportent une augmentation. L'évolution de l'alexithymie s'avère être hautement prédictive de la croissance ou la décroissance des symptômes intériorisés. Une fois de plus, ces résultats soulèvent l'importance d'axer sur les compétences émotionnelles pour favoriser la résilience chez les enfants.

Les écrits concernant l'alexithymie et les problèmes extériorisés demeurent plus parcellaires. Les liens mis en lumière dans la présente thèse contribuent ainsi à élargir les connaissances concernant ces problématiques. Les quelques études réalisées par le passé suggèrent des résultats similaires en montrant une relation positive entre l'alexithymie et les symptômes extériorisés (Di Trani et al., 2013). Par exemple, Prino et ses collègues (2019) soutiennent que l'alexithymie médie la relation entre la cyberintimidation et les difficultés extériorisées dans un échantillon de 1 092 jeunes âgés de 8 à 14 ans. De même, une autre étude récente (Silvestri, Chiarotti, Giustini, & Cardona, 2019) soulève des liens significatifs entre ce type de difficultés et la difficulté

autorapportée à identifier ses émotions. Ces constats soutiennent ainsi que la présence d'alexithymie peut mener à des problématiques intériorisées, mais également extériorisées chez les victimes d'AS.

4.2 Contributions originales

La présente thèse apporte plusieurs contributions significatives aux connaissances actuelles et ce, tant sur le plan scientifique que clinique. Les enfants VAS sont reconnus pour manifester des profils cliniques particulièrement variables, allant de l'absence de symptômes jusqu'à la rupture de fonctionnement (Hébert, 2011). Cette variabilité amène une question cruciale qui demeure à ce jour : Quels facteurs permettent aux enfants de retrouver un bien-être psychologique, malgré l'AS vécue ? Cette thèse permet ainsi de documenter pour la première fois l'un de ces mécanismes chez les enfants victimes d'AS, l'alexithymie. Les deux études réalisées permettent ainsi de raffiner les connaissances théoriques sur l'alexithymie chez cette population ainsi que son impact sur les difficultés comportementales. Les études rétrospectives auprès d'adultes corroborent également la persistance de difficultés psychologiques et physiques chez les individus alexithymiques (Di Tella & Castelli, 2016; Hemming et al., 2019). Cette thèse offre, quant à elle, un nouvel éclairage sur les liens existants entre l'alexithymie et la survenue de problèmes intériorisés et extériorisés dans une perspective à court terme. Ajoutons que les résultats de la thèse indiquent que la perception de la relation père-enfant contribue de façon singulière à la prédiction de l'intensité des problèmes intériorisés et extériorisés chez l'enfant, et ce, en tenant compte notamment de la perception de la relation mère-enfant.

La présente thèse se démarque en raison de plusieurs forces permettant de surmonter les limites de la littérature antérieure sur la victimisation sexuelle et sur l'alexithymie. D'abord, la taille de l'échantillon utilisé mérite d'être soulignée considérant que cet écueil est fréquent dans la littérature portant sur les victimes d'AS. Le recrutement de

cette population clinique requiert des considérations éthiques poussées et un solide partenariat entre les milieux professionnels et scientifiques. L'inclusion d'un groupe de comparaison représente également un atout et permet de mieux connaître les besoins propres aux enfants d'âge scolaire victimes d'AS. Pour l'alexithymie, le fait d'utiliser un instrument hétéro-rapporté et validé représente un ajout à la littérature existante. De surcroît, l'utilisation d'un outil complété par l'enfant sur sa relation avec ses parents revêt également un caractère novateur en permettant d'évaluer distinctivement la relation à chacun des parents, qui peut, tel que constaté, révéler une contribution unique pour chacun. La présente thèse met en lumière le rôle singulier du père dans le développement émotionnel des enfants victimes d'AS. Ceci s'avère d'autant plus pertinent considérant que les connaissances sur la relation parent-enfant sont moindres pour la tranche d'âge scolaire (Bosmans & Kerns, 2015). Ce constat est particulièrement vrai pour le besoin de connaissances sur la relation père-enfant, qualifié de « *urgent need* » dans la recension de Fearon et ses collègues (Fearon, Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn, Lapsley, & Roisman, 2010). Le *Kerns Security Scale* permet également d'obtenir un modèle reposant sur un devis multi-répondant. En effet, l'utilisation conjointe de données obtenues par l'enfant (pour la PSA) et par les parents (pour l'alexithymie et les problèmes de comportements) mérite d'être souligné et constitue une force méthodologique.

Pour terminer, il importe de rappeler que les études portant sur les enfants victimes d'AS demeurent parcellaires. En effet, la plupart des recherches en victimisation sexuelle sont réalisées auprès d'adultes agressés sexuellement à l'enfance. Cela entraîne un écart temporel important entre la survenue du traumatisme et la complétion des données de recherche, ce qui exacerbe le risque d'erreur de rappel. La réalisation d'études dès la période développementale du traumatisme permet donc de minimiser ce biais.

4.3 Limites et pistes de recherche futures

Le savoir sur la victimisation sexuelle chez les enfants ont grandement évolué dans les dernières décennies. La présente thèse aspire à contribuer au développement de ce champ de compétence et à surmonter les écueils des études passées. En dépit de son utilité et de son caractère novateur, cette thèse comporte des limites qui méritent d'être soulevées.

Sur le plan méthodologique, le devis transversal de la première étude limite l'établissement d'un lien de causalité entre les variables utilisées. En ce sens, il demeure possible que les données relatives aux variables endogènes du modèle (alexithymie, problèmes intériorisés et extériorisés) aient été présentes avant l'AS. Il importe de souligner également la faible variabilité du *Kerns Security Scale* particulièrement pour l'évaluation de la perception de sécurité de la relation mère-enfant. D'une part, celle-ci peut avoir limité la puissance statistique de l'étude. Mentionnons également que le *Kerns Security Scale* permet uniquement d'évaluer la qualité de la relation parent-enfant via un continuum de sécurité-insécurité. Bien que cela puisse constituer une force en soi, l'absence de catégories d'attachement insécure limite la compréhension des liens spécifiques pouvant être fait avec l'alexithymie. En effet, certains auteurs rapportent que les associations avec l'alexithymie pourraient varier selon que l'individu présente un attachement ambivalent ou évitant (Besharat, 2010; Wearden, Lamberton, Crook, & Walsh, 2005). L'approfondissement des mécanismes relatifs à ces concepts s'avère ainsi être une piste pertinente pour les études futures.

Une autre limite est l'utilisation d'une seule source d'information pour l'évaluation des problèmes de comportement des enfants. Les parents peuvent faire l'objet de biais lors de l'évaluation des difficultés de leur enfant (De Los Reyes & Kazdin, 2005). Ainsi, une approche multi-répondant (par exemple, des données provenant aussi de

l'éducateur/trice ou de l'enseignant/e de l'enfant) pourrait favoriser l'obtention d'un portrait global et nuancé des comportements de l'enfant.

En dépit de l'inclusion de plusieurs variables contrôles, certains facteurs n'ont pu être considérés dans la présente thèse. Par exemple, l'ajout d'une mesure du langage aurait pu être pertinente pour contrôler l'impact potentiel des compétences verbales sur l'alexithymie. La recension de Hobson et ses collègues (2019) met en lumière des liens nuancés entre l'alexithymie et les difficultés langagières. Ainsi, bien qu'un déficit langagier puisse constituer un terrain fertile pour l'apparition d'alexithymie, d'autres facteurs peuvent également engendrer le développement de cette difficulté (Karukivi et al., 2012; Snow, Woodward, Mathis, & Powell, 2016). La considération de d'autres types de traumas serait également un atout pour les études futures. Ceci permettrait notamment d'observer la contribution spécifique de chaque type d'expériences traumatiques. En effet, tel que détaillé précédemment, l'alexithymie pourrait être liée différemment selon différentes formes de maltraitance vécues pendant l'enfance (Brown, Fite, Stone, & Bortolato, 2016; Brown, Fite, Stone, Richey, & Bortolato, 2017).

Les études futures devraient poursuivre l'exploration de l'alexithymie chez les enfants victimes d'AS en portant un regard attentif aux variables parentales. Par exemple, la victimisation des parents pourrait être un vecteur de développement de difficultés émotionnelles chez leur enfant. À notre connaissance, la seule étude réalisée à ce sujet révèle que les antécédents de victimisation sexuelle de la mère et d'abus physique du père à l'enfance prédisent significativement la difficulté de leur enfant à identifier ses émotions (Luca et al., 2016). Il est d'ailleurs reconnu qu'il existe un phénomène de continuité intergénérationnelle où près de la moitié des mères d'enfants victimes rapportent avoir été victimes d'AS alors que ce pourcentage est plutôt de 20% dans la population générale (Baril & Tourigny, 2015; Charest, Hébert, & Bernier, 2018; Stoltenborgh et al., 2011). Sachant que les expériences traumatiques amènent un niveau

plus élevé d'alexithymie, il serait également pertinent d'explorer l'effet de l'alexithymie parentale sur l'alexithymie des enfants. Les études croissantes sur l'alexithymie parent-enfant tendent à démontrer des liens pouvant être différents pour les mères et les pères (Castañeda López, Peñacoba Puente, & Benito Moreno, 2018; Paniccia et al., 2018).

Une autre piste pertinente à explorer est l'évolution de l'alexithymie à travers le temps pour les enfants victimes d'AS. Plusieurs études se sont intéressées à la stabilité de l'alexithymie, mais peu l'ont fait en contexte traumatique. L'alexithymie secondaire, présentée comme mécanisme de défense, est-elle normative chez la plupart des victimes à court terme ? Cette difficulté émotionnelle s'estompe-t-elle à travers le temps ? Quel est l'effet des traitements actuellement offerts (ex. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy [TF-CBT]) sur l'alexithymie de l'enfant ?

Il serait particulièrement intéressant d'investiguer la relation entre l'alexithymie rapportée par l'enfant à celle perçue par le parent. L'une des rares études à avoir évalué l'alexithymie de l'enfant via deux mesures (autorapportée et complétée par le parents) révèle qu'elles indiquent toutes deux un niveau plus élevé d'alexithymie dans le groupe clinique (Griffin, Lombardo, & Auyeung, 2016). Or, les deux scores d'alexithymie ne sont pas corrélés, suggérant ainsi que les parents et les enfants utilisent des sources d'informations différentes. L'utilisation d'une approche multi-répondants apparaît ainsi comme une piste intéressante.

4.4 Implications cliniques

D'un point de vue clinique, la présente thèse revêt une importance précieuse pour semer de l'espoir aux parents. À la suite du choc du dévoilement d'AS, les parents sont généralement hautement soucieux d'agir de façon à minimiser les effets de la victimisation sur leur enfant. Les données de cette thèse appuient d'une part que de

travailler la capacité de l'enfant à identifier et exprimer ses émotions peut agir de facteur de protection face au développement de difficultés ultérieures. Les parents tendent également à croire que les caractéristiques de l'AS ont un impact considérable sur les symptômes manifestés par leur enfant. Or, la présente thèse nuance cette croyance et suggère plutôt que les caractéristiques ne sont pas un facteur déterminant. En dépit de l'impuissance ressentie par les parents devant le traumatisme vécu par leur enfant, ces derniers jouent un rôle déterminant dans la suite de la trajectoire de celui-ci. Ajoutons que l'amélioration de la relation parent-enfant, particulièrement celle au père, agit également comme facteur d'impact sur l'alexithymie de l'enfant. Ces pistes s'avèrent ainsi pertinentes pour redonner un sentiment de pouvoir aux parents.

Les constats de cette thèse permettent également de mieux déterminer les cibles d'intervention pour les enfants victimes d'AS. L'amélioration du niveau d'alexithymie d'un enfant est susceptible de limiter les effets délétères de l'AS sur le plan psychologique. Des études montrent d'ailleurs que l'expression des affects entraîne une diminution de l'activation de certaines aires neurologiques (Constantinou, Van Den Houte, Bogaerts, Van Diest, & Van den Bergh, 2014). Un souci particulier devrait donc être accordé à l'alexithymie dans les traitements offerts. L'identification et l'expression des affects constitue d'ailleurs un module de base dans l'un des traitements les plus empiriquement validé pour les victimes d'AS, la TF-CBT (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2016). Bien que l'effet de cette thérapie sur l'alexithymie n'ait jamais été testé, ce traitement s'avère efficace pour diminuer les symptômes de stress post-traumatique et les difficultés de comportement des enfants d'âge scolaire victimes d'AS (Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon, & Steer, 2011; Deblinger, Mannarino, Cohen, & Steer, 2006). Les cliniciens devraient ainsi mettre l'accent sur la conscience de l'enfant des liens entre ses états physiologiques et les affects (Way, Yelsma, Van Meter, & Black-Pond, 2007). La psychoéducation des émotions de base et l'utilisation de stratégies créatives pour favoriser l'expression des affects s'avèrent ainsi pertinentes.

L'implication des parents dans le traitement s'avère également judicieuse pour accroître les capacités émotionnelles de l'enfant. La présence d'un adulte significatif pour l'enfant est d'ailleurs encouragée dans la TF-CBT (Simoneau, Daignault, & Hébert, 2011). Cette thérapie offre un volet individuel à l'enfant, au parent ainsi que des rencontres conjointes pour la dyade. Cette formule permet ainsi un travail parallèle où l'identification des émotions peut être travaillées avec l'enfant alors que des pratiques sensibles et bienveillantes sont discutées avec le parent. Tel que démontré par les résultats, l'inclusion du père devrait être favorisée à cette étape du processus. Le travail sur la relation parent-enfant apparaît également justifié considérant que les enfants victimes d'AS présentent davantage d'attachement désorganisé que leurs pairs non victimisés (Charest et al., 2018).

Étant particulièrement répandue chez les enfants victimes d'AS, l'alexithymie devrait être investiguée dès le début du traitement puisqu'elle est susceptible d'entraver l'effet de celui-ci. Plusieurs études montrent l'effet modérateur de l'alexithymie dans l'efficacité des traitements offerts aux populations cliniques (Ogrodniczuk, Piper, & Joyce, 2011; Quilty, Taylor, McBride, & Bagby, 2017). En d'autres mots, le fait d'être alexithymique prédispose l'individu à des difficultés psychologiques, mais aussi à de plus faibles améliorations à la suite d'un traitement. La thérapie étant fréquemment axée sur les émotions, les clients présentant un déficit à ce niveau ont plutôt tendance à manifester de la confusion face aux affects, à répondre brièvement ou se centrer sur des actions concrètes (Lumley, Neely, & Burger, 2007). Le discours des patients alexithymiques peut également tendre à être ennuyeux pour leur interlocuteur (Taylor, Ryan, & Bagby, 1985). Le contre-transfert négatif du thérapeute et une alliance thérapeutique plus fragile sont soulevés pour expliquer des effets thérapeutiques moindres (Quilty et al., 2017). Il importe ainsi de cibler dès le départ ces enfants pour adapter le traitement offert.

Ce constat soulève également l'importance d'inclure ces notions dans la formation académique des futurs cliniciens. D'une part, il est probable qu'une proportion notable de leurs clients en demande d'aide soient aux prises avec un niveau d'alexithymie élevé. Il importe alors de sensibiliser et former les cliniciens sur les différentes avenues pour travailler avec ces clients malgré leur déficit émotionnel. D'autre part, le fait d'être conscientisés à l'alexithymie et ses impacts potentiels sur l'efficacité du traitement permet plus facilement de cibler cet enjeu. La connaissance des effets négatifs possibles sur le contre-transfert est susceptible de diminuer les risques d'inefficacité ou d'abandon du traitement.

4.5 Conclusion

Les données issues de cette thèse révèlent que les enfants victimes d'AS manifestent davantage d'alexithymie que leurs pairs n'ayant pas vécu un tel évènement. L'alexithymie constitue bel et bien un mécanisme explicatif des liens entre la victimisation sexuelle et les difficultés comportementales chez les jeunes d'âge scolaire. Chez les victimes, la perception d'une relation d'attachement sécure avec la mère et au père est corrélée à leur capacité à identifier et exprimer leurs émotions. Or, seule la relation au père prédit les difficultés comportementales de l'enfant via l'alexithymie. Cette étude est la première à investiguer l'alexithymie chez les enfants victimes d'AS et pose les bases d'un thème inexploré à ce jour. Ceci ouvre ainsi la possibilité de poursuivre et d'approfondir les connaissances en lien avec l'alexithymie chez les enfants victimes d'AS. La possibilité d'agir sur le niveau d'alexithymie apparaît comme un message d'espoir précieux pour les victimes et leurs proches. La présente thèse permet de mettre en lumière une cible d'intervention clinique susceptible d'aider ces jeunes et leur famille. À court terme, de meilleures capacités émotionnelles peuvent permettre une diminution des problèmes de comportement. Il est également probable que cette amélioration pourrait agir comme facteur de protection à moyen et à long terme pour prévenir l'apparition de difficultés ultérieures. L'intervention

précoce sur l'alexithymie est ainsi susceptible d'avoir un impact positif sur la trajectoire des enfants ayant courageusement survécu à une AS.

ANNEXE A

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

UQÀM
Université du Québec à Montréal

CIEREH
Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains

No du certificat : 2050_e_2017

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le *Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAM, a examiné le protocole de recherche suivant et jugé qu'il est conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par la Politique no 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains (décembre 2015).

Protocole de recherche

Chercheur principal : Martine Hébert
Unité de rattachement : Département de sexologie
Équipe de recherche :
Étudiantes de cycle supérieur : Laetitia Amedee; Sharon Cohen; Cyndi Boisjoli; Amélie Tremblay-Perreault
Agente de recherche : Manon Robichaud
Titre du protocole de recherche : *Documenter les trajectoires de guérison et optimiser le traitement des enfants et des adolescentes et adolescents victimes d'agression sexuelle*
Sources de financement (le cas échéant): IRSC
Durée du projet : 7 ans

Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approuvé par le CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiquées au comité[i]. Tout évènement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiqué au comité.
Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.
Le présent certificat d'éthique est valide jusqu'au **30 septembre 2018**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificat[ii].

Yanick Farmer, Ph.D.
Professeur
Président

25 septembre 2017
Date d'émission initiale du certificat

[i] http://recherche.uqam.ca/ethique/humains/modifications-apportees-a-un-projet-en-cours.html

[ii] http://recherche.uqam.ca/ethique/humains/rapport-annuel-ou-final-de-suivi.html

ANNEXE B

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

APPROUVÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE
11 MAI 2016
#2012-370
CHU SAINTE-JUSTINE

CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université de Montréal

UQÀM
Université du Québec à Montréal

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Trajectoires de développement et parcours de rétablissement et de résilience chez des enfants victimes d'agression sexuelle

(Developmental trajectories and pathways to recovery and resilience in children victims of sexual abuse)

Chercheures: MARTINE HÉBERT, Ph.D., département de sexologie, Université du Québec à Montréal
Dr. CLAIRE ALLARD-DANSEREAU, M.D., CHU Sainte-Justine
Dr. ANNE-CLAUDE BERNARD-BONNIN, 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).

Madame, Monsieur,

Nous sollicitons votre participation et celle de votre enfant à une étude menée par des chercheures de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et de l'Université de Montréal en collaboration avec la Clinique de pédiatrie socio-juridique du CHU Sainte-Justine. Cette étude porte sur les facteurs ainsi que les interventions qui aident les enfants d'âge scolaire et leurs parents à surmonter des événements difficiles (par exemple, une agression sexuelle) et sur l'évolution des enfants sur une période de deux ans. Nous sollicitons la participation des parents et des enfants qui consultent la Clinique de pédiatre socio-juridique du CHU Sainte-Justine. Les objectifs de ce projet sont d'identifier le profil de développement des enfants ayant dévoilé une agression sexuelle et les éléments qui influencent ce profil ainsi que d'évaluer l'efficacité des interventions offertes. Les données recueillies sont susceptibles de nous aider à identifier les besoins de ces enfants et de pouvoir mettre en place des services adaptés. De plus, le projet vise à explorer l'évolution des profils des enfants sur une période de deux ans.

EN QUOI CONSISTE LA PARTICIPATION AU PROJET?
Le projet comprend trois volets différents:

1) Collecte de données effectuée directement auprès des participants

Si vous décidez de participer, votre collaboration et celle de votre enfant à ce volet consistera en quatre entrevues individuelles avec une assistante de recherche qui permettront l'administration de questionnaires. Les questionnaires qui vous seront administrés ont trait à votre situation personnelle, psychologique, familiale et conjugale ainsi que sur le comportement et le développement de votre enfant. Les questionnaires administrés à votre enfant ont trait à son comportement et à son développement. La passation de questionnaires sous forme de jeux et d'images sera enregistrée par voie audio. Ces entrevues sont d'une durée moyenne de 90 minutes pour vous et de 60 minutes pour votre enfant. Vous et votre enfant serez rencontrés à quatre reprises pour une entrevue, soit lors de votre visite à la Clinique, et à environ 6 mois, un an et deux ans suivant la première rencontre. Les entrevues de relance auront lieu à votre domicile ou à l'université, selon votre convenance.

2) Dossier médical du CHU Ste-Justine

Votre participation à ce volet consiste à autoriser que l'équipe de chercheures accède aux informations contenues dans le dossier médical de votre enfant au CHU Ste-Justine. Cette autorisation ne vous demandera aucune participation supplémentaire. Ce dossier inclut la description détaillée des services reçus et de l'information sur l'évolution psychosociale, et médicale de votre enfant.

☐ Copie des participants ☐ Copie de l'équipe de recherche
Révision: 07.03.2016 - IRSC II / HSJ

3) Collecte de données effectuée auprès de l'enseignant/e

Si vous acceptez, l'enseignant/e sera aussi invité/e à compléter un questionnaire portant sur le comportement de l'enfant à l'école. On lui précisera qu'il s'agit d'une étude sur l'adaptation des jeunes enfants qui ont consulté au centre hospitalier au cours des derniers mois, sans préciser le motif de la consultation.

AVANTAGES DE L'ÉTUDE

Le fait de compléter des questionnaires peut vous permettre de faire le point sur différents aspects de votre vie, sur l'adaptation de votre enfant et de mieux saisir son développement. Le fait de recueillir ces informations sur l'ensemble des parents et des enfants nous permettra de mieux définir les caractéristiques des enfants qui ont été agressés sexuellement, de mieux saisir les besoins d'intervention et d'en adapter les services.

INCONVÉNIENTS ET RISQUES

Un possible inconvénient, pour vous et votre enfant, est le temps que vous accorderez pour compléter les questionnaires. Un désavantage possible serait de vous rappeler des épisodes désagréables de votre vie familiale ou de votre relation conjugale. Toutefois, l'assistante de recherche vous renseignera après l'entrevue sur les personnes-ressources disponibles si vous sentez le besoin de parler d'une expérience difficile. En ce qui concerne les risques encourus par votre enfant, tels que le rappel des événements traumatisants, des précautions sont prises afin qu'ils soient minimes. En ce sens, à aucun moment nous ne demandons à l'enfant de décrire ce qu'il a vécu. De plus, il est possible de faire une pause, selon les besoins, ou de mettre un terme à l'entrevue si vous ou votre enfant le désirez. Le personnel de recherche est constitué de professionnels formés au niveau collégial ou universitaire dans le domaine de la recherche sociale ou d'étudiantes de niveau universitaire inscrites dans un programme d'étude en lien avec le projet de recherche. Ces personnes ont déjà mené des entrevues auprès des enfants et des parents.

CONFIDENTIALITÉ ET UTILISATION DES DONNÉES RECUEILLIES

Pour éviter votre identification et celle de votre enfant comme personne participante à cette recherche, les données recueillies par cette étude seront traitées de manière ***entièrement confidentielle***, à moins d'une autorisation de votre part ou d'une exception de la loi (par exemple, en vertu de l'article 39 de la loi sur la Protection de la Jeunesse[1]). La confidentialité sera assurée par l'utilisation d'un code numérique pour identifier les questionnaires et les informations recueillies dans le dossier médical. Seuls l'équipe de chercheures et leurs assistantes auront accès aux formulaires de consentement. Ces personnes sont toutefois tenues au respect de la confidentialité des informations consultées. En plus des chercheures impliquées dans ce projet, des étudiants/es de maîtrise et de doctorat (supervisés/es par ces chercheures) pourraient avoir accès au fichier de traitement statistique des données dénominalisées. Ainsi, ces données pourraient faire l'objet d'une utilisation secondaire, ce qui ne permettrait d'aucune façon l'identification des participants/es. 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 mémoires (maîtrise) et thèses (doctorat). Les questionnaires, les informations recueillies dans le dossier médical et les enregistrements audio seront conservés sous clé dans les locaux de la chercheure principale (Martine Hébert - UQAM) et les seules personnes qui y auront accès sont les chercheurs/es associés/es au projet et le personnel de recherche. Ces documents seront détruits 5 ans après la dernière entrevue. L'enfant a droit à la confidentialité de ses réponses. Ainsi, elles ne seront pas discutées avec le parent. Le comité d'éthique du CHU Sainte-Justine et de l'UQAM ainsi que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'organisme subventionnaire pourront avoir accès aux données.

RESPONSABILITÉ DES CHERCHEURES

En acceptant de participer à cette recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui causerait préjudice à vous-même ou à votre enfant.

[1] Article 39. Toute personne qui a un motif raisonnable de croire qu'un enfant est victime d'abus sexuels ou de mauvais traitements physiques, est tenue de signaler sans délai la situation au Directeur de la protection de la jeunesse.

☐ Copie des participants ☐ Copie de l'équipe de recherche

COMPENSATION

Si vous acceptez de compléter les questionnaires, une compensation d'ordre monétaire de 20$ vous sera remise lors de chaque rencontre pour défrayer les coûts de déplacement et/ou les frais de gardiennage que pourrait entraîner votre participation.

EST-IL OBLIGATOIRE DE PARTICIPER?

Non. La participation à ce projet se fait sur une base volontaire. Vous et votre enfant êtes entièrement libres de participer ou non en partie ou en totalité aux différents volets du projet. Vous êtes également libre d'accepter ou non que votre enfant participe. Vous êtes libre de vous retirer du projet ou de retirer votre enfant à tout moment et qu'alors toutes les données recueillies vous concernant seront détruites. Sachez que la décision de participer ou non à cette étude n'affectera en rien les services reçus au CHU Sainte-Justine.

PERSONNES DISPONIBLES POUR RÉPONDRE À VOS QUESTIONS:

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, n'hésitez pas à communiquer avec nous aux coordonnées indiquées ci-dessous:

Martine Hébert, Ph.D. Professeur titulaire au département de sexologie, UQAM	(514) 987-3000 (poste 5697)
Dr. Claire Allard-Dansereau, M.D. CHU Sainte-Justine	(514) 345-4866
Dr. Anne-Claude Bernard-Bonnin, M.D. CHU Sainte-Justine	(514) 345-4866

Ce projet a été revu et approuvé par le comité d'éthique de la recherche (CER) du CHU Sainte-Justine. Si vous avez des questions au sujet des droits de votre enfant à titre de participant à l'étude ou une plainte à formuler, veuillez contacter la conseillère à la clientèle du CHU Sainte-Justine au (514) 345-4749.

Ce projet a également été revu et approuvé par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (CIÉR). Si vous avez des questions au sujet de vos droits à titre de participant ou de tuteur légal d'un enfant participant à ce projet ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la présidence du Comité, par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro (514) 987-3000 # 7753 ou par courriel à ciereh@uqam.ca.
Ces démarches visent à assurer la protection des participantes et participants.

☐ Copie des participants ☐ Copie de l'équipe de recherche

CONSENTEMENT ET ASSENTIMENT - SIGNATURES

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 et celle de mon enfant.
- 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 ou retirer mon enfant de l'étude en tout temps sans conséquence sur les services qui nous sont offerts.
- Je comprends toutefois que mon enfant demeure libre de se retirer de la recherche en tout temps et sans préjudice.
- Je comprends qu'en signant ce document, je ne renonce pas aux droits de mon enfant ni aux miens.
- Je comprends que je vais recevoir une copie signée du présent formulaire de consentement.

J'accepte librement que mon enfant participe aux quatre entrevues permettant la passation des questionnaires.	☐ Oui ☐ Non	Initiales du parent/tuteur
J'accepte librement de participer aux quatre entrevues permettant la passation des questionnaires.	☐ Oui ☐ Non	Initiales du parent/tuteur
J'accepte que les <u>données recueillies dans le dossier médical</u> de mon enfant soient transmises à l'équipe de chercheures pour qu'elles soient utilisées à des fins de recherche.	☐ Oui ☐ Non	Initiales du parent/tuteur
J'accepte que des informations sommaires soient présentées sous forme de tableau résumé à mon intervenant/e du CHU Sainte-Justine.	☐ Oui ☐ Non	Initiales du parent/tuteur
J'accepte que l'enseignant/e de mon enfant soit invité/e à compléter un questionnaire sur son comportement à chaque temps de mesure qui sera recueilli par l'équipe de recherche. Lors de la collecte des informations, j'ai la possibilité de refuser que l'enseignant/e soit contacté/e. L'enseignant/e ne sera pas informé/e que l'enfant a dévoilé une agression sexuelle.	☐ Oui ☐ Non	Initiales du parent/tuteur

Nom et prénom du parent/tuteur (Lettres moulées) | Consentement du parent/tuteur (Signature) | Date (jj/mm/aaaa)

Nom et prénom de l'enfant (Lettres moulées) | Assentiment de l'enfant (Signature) (si capable de comprendre la nature du projet) | Date (jj/mm/aaaa)

Assentiment verbal de l'enfant incapable de signer, mais capable de comprendre la nature de ce projet: ☐ Oui ☐ Non

Date de naissance de l'enfant (jj/mm/aaaa) | Âge de l'enfant

<u>SI VOUS AVEZ ACCEPTÉ DE PARTICIPER À CE PROJET DE RECHERCHE, VEUILLEZ COMPLÉTER LA SECTION SUIVANTE:</u>

(____)_____ (____)_____

Téléphone au domicile | ☐ **Cellulaire** ☐ **Au travail** | **Courriel**

Adresse Numéro Rue | Appartement

Municipalité | Province | Code postal

<u>Coordonnées de deux personnes</u> qui pourraient nous aider à vous rejoindre dans l'éventualité d'un déménagement:

Nom et prénom du contact (Lettres moulées) | Lien du contact avec le parent | (____)_____ # de téléphone

Nom et prénom du contact (Lettres moulées) | Lien du contact avec le parent | (____)_____ # 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. 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 de la personne qui a obtenu le consentement | Date (jj/mm/aaaa)

☐ Copie des participants ☐ Copie de l'équipe de recherche

APPROUVÉ PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE
14 JUIN 2017
#2012-370
CHU SAINTE-JUSTINE

UQÀM | Université du Québec à Montréal

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Trajectoires de développement des enfants d'âge scolaire

Chercheures: MARTINE HÉBERT, Ph.D., département de sexologie, UQAM
Dr. CLAIRE ALLARD-DANSEREAU, M.D., CHU Sainte-Justine
Dr. ANNE-CLAUDE BERNARD-BONNIN, M.D., CHU Sainte-Justine

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

Vous êtes invités à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Madame, Monsieur,

La direction de l'établissement scolaire de votre enfant nous a permis de solliciter votre participation et celle de votre enfant à une étude menée par Martine Hébert, professeure-chercheure à l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Cette étude porte sur les facteurs ainsi que les interventions qui aident les jeunes enfants d'âge scolaire et leurs parents à surmonter des événements sérieux (par exemple, une agression sexuelle) ainsi que sur d'autres facteurs (par exemple, la reconnaissance des émotions, le soutien des pairs, les stratégies de résolution de problèmes) qui peuvent influencent l'adaptation des enfants d'âge scolaire. La présente étude vise également à observer l'évolution des enfants sur une période d'un an. Nous sollicitons, par le biais de l'école, la participation des parents et des enfants et cherchons à obtenir un groupe de comparaison d'enfants qui n'ont pas vécu une agression sexuelle. Les données recueillies visent également à valider des questionnaires auprès d'enfants et leurs parents issus de la population générale. Les résultats du présent projet seront comparés avec ceux obtenus auprès de d'autres échantillons d'enfants et de parents ayant vécu des évènements de vie difficiles.

EN QUOI CONSISTE LA PARTICIPATION AU PROJET?

Le projet comprend deux volets différents :

1) Collecte de données effectuée directement auprès des participants

Si vous décidez de participer à ce volet, votre collaboration et celle de votre enfant consistera en deux entrevues individuelles avec un.e assistant.e de recherche qui permettront l'administration de questionnaires. Les questionnaires ont trait à votre situation personnelle, familiale et conjugale ainsi que sur le comportement et le développement de votre enfant. Les questionnaires administrés à votre enfant ont trait à son comportement et aux différents facteurs qui peuvent jouer un rôle (avoir du soutien des amis, être en mesure de trouver des solutions lorsque confronté à une situation difficile, etc.). Ces entrevues sont d'une durée moyenne de 60 minutes pour vous et 45 minutes pour votre enfant. Vous serez invités à participer à une première entrevue et une deuxième, un an plus tard. Celles-ci se dérouleront au lieu de votre choix soit à l'école de votre enfant, à votre domicile ou à l'Université du Québec à Montréal.

2) Collecte de données effectuée auprès de l'enseignant/e

Si vous acceptez, l'enseignant.e de votre enfant sera aussi invité.e à compléter un questionnaire portant sur son comportement à l'école.

☐ Copie des participants ☐ Copie de l'équipe de recherche
Révision : 08.12.2016 GT

AVANTAGES DE L'ÉTUDE

Le fait de compléter des questionnaires peut vous permettre de faire le point sur différents aspects de votre vie, sur l'adaptation de votre enfant et de mieux saisir son développement. Le fait de recueillir ces informations sur l'ensemble des parents et des enfants nous permettra de mieux définir les caractéristiques des enfants d'âge scolaire ainsi que les facteurs de protection impliqués dans leur fonctionnement. Votre participation constitue une contribution à l'avancement des connaissances dans le domaine du développement des enfants et permettra de raffiner certains questionnaires.

INCONVÉNIENTS ET RISQUES

Certains inconvénients et risques peuvent survenir lorsque vous complétez des questionnaires. Un inconvénient possible, pour vous et votre enfant, est le temps que vous accorderez pour remplir les questionnaires. Un désavantage possible serait de vous rappeler des épisodes désagréables de votre vie familiale ou de votre relation conjugale. Toutefois, l'assistant.e de recherche vous renseignera après l'entrevue sur les personnes-ressources disponibles si vous sentez le besoin de parler d'une expérience difficile.

En ce qui concerne les risques encourus par votre enfant, tels que le rappel de ses difficultés, des précautions sont prises afin qu'ils soient minimes. En ce sens, nous conviendrons avec l'enfant qu'il peut refuser de répondre aux questions s'il le souhaite. De plus, il est possible de faire une pause, selon les besoins, ou de mettre un terme à l'entrevue si vous ou votre enfant le désirez. Le personnel de recherche est constitué d'étudiants.es de niveau universitaire inscrits dans un programme d'études en lien avec le projet de recherche. Ces personnes ont déjà mené des entrevues auprès des enfants et des parents.

CONFIDENTIALITÉ ET UTILISATION DES DONNÉES RECUEILLIES

Pour éviter votre identification et celle de votre enfant comme personne participante à cette recherche, les données recueillies par cette étude seront traitées de manière ***entièrement confidentielle***, à moins d'une autorisation de votre part ou d'une exception de la loi (par exemple, en vertu de l'article 39 de la Loi sur la protection de la jeunesse[i]). La confidentialité sera assurée par l'utilisation d'un code numérique pour identifier les questionnaires. Seule l'équipe de recherche aura accès aux formulaires de consentement. Ces personnes sont tenues au respect de la confidentialité des informations consultées.

En plus de la chercheure impliquée dans ce projet, des étudiants.es de maîtrise et de doctorat (supervisés.es par cette chercheure) pourraient avoir accès au fichier de traitement statistique des données dénominalisées. Ainsi, ces données pourraient faire l'objet d'une utilisation secondaire, ce qui ne permettrait d'aucune façon l'identification des participants.es. 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 mémoires (maîtrise) et thèses (doctorat). Les questionnaires seront conservés sous clé dans les locaux de la chercheure principale (Martine Hébert - UQAM) et les seules personnes qui y auront accès sont le personnel de recherche. Le comité d'éthique ainsi que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), pourront avoir accès aux données. Puisque l'enfant a droit à la confidentialité de ses réponses, celles-ci ne seront pas discutées avec le parent. Tous les documents seront détruits 5 ans après la dernière entrevue.

RESPONSABILITÉ DES CHERCHEURS.ES

En acceptant de participer à cette recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs de leur responsabilité légale et professionnelle advenant une situation qui causerait préjudice à vous-même ou à votre enfant.

Article 39. Toute personne qui a un motif raisonnable de croire qu'un enfant est victime d'abus sexuels ou de mauvais traitements physiques, est tenue de signaler sans délai la situation au Directeur de la protection de la jeunesse.

COMPENSATION

Si vous acceptez de remplir les questionnaires, une compensation financière de 20$ vous sera remise lors de chaque rencontre pour défrayer les coûts de temps, de déplacement et/ou les frais de gardiennage que pourrait entraîner votre participation. Votre enfant recevra également une surprise d'environ 2$.

EST-IL OBLIGATOIRE DE PARTICIPER?

Non. La participation à ce projet se fait sur une base volontaire. Vous et votre enfant êtes entièrement libres de participer ou non en partie ou en totalité aux différents volets du projet. Vous êtes également libre d'accepter ou non que votre enfant participe. Vous êtes libre de vous retirer du projet ou de retirer votre enfant à tout moment et qu'alors toutes les données recueillies vous concernant seront détruites.

PERSONNES DISPONIBLES POUR RÉPONDRE À VOS QUESTIONS :

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, n'hésitez pas à communiquer avec nous aux coordonnées indiquées ci-dessous :

Martine Hébert, Ph.D.
Professeur titulaire
Département de sexologie, UQAM
(514) 987-3000 (poste 5697)

Janèle Boivin
Coordonnatrice de projet
Département de sexologie, UQAM
(514) 987-3000 (poste 4754)

Ce projet a été revu et approuvé par le comité d'éthique de la recherche (CER) du CHU Sainte-Justine. Si vous avez des questions au sujet des droits de votre enfant à titre de participant à l'étude ou une plainte à formuler, veuillez contacter la conseillère à la clientèle du CHU Sainte-Justine au (514) 345-4749. Ces démarches visent à assurer la protection des participantes et participants.

UQÀM | Université du Québec à Montréal

CONSENTEMENT ET ASSENTIMENT – SIGNATURES

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 et celle de mon enfant.
- 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 ou retirer mon enfant de l'étude en tout temps sans conséquence.
- Je comprends que mon enfant demeure libre de se retirer de la recherche en tout temps et sans préjudice.
- Je comprends qu'en signant ce document, je ne renonce pas aux droits de mon enfant ni aux miens.
- Je comprends que je vais recevoir une copie signée du présent formulaire de consentement.

J'accepte librement que mon enfant participe aux deux entrevues permettant la passation des questionnaires.	☐ Oui ☐ Non	_____ initiales du parent/tuteur
J'accepte librement de participer aux deux entrevues permettant la passation des questionnaires.	☐ Oui ☐ Non	_____ initiales du parent/tuteur
J'accepte que l'enseignant.e de mon enfant soit invité.e à compléter un questionnaire sur son comportement aux deux temps de mesure. Lors de la collecte des informations, j'ai la possibilité de refuser que l'enseignant.e soit contacté.e.	☐ Oui ☐ Non	_____ initiales du parent/tuteur
J'accepte qu'une assistante de recherche communique avec moi dans un an pour prévoir une 2e rencontre.	☐ Oui ☐ Non	_____ initiales du parent/tuteur

_____
Nom et prénom du parent/tuteur (Lettres moulées) | Consentement du parent/tuteur (Signature) | Date (jj/mm/aaaa)

_____
Nom et prénom de l'enfant (Lettres moulées) | Assentiment de l'enfant (Signature) (si capable de comprendre la nature du projet) | Date (jj/mm/aaaa)

Assentiment verbal de l'enfant incapable de signer mais capable de comprendre la nature de ce projet:
☐ Oui ☐ Non

_____
Date de naissance de l'enfant (jj/mm/aaaa) | Age de l'enfant

(_____)_____ (_____)_____ _____
Téléphone au domicile | **Téléphone au travail** | **Courriel**

_____
Adresse Numéro Rue | Appartement

_____
Municipalité | Province | Code postal

<u>Coordonnées de deux personnes</u> qui pourraient nous aider à vous rejoindre dans l'éventualité d'un déménagement:

_____(_____)_____
Nom et prénom du contact (Lettres moulées) | Lien du contact avec le parent | # de téléphone

_____(_____)_____
Nom et prénom du contact (Lettres moulées) | Lien du contact avec le parent | # 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. 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 de la personne qui a obtenu le consentement | Date (jj/mm/aaaa)

☐ Copie des participants ☐ Copie de l'équipe de recherche
Révision : 08.12.2016 GT

APPENDICE A

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Informations sur l'enfant

Dans cet espace, inscrire vos réponses et les précisions à apporter, s'il y a lieu.

1. Date de naissance de l'enfant: _____ jour _____ mois _____ année
   À compléter par l'équipe de rech.: L'âge de l'enfant est _____ année _____ mois

2. Sexe de l'enfant: 1. Fille 2. Garçon _____

3. a. Trouble(s) diagnostiqué(s) chez l'enfant: _____
   0. Aucun trouble
   1. Déficience intellectuelle
   2. Trouble d'apprentissage (lecture; calcul; expression écrite)
   3. Trouble des habiletés motrices (acquisition de la coordination)
   4. Trouble de la communication (trouble du langage de type expressif; trouble du langage de type mixte, réceptif/expressif; trouble phonologique; bégaiement)
   5. Trouble envahissant du développement (autisme, syndrome de Rett, trouble désintégratif de l'enfance, syndrome d'Asperger)
   6. Déficit de l'attention et comportement perturbateur (déficit de l'attention / hyperactivité; troubles des conduites; trouble oppositionnel avec provocation)
   7. Tics (syndrome de Gilles de la Tourette; tic moteur ou vocal chronique; tic transitoire)
   8. Autre trouble (anxiété de séparation; mutisme sélectif; trouble réactionnel de l'attachement; mouvements stéréotypés)

   b. Maladie ou handicap physique chez l'enfant: _____ _____
   0. Aucun
   1. Maladie (précisez dans l'espace réponse) _____
   2. Handicap physique (précisez dans l'espace réponse) _____

4. a. Niveau scolaire de l'enfant (ou équivalence) en cours ou complété: _____
   0. Pas en âge de fréquenter l'école
   1. Pré-maternelle
   2. Maternelle
   3. 1ère année primaire (Cycle 1)
   4. 2e année primaire (Cycle 1)
   5. 3e année primaire (Cycle 2)
   6. 4e année primaire (Cycle 2)
   7. 5e année primaire (Cycle 3)
   8. 6e année primaire (Cycle 3)
   9. Secondaire I
   10. Secondaire II
   11. Secondaire III
   12. Secondaire IV
   13. Secondaire V
   14. Aucune division des années scolaires

   b. Type de classe/école fréquenté/e par l'enfant: _____
   0. Hors du système scolaire traditionnel
   1. Classe régulière
   2. Intégration en classe régulière
   3. Classe adaptée dans une école régulière
   4. École spécialisée
   5. Pédagogie alternative
   6. Éducation internationale
   7. Douance
   8. Sciences (enrichissement)
   9. Musique/arts/sport

   c. Si votre enfant fréquente une garderie (Centre de la petite enfance) ou un service de garde (scolaire ou autre), combien d'heures par semaine passe-t-il dans ce milieu? _____ en heures

Informations sur le répondant-adulte

Dans cet espace, inscrire vos réponses et les précisions à apporter, s'il y a lieu.

5. Lien du répondant-adulte avec l'enfant:
   1. Mère
   2. Père
   3. Conjoint/e du père
   4. Conjoint/e de la mère
   5. Fratrie (soeur ou frère, précisez)
   6. Grand-mère
   7. Grand-père
   8. Tante
   9. Oncle
   10. Mère d'accueil
   11. Père d'accueil
   12. Tuteur légal (précisez)
   13. Professionnel/le (précisez)

6. Sexe du répondant-adulte: 1. Femme 2. Homme

7. Si vous n'êtes pas le parent biologique de l'enfant, depuis combien de temps connaissez-vous l'enfant (en mois)?

8. Fréquence des contacts avec l'enfant:
   1. Tous les jours (20-31 jours par mois)
   2. Une semaine sur deux (environ 14 jours par mois)
   3. Toutes les fins de semaine (8-12 jours par mois)
   4. Une fin de semaine sur deux (4-6 jours par mois)
   5. Une fin de semaine par mois (2-3 jours par mois)
   6. Moins d'une fois par mois

9. Date de naissance du répondant-adulte:
   ou âge (en années) (selon la préférence du répondant)

10. Occupation actuelle du répondant-adulte:

    Aux études
    11. Études avec emploi temps plein
    12. Études avec emploi temps partiel
    13. Études sans emploi

    Emploi rémunéré (salarié ou travailleur autonome)
    21. À temps plein
    22. À temps partiel

    Sans emploi
    31. Travail à la maison - Sans revenu
    32. Assistance sociale - Prestations d'aide sociale
    33. Assurance emploi (chômage) - En recherche d'emploi
    34. CSST - Accident de travail
    35. Congé de maladie (sans lien avec le travail)
    36. Congé parental

    Autre occupation
    41. Retraité/e

11. Plus haut niveau de scolarité atteint, ou son équivalent (même si non complété):
    1. Études primaires
    2. Études secondaires
    3. Études collégiales ou professionnelles
    4. Études universitaires de 1er cycle (Baccalauréat)
    5. Études universitaires de 2e ou 3e cycle (Maîtrise ou doctorat)

Informations sur la famille

Dans cet espace, inscrire vos réponses et les précisions à apporter, s'il y a lieu.

12. a. Composition de la famille - endroit où vit principalement l'enfant:
    10. Famille intacte (mère + père + enfant)

    Famille monoparentale
    21. Mère + enfant
    22. Père + enfant
    23. Garde partagée

    Famille reconstituée
    31. Mère + enfant + autre conjoint/e que le père
    32. Père + enfant + autre conjoint/e que la mère
    33. Garde partagée
    40. Famille d'accueil
    50. Autre (précisez)

    b. Répartition de la garde de l'enfant (dans le cas d'une famille monoparentale ou reconstituée):
    1. Garde complète
    2. Une semaine sur deux ou moitié/moitié
    3. Jours de semaine chez l'un/fins de semaine chez l'autre
    4. Une fin de semaine sur deux chez l'autre
    5. Autre (précisez)

    c. Depuis combien de temps (en mois) l'enfant vit dans cette composition familiale (dans le cas d'une famille monoparentale ou reconstituée, famille d'accueil et autre)?

    en mois

13. Nombre d'enfants dans la famille (milieu de vie):
    (inclure l'enfant participant, les frères et sœurs, les demi-frères et demi-sœurs, les enfants des nouveaux conjoints, ainsi que tout autre enfant habitant avec l'enfant participant)

    frères — sœurs
    demi-frères — demi-sœurs
    garçons du conjoint — filles du conjoint
    autres garçons — autres filles

14. Est-ce que des frères ou sœurs de l'enfant participent également à l'étude (incluant les enfants du conjoint)?
    0. Non 1. Oui *Équipe de recherche: Si oui, précisez le(s) numéro(s) de sujets de la fratrie.*

    À compléter par l'équipe de rech.

15. Approximativement, quel est le revenu annuel brut de votre famille (i.e. avant impôt; et s'il y a lieu, incluant l'assurance-chômage, les allocations familiales)?
    La famille est l'endroit où vit principalement l'enfant.
    1. 19 999$ ou moins
    2. 20 000$ à 39 999$
    3. 40 000$ à 59 999$
    4. 60 000$ à 79 999$
    5. 80 000$ à 99 999$
    6. 100 000$ à 119 999$
    7. 120 000$ à 139 999$
    8. 140 000$ ou plus

Informations sur les parents biologiques/adoptifs ou figures parentales significatives

Dans cet espace, inscrire vos réponses et les précisions à apporter, s'il y a lieu.

S.V.P. compléter ces questions uniquement en fonction des parents biologiques/adoptifs ou des figures parentales significatives	Mère ou figure maternelle	Père ou figure paternelle
16. Informations recueillies dans cette section réfèrent à: 1. Parent biologique/adoptif 2. Figure parentale significative (précisez) ↳ a. S'il s'agit d'une figure parentale significative, depuis combien de temps ce parent connait-il l'enfant (en mois)?	|____| _____ |_____| en mois	|____| _____ |_____| en mois
17. Date de naissance: (si la date de naissance est inconnue, inscrire l'âge en années):	|____|____|_____| jour mois année/âge	|____|____|_____| jour mois année/âge
18. Occupation actuelle: *Aux études* 11. Études avec emploi temps plein 12. Études avec emploi temps partiel 13. Études sans emploi *Emploi rémunéré (salarié ou travailleur autonome)* 21. À temps plein 22. À temps partiel *Sans emploi* 31. Travail à la maison - Sans revenu 32. Assistance sociale - Prestations d'aide sociale 33. Assurance emploi (chômage) - En recherche d'emploi 34. CSST - Accident de travail 35. Congé de maladie (sans lien avec le travail) 36. Congé parental 37. En prison *Autre occupation* 41. Retraité/e 50. Décédé/e	|_____|	|_____|
19. Plus haut niveau de scolarité atteint, ou son équivalent (même si non complété): 1. Études primaires 2. Études secondaires 3. Études collégiales ou professionnelles 4. Études universitaires de 1er cycle (Baccalauréat) 5. Études universitaires de 2e / 3e cycle (Maîtrise ou doctorat) 9. Ne sais pas	|____|	|____|
20. Pays de naissance ou d'origine (si autre que le Canada):	_____	_____
21. Appartenance à un groupe ethnoculturel (si applicable):	_____	_____

La communication des émotions par votre enfant

AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS, combien de fois avez-vous observé les comportements suivants chez votre enfant? Pour vous aider, il peut être utile de penser aux enfants du même âge. Les mots "sentiments" et "émotions" ont le même sens.

0 = Presque jamais 1 = Quelquefois 2 = Souvent 3 = Presque toujours

Presque jamais			Presque toujours	
0	1	2	3	1. Quand on lui demande comment il se sent, il répond en disant ce qu'il faisait.
0	1	2	3	2. A de la difficulté à dire qu'il se sent triste même s'il a l'air triste.
0	1	2	3	3. Parle de choses peu importantes au lieu de partager ses émotions.
0	1	2	3	4. A de longues périodes avec peu ou aucune émotion, interrompues par des éclats d'émotions.
0	1	2	3	5. A de la difficulté à dire qu'il est heureux même s'il a l'air heureux.
0	1	2	3	6. Se retire quand on lui demande de parler de ses émotions.
0	1	2	3	7. Invente des histoires quand on le questionne sur ses émotions.
0	1	2	3	8. Ses expressions verbales d'émotions ne coïncident pas avec son non-verbal.
0	1	2	3	9. Change le thème de la conversation quand on le questionne sur ses émotions.
0	1	2	3	10. A de la difficulté à nommer ses émotions positives (comme la joie, le bonheur, l'excitation).
0	1	2	3	11. Dit "oublie ça" ou "laisse-moi tranquille" quand on le questionne sur ses émotions.
0	1	2	3	12. A de la difficulté à trouver les mots ou à s'exprimer quand il parle de ses émotions.
0	1	2	3	13. Utilise peu de mots (dira juste bien/pas bien) pour décrire la plupart de ses émotions.
0	1	2	3	14. Dit "je ne sais pas" quand on lui demande pourquoi il est troublé. (CAM)

Maintenant, je vais te poser quelques questions sur toi et ta mère (biologique/adoptive ou figure maternelle significative). Si tu as une mère et une belle-mère, j'aimerais que tu me parles de la personne avec qui tu vis le plus souvent. ☐ NA

Figure maternelle: ① Mère biologique/adoptive ② Figure maternelle significative: _____

	Tout à fait comme moi [1]	Un peu comme moi [2]				Un peu comme moi [3]	Tout à fait comme moi [4]
1.	☐	☐	Certains enfants trouvent cela facile de faire confiance à leur mère.	MAIS	D'autres enfants sont incertains s'ils peuvent faire confiance à leur mère.	☐	☐
2.	☐	☐	Certains enfants pensent que leur mère passe suffisamment de temps avec eux.	MAIS	D'autres enfants croient que leur mère ne passe pas suffisamment de temps avec eux.	☐	☐
3.	☐	☐	Certains enfants n'aiment pas vraiment dire à leur mère ce qu'ils pensent ou ressentent.	MAIS	D'autres enfants aiment dire à leur mère ce qu'ils pensent ou ressentent.	☐	☐
4.	☐	☐	Certains enfants n'ont pas vraiment besoin de leur mère.	MAIS	D'autres enfants ont beaucoup besoin de leur mère.	☐	☐
5.	☐	☐	Certains enfants s'inquiètent que leur mère ne les aime pas vraiment.	MAIS	D'autres enfants savent que leur mère les aime vraiment.	☐	☐
6.	☐	☐	Certains enfants croient que leur mère les comprend vraiment.	MAIS	D'autres enfants croient que leur mère ne les comprend pas vraiment.	☐	☐
7.	☐	☐	Certains enfants sont certains que leur mère ne les quittera pas.	MAIS	D'autres enfants se demandent parfois si leur mère peut les quitter.	☐	☐

	Tout à fait comme moi [1]	Un peu comme moi [2]				Un peu comme moi [3]	Tout à fait comme moi [4]
8.	☐	☐	Certains enfants ne sont pas toujours certains que leur mère sera là lorsqu'ils auront besoin d'elle.	MAIS	D'autres enfants sont certains que leur mère sera là lorsqu'ils auront besoin d'elle.	☐	☐
9.	☐	☐	Certains enfants pensent que leur mère ne les écoute pas.	MAIS	D'autres enfants pensent que leur mère les écoute vraiment.	☐	☐

(KSS)

Maintenant, je vais te poser quelques questions sur toi et ton père (biologique/adoptif ou figure paternelle significative). Si tu as un père et un beau-père, j'aimerais que tu me parles de la personne avec qui tu vis le plus souvent. ☐ NA

Figure paternelle: ① Père biologique/adoptif ② Figure paternelle significative: _____

	Tout à fait comme moi [1]	Un peu comme moi [2]				Un peu comme moi [3]	Tout à fait comme moi [4]
1.	☐	☐	Certains enfants trouvent cela facile de faire confiance à leur père.	MAIS	D'autres enfants sont incertains s'ils peuvent faire confiance à leur père.	☐	☐
2.	☐	☐	Certains enfants pensent que leur père passe suffisamment de temps avec eux.	MAIS	D'autres enfants croient que leur père ne passe pas suffisamment de temps avec eux.	☐	☐
3.	☐	☐	Certains enfants n'aiment pas vraiment dire à leur père ce qu'ils pensent ou ressentent.	MAIS	D'autres enfants aiment dire à leur père ce qu'ils pensent ou ressentent.	☐	☐
4.	☐	☐	Certains enfants n'ont pas vraiment besoin de leur père.	MAIS	D'autres enfants ont beaucoup besoin de leur père.	☐	☐
5.	☐	☐	Certains enfants s'inquiètent que leur père ne les aime pas vraiment.	MAIS	D'autres enfants savent que leur père les aime vraiment.	☐	☐
6.	☐	☐	Certains enfants croient que leur père les comprend vraiment.	MAIS	D'autres enfants croient que leur père ne les comprend pas vraiment.	☐	☐
7.	☐	☐	Certains enfants sont certains que leur père ne les quittera pas.	MAIS	D'autres enfants se demandent parfois si leur père peut les quitter.	☐	☐
8.	☐	☐	Certains enfants ne sont pas toujours certains que leur père sera là lorsqu'ils auront besoin de lui.	MAIS	D'autres enfants sont certains que leur père sera là lorsqu'ils auront besoin de lui.	☐	☐
9.	☐	☐	Certains enfants pensent que leur père ne les écoute pas.	MAIS	D'autres enfants pensent que leur père les écoute vraiment.	☐	☐

(KSS-père)

Répondant - adulte (cocher la case appropriée):

☐ Mère biologique ☐ Père biologique ☐ Belle-mère ☐ Beau-père

☐ Mère d'accueil ☐ Père d'accueil ☐ Autre: _____

No de dossier: _____

Code d'identification: _____

Date: _____ (j/mm/aaaa)

ÉVALUATION DU SOUTIEN PARENTAL - PRADS

Cochez, pour chacun des thèmes suivants, l'énoncé décrivant le mieux la réaction du parent à la suite du dévoilement de l'agression sexuelle de l'enfant (au moment où vous rencontrez le parent ou l'adulte-accompagnateur).

1. LE PARENT CROIT SON ENFANT		
❑ Le parent croit immédiatement ce que lui rapporte son enfant [1] (il réagit, il rapporte l'incident dans l'immédiat et de façon publique, il se montre réceptif aux propos de son enfant)	❑ Le parent doute des révélations de son enfant (il ne réagit qu'après un certain temps ou après une recherche de preuves ou après avoir été conscientisé par un/e travailleur/se social/e, il peut être passif face à ce qui s'est passé ou reste ambivalent)	❑ Le parent réfute ce que lui rapporte son enfant (il s'oppose à ses déclarations, il cherche à les atténuer, il ne rapporte pas l'incident ou reste indifférent)
2. LE PARENT SE PRÉOCCUPE DES CONSÉQUENCES DE L'AGRESSION SEXUELLE		
❑ Le parent se préoccupe de façon positive des conséquences possibles de l'agression (il est sensible aux besoins de son enfant, il est soucieux quant aux services d'aide dont l'enfant a besoin ou peut bénéficier, il rassure son enfant)	❑ Le parent est peu informé sur les conséquences possibles de l'agression et sur les besoins de son enfant (il est soucieux des besoins de son enfant, mais omet d'aller chercher les ressources disponibles. Il peut sur-questionner l'enfant, il est anxieux, il peut avoir tendance à le surprotéger, il manque de savoir-faire pour répondre aux besoins de son enfant)	❑ Le parent minimise les conséquences de l'agression pour son enfant (il n'écoute pas les besoins du jeune, il atténue les préoccupations et les craintes de l'enfant, il est peu disponible, il est indifférent quant aux suites de l'agression, il peut même nier les conséquences et banaliser l'événement. Ou bien il peut être beaucoup plus préoccupé par ses propres réactions)
3. LE PARENT PREND DES MESURES POUR QUE CESSE L'AGRESSION SEXUELLE		
❑ Le parent prend des mesures concrètes pour que cesse l'agression (il révèle l'agression aux autorités, il s'assure que l'agresseur a été pris en charge, il prend des mesures pour écarter l'agresseur, il offre une présence attentive à l'enfant, il cherche une aide professionnelle externe)	❑ Le parent prend peu de mesures pour que cesse l'agression (il règle le problème à sa manière, il sert un avertissement à l'agresseur mais sans plus)	❑ Le parent ne prend aucune mesure face à l'agression (il est insouciant, il ne restreint pas les contacts entre l'agresseur et son enfant, il est absent ou inconséquent, il est non disposé à agir en accord avec les besoins de protection et de réassurance de son enfant)
4. LE PARENT COLLABORE AVEC LES INTERVENANTS LORS DE L'ÉVALUATION ET DU SUIVI		
❑ Le parent offre une bonne collaboration aux intervenants (il offre son aide, il se présente au rendez-vous, il voit un intérêt à régler la situation avec le concours des intervenants)	❑ Le parent est réticent à collaborer (il signifie son agacement, il collabore minimalement, il est difficile à rejoindre ou ne rappelle pas, il ne prend pas sa part des responsabilités dans la démarche, il manque d'implication personnelle)	❑ Le parent refuse toute collaboration (il refuse de fournir toute information, il ne vient pas au rendez-vous, s'il donne quelques informations, il cache des éléments de preuve, il menace ou fait pression pour fermer l'enquête, il n'y voit aucun intérêt pour lui ou pour son enfant)

En raison des droits d’auteur, le questionnaire CBCL n’est pas présenté.

RÉFÉRENCES

(CHAPITRE 1 et 4)

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

Adams, J., Mrug, S., & Knight, D. C. (2018). Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse & Neglect, 86,* 167-177. doi:10.1016/j.chiabu.2018.09.019

Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Cheung, K., Taillieu, T., Turner, S., & Sareen, J. (2016). Child abuse and physical health in adulthood: Statistics Canada.

Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K., & Sareen, J. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *Canadian Medical Association Journal, 186(9),* E324-E332. doi:10.1503/cmaj.131792 %J

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

Amédée, L. M., Tremblay-Perreault, A., Hébert, M., & Cyr, C. (2019). Child victims of sexual abuse: Teachers' evaluation of emotion regulation and social adaptation in school. *Psychology in the Schools, 56(7),* 1077-1088. doi:10.1002/pits.22236

Baril, K., & Tourigny, M. (2015). Le cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle dans l'enfance: modèle explicatif basé sur la théorie du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles(1),* 28-63.

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:10.1016/0022-3999(94)90005-1

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology, 61*(2), 226. doi:0022-3514/91/$3.00

Baughman, H. M., Schermer, J. A., Veselka, L., Harris, J., & Vernon, P. A. (2013). A behavior genetic analysis of trait emotional intelligence and alexithymia: a replication. *Twin Research and Human Genetics, 16*(2), 554-559. doi:10.1017/thg.2012.151

Besharat, M. A. (2010). Attachment styles and alexithymia. *Psychological Research, 12*(24), 63-80.

Besharat, M. A., & Khajavi, Z. (2013). The relationship between attachment styles and alexithymia: Mediating role of defense mechanisms. *Asian Journal of Psychiatry, 6*(6), 571-576. doi:10.1016/j.ajp.2013.09.003

Besharat, M. A., & Shahidi, V. (2014). Mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between attachment styles and alexithymia. *Europe's Journal of Psychology, 10*(2), 352–362. doi:10.5964/ejop.v10i2.671

Bosmans, G., & Kerns, K. A. (2015). Attachment in middle childhood: Progress and prospects. *New directions for child and adolescent development*, *148*, 1-14. doi:10.1002/cad.20100

Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. II. Some principles of psychotherapy. The fiftieth Maudsley Lecture. *The British Journal of Psychiatry, 130*(5), 421-431. doi:10.1192/bjp.130.5.421

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry, 52*(4), 664. doi:10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x

Brown, S., Fite, P. J., Stone, K., & Bortolato, M. (2016). Accounting for the associations between child maltreatment and internalizing problems: the role of alexithymia. *Child Abuse & Neglect, 52*, 20-28. doi:10.1016/j.chiabu. 2015.12.008

Brown, S., Fite, P. J., Stone, K., Richey, A., & Bortolato, M. (2017). Associations between emotional abuse and neglect and dimensions of alexithymia: The moderating role of sex. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy*, *10*(3), 300-308. doi:10.1037/tra0000279

Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*(2-3), 228-249. doi:10.1111/j.1540-5834.1994.tb01287.x

Castañeda López, E., Peñacoba Puente, C., & Benito Moreno, S. (2018). Is there any relation between alexithymia in parents and children?: effects on children's quality of life. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 16*(1), 103-127. doi:10.25115/ejrep.v16i44.1939

Cerutti, R., Spensieri, V., Presaghi, F., Renzi, A., Palumbo, N., Simone, A., . . . Di Trani, M. (2020). Alexithymic traits and somatic symptoms in children and adolescents: A screening approach to explore the mediation role of depression. *Psychiatric quarterly*, *91*(2), 521-532. doi:10.1007/s11126-020-09715-8

Charest, F., Hébert, M., & Bernier, A. (2018). Attachment representations in sexually abused preschoolers: a comparative study. *Attachment & Human Development, 20*(5), 473-490. doi:10.1080/14616734.2018.1430838

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2016). Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents: Guilford Publications.

Collin-Vézina, D., Daigneault, I., & Hébert, M. (2013). Lessons learned from child sexual abuse research: Prevalence, outcomes, and preventive strategies. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 7*(1), 22. doi:10.1186/1753-2000-7-22

Constantinou, E., Van Den Houte, M., Bogaerts, K., Van Diest, I., & Van den Bergh, O. (2014). Can words heal? Using affect labeling to reduce the effects of unpleasant cues on symptom reporting. *Frontiers in Psychology*, 5, 807. doi:10.3389 /fpsyg.2014.00807

Corcos, M., & Speranza, M. (2003). Psychopathologie de l'alexithymie. Paris, France: Dunod.

Costa, A. P., Steffgen, G., & Samson, A. C. (2017). Expressive incoherence and alexithymia in autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 47*(6), 1659-1672. doi:10.1007/s10803-017-3073-9

Costa, A. P., Steffgen, G., & Vögele, C. (2019). The role of alexithymia in parent–child interaction and in the emotional ability of children with autism spectrum disorder. *Autism Research, 12*(3), 458-468. doi:10.1002/aur.2061

Cyr, M., Wright, J., Toupin, J., Oxman-Martinez, J., McDuff, P., & Thériault, C. (2003). Predictors of maternal support: The point of view of adolescent victims of sexual abuse and their mothers. *Journal of Child Sexual Abuse, 12*(1), 39-65. doi:10.1300/J070v12n01_03

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. doi:10.1016/j.chiabu.2008.06.001

Daigneault, I., Bourgeois, C., Vézina-Gagnon, P., Alie-Poirier, A., Dargan, S., Hébert, M., & Frappier, J.-Y. (2017). Physical and mental health of sexually abused boys: a 5 year matched-control and cohort study. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 10*(1), 9-17. doi:10.1016/j.chiabu.2017.02.038

Daigneault, I., Hébert, M., Bourgeois, C., Dargan, S., & Frappier, J.-Y. (2017). Santé mentale et physique des filles et des garçons agressés sexuellement: une étude de cas contrôle apparié avec un suivi de cohortes sur 10 ans. *Criminologie, 50*(1), 99-125. doi:10.7202/1039798ar

Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: Impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and anxiety, 28*(1), 67-75. doi:10.1002/da.20744

Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(12), 1474-1484.

Deborde, A.-S., Miljkovitch, R., Roy, C., Dugré-Le Bigre, C., Pham-Scottez, A., Speranza, M., & Corcos, M. (2012). Alexithymia as a mediator between attachment and the development of borderline personality disorder in adolescence. *Journal of Personality Disorders, 26*(5), 676-688. doi:10.1521/pedi.2012.26.5.676

Di Tella, M., & Castelli, L. (2016). Alexithymia in chronic pain disorders. *Current rheumatology reports, 18*(7), 41. doi:10.1007/s11926-016-0592-x

Di Trani, M., Presaghib, F., Renzia, A., Greenmanc, P. S., & Solanoa, L. (2018). The Italian Version of the Alexithymia Questionnaire for Children (AQC): factor structure and reliability La versione italiana dell'Alexithymia Questionnaire for Children (AQC): struttura fattoriale e attendibilità. *Rassegna di Psicologia, 35*(2), 47-60. doi: 10.13133/1974-4854/16690

Di Trani, M., Tomassetti, N., Capozzi, F., Solano, L., Romani, M., & Levi, G. (2013). Alexithymia, internalizing, externalizing and obsessive-compulsive symptomatology in pre-adolescence: An empirical study on 160 subjects. *Rassegna di Psicologia, 30*(3), 77-94. doi:10.7379/75666

Directeurs de la Protection de la jeunesse. (2019). Bilan des Directeurs de la protection de la jeunesse 2019. Québec : Gouvernement du Québec

Dubois-Comtois, K., Cyr, C., & Moss, E. (2011). Attachment behavior and mother-child conversations as predictors of attachment representations in middle childhood: A longitudinal study. *Attachment & Human Development, 13*(4), 335-357. doi:10.1080/14616734.2011.584455

Dunn, E. C., McLaughlin, K. A., Slopen, N., Rosand, J., & Smoller, J. W. (2013). Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Depression and Anxiety, 30*(10), 955-964. doi:10.1002/da.22102

Edwards, K. M., & Banyard, V. L. (2020). Prevalence and correlates of sexual revictimization in middle and high school youth. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-17. doi:10.1177/0886260520909191

Ensink, K., Berthelot, N., Bégin, M., Maheux, J., & Normandin, L. (2017). Dissociation mediates the relationship between sexual abuse and child

psychological difficulties. *Child Abuse & Neglect, 69*, 116-124. doi:10.1016/j.chiabu.2017.04.017

Everson, M., Hunter, W., & Runyan, D. (1989). Parental reaction to Abuse Disclosure Scale (PRADS)(measure instrument). Chapel Hill: University of North Carolina.

Evren, C., Evren, B., Dalbudak, E., Ozcelik, B., & Oncu, F. (2009). Childhood abuse and neglect as a risk factor for alexithymia in adult male substance dependent inpatients. *Journal of Psychoactive Drugs, 41*(1), 85-92. doi:10.1080/02791072.2009.10400677

Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., Lapsley, A.-M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children s externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development, 81*(2), 435-456. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01405.x

Fernet, M., Hébert, M., Gascon, S., & Lacelle, C. (2012). Agression sexuelle et comportements sexuels à risque à l'adolescence. In M. Hébert, M. Cyr, & M. tourigny (Eds.), L'agression sexuelle envers les enfants - Tome 2 (pp. 131-170). Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.

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

Franz, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Schneider, C., Hardt, J., . . . Braehler, E. (2008). Alexithymia in the German general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*(1), 54-62. doi:10.1007/s00127-007-0265-1

Frewen, P. A., Dozois, D. J., Neufeld, R. W., & Lanius, R. A. (2008). Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 21*(2), 243-246. doi:10.1037/0021-843X.117.1.171

Fukunishi, I., Chishima, Y., & Anze, M. (1994). Posttraumatic stress disorder and alexithymia in burn patients. Psychological Reports.

Fukunishi, I., Yoshida, H., & Wogan, J. (1998). Development of the Alexithymia Scale for Children: A preliminary study. *Psychological Reports, 82*(1), 43-49. doi:10.2466/pr0.1998.82.1.43

Gaher, R. M., Arens, A. M., & Shishido, H. (2015). Alexithymia as a mediator between childhood maltreatment and impulsivity. *Stress and Health, 31*(4), 274-280. doi:10.1002/smi.2552

Gauthier-Duchesne, A., Hébert, M., & Daspe, M.-È. (2017). Gender as a predictor of posttraumatic stress symptoms and externalizing behavior problems in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect, 64*, 79-88. doi:10.1016/j.chiabu.2016.12.008

Gouvernement du Québec. (2010). Les agressions sexuelles. Retrieved from http://www.scf.gouv.qc.ca/index.php?id=115

Griffin, C., Lombardo, M. V., & Auyeung, B. (2016). Alexithymia in children with and without autism spectrum disorders. *Autism Research, 9*(7), 773-780. doi:10.1002/aur.1569

Gross, J. J. (2013). *Handbook of emotion regulation*: Guilford publications.

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26*(1), 1-26. doi:10.1080/1047840X.2014.940781

Güleç, M. Y., Altintaş, M., İnanç, L., Bezgin, Ç. H., Koca, E. K., & Güleç, H. (2013). Effects of childhood trauma on somatization in major depressive disorder: The role of alexithymia. *Journal of Affective Disorders, 146*(1), 137-141.

Hadji-Michael, M., McAllister, E., Reilly, C., Heyman, I., & Bennett, S. (2019). Alexithymia in children with medically unexplained symptoms: a systematic

review. *Journal of Psychosomatic Research*, 123, 1-8. doi:10.1016/j.jpsychores. 2019.109736

Hamaideh, S. H. (2017). Alexithymia among Jordanian university students: Its prevalence and correlates with depression, anxiety, stress, and demographics. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 274-280. doi:10.1111/ppc.12234

Hamby, S., Grych, J., & Banyard, V. (2018). Resilience portfolios and poly-strengths: Identifying protective factors associated with thriving after adversity. *Psychology of Violence, 8*(2), 172. doi:10.1016/j.psi.2015.03.002

Hébert, M. (2001). Traduction canadienne française du Security Scale de Kerns, Klepac, & Cole (1996). Manuscrit non publié. Université du Québec à Montréal.

Hébert, M. (2011). *Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. In L'agression sexuelle envers les enfants*, Tome 1 (Vol. 1, pp. 149-204): Presses de l'Université du Québec.

Hébert, M., Amédée, L. M., Blais, M., & Gauthier-Duchesne, A. (2019). Child sexual abuse among a representative sample of Quebec high school students: prevalence and association with mental health problems and health-risk behaviors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *64*(12), 846-854. doi:10.1177/0706743719861387

Hébert, M., Boisjoli, C., Blais, M., & Oussaïd, E. (2018). Alexithymia as a mediator of the relationship between child sexual abuse and psychological distress in adolescence: A short-term longitudinal study. *Psychiatry Research, 260*, 468-472. doi:10.1016/j.psychres.2017.12.022

Hébert, M., Cénat, J. M., Blais, M., Lavoie, F., & Guerrier, M. (2016). Child sexual abuse, bullying, cyberbullying, and mental health problems among high schools students: A moderated mediated model. *Depression and Anxiety, 33*(7), 623-629. doi:10.1002/da.22504

Hébert, M., & Cyr, M. (2010). *Histoire de victimisation. French adaptation of the History of Victimization Form* (HVF;Wolfe, Gentile, & Boudreau, 1987). Manuscrit non publié. Université du Québec à Montréal.

Hébert, M., Langevin, R., & Daigneault, I. (2016). The association between peer victimization, PTSD, and dissociation in child victims of sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*, 193, 227-232. doi: 10.1016/j.jad.2015.12.080

Hébert, M., Smith, K., Boisjoli, C., & Larouche, S. (2020). Validation of the French version of the Children Alexithymia Measure. *L'Encéphale*.

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*, *54*(9), 631-636.

Hemming, L., Taylor, P., Haddock, G., Shaw, J., & Pratt, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the association between alexithymia and suicide ideation and behaviour. *Journal of Affective Disorders*, *254*(1), 34-48. doi:10.1016/j.jad. 2019.05.013

Hiirola, A., Pirkola, S., Karukivi, M., Markkula, N., Bagby, R. M., Joukamaa, M., . . . Salminen, J. (2017). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia over 11 years in a Finnish general population. *Journal of Psychosomatic Research, 95*, 81-87. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.02.007

Hobson, H., Brewer, R., Catmur, C., & Bird, G. (2019). The role of language in alexithymia: moving towards a multiroute model of alexithymia. *Emotion Review, 11*(3), 247-261. doi:10.1177/1754073919838528

Holodynski, M., & Friedlmeier, W. (2006). *Development of emotions and emotion regulation* (Vol. 8): Springer Science & Business Media.

Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research, 48*(1), 99-104. doi:10.1016/S0022-3999(99)00083-5

Honkalampi, K., Tolmunen, T., Hintikka, J., Rissanen, M.-L., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2009). The prevalence of alexithymia and its relationship with youth self-report problem scales among finnish adolescents. *Comprehensive Psychiatry, 50*(3), 263-268. doi:10.1016/j.comppsych.2008.08.007

Houck, C. D., Nugent, N. R., Lescano, C. M., Peters, A., & Brown, L. K. (2010). Sexual abuse and sexual risk behavior: Beyond the impact of psychiatric problems. *Journal of Pediatric Psychology, 35*(5), 473-483. doi:10.1093/jpepsy/jsp111

Jørgensen, M. M., Zachariae, R., Skytthe, A., & Kyvik, K. (2007). Genetic and environmental factors in alexithymia: a population-based study of 8,785 Danish twin pairs. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*(6), 369-375. doi:10.1159/000107565

Joukamaa, M., Taanila, A., Miettunen, J., Karvonen, J. T., Koskinen, M., & Veijola, J. (2007). Epidemiology of alexithymia among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research, 63*(4), 373-376. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.01.018

Karukivi, M., Joukamaa, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K.-M., Liuksila, P.-R., & Saarijärvi, S. (2012). Deficit in speech development at the age of 5 years predicts alexithymia in late-adolescent males. *Comprehensive Psychiatry, 53*(1), 54-62. doi:10.1016/j.comppsych.2011.01.012

Keefer, K. V., Taylor, G. J., Parker, J. D., & Bagby, R. M. (2017). Taxometric analysis of the Toronto Structured Interview for alexithymia: further evidence that alexithymia is a dimensional construct. *Assessment, 26*(3), 364-374. doi:10.1177/1073191117698220

Kerns, K. A., Klepac, L., & Cole, A. (1996). Peer relationships and preadolescents' perceptions of security in the child-mother relationship. *Developmental Psychology, 32*(3), 457-466. doi:10.1037/0012-1649.32.3.457

Kokkonen, P., Karvonen, J. T., Veijola, J., Läksy, K., & Jokelainen, J. (2001). Perceived and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry, 42*(6), 471-476.. doi:10.1053/comp.2001. 27892.

Krystal, J. (1988). Assessing alexithymia. Integration and Self-Healing, 286-310.

Laforest, J., Maurice, P., & Bouchard, L. M. (2018). Rapport québécois sur la violence et la santé. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.

Langevin, R., Cossette, L., & Hébert, M. (2019). Emotion dysregulation in sexually abused preschoolers: insights from a story completion task. *Journal of Child Sexual Abuse*, *29*(4), 468-489. doi:10.1080/10538712.2019.1678542

Langevin, R., Hébert, M., & Cossette, L. (2015). Emotion regulation as a mediator of the relation between sexual abuse and behavior problems in preschoolers. *Child Abuse & Neglect, 46*, 16-26. doi:10.1016/j.chiabu.2015.02.001

Lecours, S., Philippe, F. L., Boucher, M.-È., Ahoundova, L., & Allard-Chapais, C. (2016). Negative self-evaluating emotions as mediator in the relationship between childhood emotional trauma and alexithymia in adulthood. *Journal Of The American Psychoanalytic Association, 64*(5), 1027-1033. doi:10.1177/ 0003065116675876

Lemche, E., Klann-Delius, G., Koch, R., & Joraschky, P. (2004). Mentalizing language development in a longitudinal attachment sample: implications for alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics, 73*(6), 366-374. doi:10.1159/000080390

Letourneau, E. J., Brown, D. S., Fang, X., Hassan, A., & Mercy, J. A. (2018). The economic burden of child sexual abuse in the United States. *Child Abused & Neglect, 79*, 413-422. doi:10.1016/j.chiabu.2018.02.020

Levant, R. F., Hall, R. J., Williams, C. M., & Hasan, N. T. (2009). Gender differences in alexithymia. *Psychology of Men & Masculinity, 10*(3), 190-203. doi:10.1037/a0015652

Lewis, T., McElroy, E., Harlaar, N., & Runyan, D. (2016). Does the impact of child sexual abuse differ from maltreated but non-sexually abused children? A prospective examination of the impact of child sexual abuse on internalizing and externalizing behavior problems. *Child Abuse & Neglect, 51*, 31-40. doi:10.1016/j.chiabu.2015.11.016

Luca, C., Silvia, C., Giulia, B., & Renata, T. (2016). Do parental traumatic experiences have a role in the psychological functioning of early adolescents with binge eating disorder? *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 21*(4), 635-644. doi:10.1007/s40519-016-0303-7

Lumley, M. A., Neely, L. C., & Burger, A. J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personality Assessment, 89*(3), 230-246. doi:10.1080/00223890701629698

Mathews, B., Bromfield, L., Walsh, K., Cheng, Q., & Norman, R. E. (2017). Reports of child sexual abuse of boys and girls: Longitudinal trends over a 20-year period in Victoria, Australia. *Child Abuse & Neglect, 66*, 9-22. doi:https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.025

Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2019). Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Journal of Trauma, Violence & Abuse, 20*(2), 131-148. doi:10.1177/1524838017738726

Mattila, A. K., Keefer, K. V., Taylor, G. J., Joukamaa, M., Jula, A., Parker, J. D., & Bagby, R. M. (2010). Taxometric analysis of alexithymia in a general population sample from Finland. *Personality and Individual Differences, 49*(3), 216-221. doi:10.1016/j.paid.2010.03.038

Mattila, A. K., Salminen, J. K., Nummi, T., & Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research, 61*(5), 629-635. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.04.013

McCaslin, S. E., Metzler, T. J., Best, S. R., Liberman, A., Weiss, D. S., Fagan, J., & Marmar, C. R. (2006). Alexithymia and PTSD symptoms in urban police officers: Cross-sectional and prospective findings. *Journal of Traumatic Stress, 19*(3), 361-373. doi:10.1002/jts.20133

Michiels, D., Grietens, H., Onghena, P., & Kuppens, S. (2010). Perceptions of maternal and paternal attachment security in middle childhood: Links with positive parental affection and psychosocial adjustment. *Early Child Development and Care, 180*(1-2), 211-225. doi:10.1080/03004430903415064

Mills, R., Kisely, S., Alati, R., Strathearn, L., & Najman, J. (2016). Self-reported and agency-notified child sexual abuse in a population-based birth cohort. *Journal of Psychiatric Research, 74*, 87-93. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.12.021

Ministère de la Santé publique du Québec. (2016). *Infractions sexuelles au Québec : Faits saillants 2014*. Retrieved from http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/agressions_sexuelles/2014/infractions_sexuelles_2014.pdf

Ministère de la Santé publique du Québec. (2017). *Statistiques 2015 sur les infractions sexuelles au Québec*. Montréal : Gouvernement du Québec

Natalucci, G., Faedda, N., Calderoni, D., Cerutti, R., Verdecchia, P., & Guidetti, V. (2018). Headache and alexithymia in children and adolescents: what is the connection? *Frontiers in Psychology, 9*(48). doi:10.3389/fpsyg.2018.00048

Nemiah, J. C., & Sifneos, P. E. (1970). Psychosomatic illness: a problem in communication. *Psychotherapy and Psychosomatics, 18*(1-6), 154-160. doi:10.1159/000286074

Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Abbass, A. A. (2014). Childhood maltreatment and somatic complaints among adult psychiatric outpatients: Exploring the mediating role of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics, 83*(5), 322. doi:10.1159/000363769

Ogrodniczuk, J. S., Kealy, D., Joyce, A. S., & Abbass, A. A. (2018). Body talk: Sex differences in the influence of alexithymia on physical complaints among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research, 261*, 168-172. doi:10.1016/j.psychres.2017.12.072

Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2011). Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: A programmatic review. *Psychiatry Research, 190*(1), 43-48. doi:10.1016/j.psychres.2010.04.026

Oskis, A., Clow, A., Hucklebridge, F., Bifulco, A., Jacobs, C., & Loveday, C. (2013). Understanding alexithymia in female adolescents: the role of attachment style. *Personality and Individual Differences, 54*(1), 97-102. doi:10.1016/j.paid.2012.08.023

Paivio, S. C., & McCulloch, C. R. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse & Neglect, 28*(3), 339-354. doi:10.1016/j.chiabu.2003.11.018

Paniccia, M. F., Gaudio, S., Puddu, A., Di Trani, M., Dakanalis, A., Gentile, S., & Di Ciommo, V. (2018). Alexithymia in parents and adolescents with generalised anxiety disorder. *Clinical Psychologist, 22*(3), 336-343. doi:10.1111/cp.12134

Paquette, D. (2004a). Dichotomizing paternal and maternal functions as a means to better understand their primary contributions. *Human development, 47*(4), 237. doi:10.1159/000078726

Paquette, D. (2004b). Theorizing the father-child relationship: Mechanisms and developmental outcomes. *Human development, 47*(4), 193-219. doi:10.1159/000078723

Parker, J. D., Eastabrook, J. M., Keefer, K. V., & Wood, L. M. (2010). Can alexithymia be assessed in adolescents? Psychometric properties of the 20-item Toronto Alexithymia Scale in younger, middle, and older adolescents. *Psychological Assessment, 22*(4), 798. doi:10.1037/a0020256

Pérez-Fuentes, G., Olfson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S., & Blanco, C. (2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Comprehensive Psychiatry, 54*(1), 16-27. doi:10.1016/j.comppsych.2012.05.010

Pérez-González, A., Guilera, G., Pereda, N., & Jarne, A. (2017). Protective factors promoting resilience in the relation between child sexual victimization and internalizing and externalizing symptoms. *Child Abuse & Neglect, 72*, 393-403. doi:10.1016/j.chiabu.2017.09.006

Picardi, A., Fagnani, C., Gigantesco, A., Toccaceli, V., Lega, I., & Stazi, M. A. (2011). Genetic influences on alexithymia and their relationship with depressive symptoms. *Journal of Psychosomatic Research, 71*(4), 256-263. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.02.016

Preece, D. A., Becerra, R., Boyes, M. E., Northcott, C., McGillivray, L., & Hasking, P. A. (2020). Do self-report measures of alexithymia measure alexithymia or

general psychological distress? A factor analytic examination across five samples. *Personality and Individual Differences, 155*, 109721. doi:10.1016/j.paid.2019.109721

Prino, L. E., Longobardi, C., Fabris, M. A., Parada, R. H., & Settanni, M. (2019). Effects of bullying victimization on internalizing and externalizing symptoms: the mediating role of alexithymia. *Journal of Child and Family Studies, 28*(9), 2586-2593. doi:10.1007/s10826-019-01484-8

Probst, T., Sattel, H., Gündel, H., Henningsen, P., Kruse, J., Schneider, G., & Lahmann, C. (2017). Moderating effects of Alexithymia on associations between the therapeutic alliance and the outcome of brief psychodynamic-interpersonal psychotherapy for Multisomatoform disorder. *Frontiers in Psychiatry, 8*, 261. doi:10.3389/fpsyt.2017.00261

Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*: Guilford Press.

Quilty, L. C., Taylor, G. J., McBride, C., & Bagby, R. M. (2017). Relationships among alexithymia, therapeutic alliance, and psychotherapy outcome in major depressive disorder. *Psychiatry Research, 254*, 75-79. doi:10.1016/j.psychres.2017.04.047

Rakow, A., Smith, D., Begle, A. M., & Ayer, L. (2011). The association of maternal depressive symptoms with child externalizing problems: The role of maternal support following child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders, 20*(4), 467-480. doi:10.1080/10538712.2011.588189

Reuben, A., Moffitt, T. E., Caspi, A., Belsky, D. W., Harrington, H., Schroeder, F., . . . Danese, A. (2016). Lest we forget: comparing retrospective and prospective assessments of adverse childhood experiences in the prediction of adult health.

Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57(10), 1103-1112. doi:10.1111/jcpp.12621

Rieffe, C., & De Rooij, M. (2012). The longitudinal relationship between emotion awareness and internalising symptoms during late childhood. *European Child & Adolescent Psychiatry, 21*(6), 349-356. doi : 10.1007/s00787-012-0267-8

Rouyer, V., Mieyaa, Y., & Blanc, A. l. (2014). Socialisation de genre et construction des identités sexuées. Contextes sociétal et scientifique, acquis de la recherche et implications pratiques. *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation 187*, 97-137. doi:10.4000/rfp.4494

Šago, D., & Babić, G. (2019). Roots of Alexithymia. *Archives of Psychiatry Research, 55*, 71-84. doi:10.20471/may.2019.55.01.06

Säkkinen, P., Kaltiala-Heino, R., Ranta, K., Haataja, R., & Joukamaa, M. (2007). Psychometric properties of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and prevalence of alexithymia in a Finnish adolescent population. *Psychosomatics, 48*(2), 154-161. doi:10.1176/appi.psy.48.2.154

Sawyer, G. K., & Hansen, D. J. (2014). Heterogeneous symptom patterns of sexually abused children in treatment: Understanding the complexity of the problem. *Journal of Child Sexual Abuse, 23*(8), 900-917. doi:10.1080/10538712. 2014.964439

Scher, D., & Twaite, J. A. (1999). The relationship between child sexual abuse and alexithymic symptoms in a population of recovering adult substance abusers. *Journal of Child Sexual Abuse, 8*(2), 25-40. doi:10.1300/j070v08n02_02

Schimmenti, A., Passanisi, A., Caretti, V., La Marca, L., Granieri, A., Iacolino, C., . . . Billieux, J. (2017). Traumatic experiences, alexithymia, and Internet addiction symptoms among late adolescents: A moderated mediation analysis. *Addictive Behaviors, 64*, 314-320. doi:10.1016/j.addbeh.2015.11.002

Séguin-Lemire, A., Hébert, M., Cossette, L., & Langevin, R. (2017). A longitudinal study of emotion regulation among sexually abused preschoolers. *Child Abuse & Neglect, 63*, 307-316. doi:https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.027

Sendzik, L., Schäfer, J. Ö., Samson, A. C., Naumann, E., & Tuschen-Caffier, B. (2017). Emotional awareness in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of Youth And Adolescence, 46*(4). doi: 687-700. 10.1007/s10964-017-0629-0

Shim, E.-J., Park, A., & Park, S.-P. (2018). The relationship between alexithymia and headache impact: the role of somatization and pain catastrophizing. *Quality of Life Research, 27*(9), 2283-2294. doi:10.1007/s11136-018-1894-4

Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic'characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics, 22*(2), 255-262. doi:10.1159/ 000286529

Silva, H., Freitas, J., Moreira, S., Santos, A., & Almeida, V. (2016). Alexithymia and psychopathology in patients with acute myocardial infarction. *Acta cardiologica, 71*(2), 213-220. doi:10.2143/AC.71.2.3141852

Silvestri, P. R., Chiarotti, F., Giustini, S., & Cardona, F. (2019). Alexithymia and tic disorders: a study on a sample of children and their mothers. *European Child & Adolescent Psychiatry, 28*(4), 461-470. doi:10.1007/s00787-018-1209-x

Simoneau, A., Daignault, I., & Hébert, M. (2011). La thérapie cognitivo-comportementale axée sur le trauma. L'agression sexuelle envers les enfants, 1, 363-398.

Snow, P. C., Woodward, M., Mathis, M., & Powell, M. B. (2016). Language functioning, mental health and alexithymia in incarcerated young offenders. International *Journal of Speech-Language Pathology, 18*(1), 20-31. doi:10.3109/17549507.2015.1081291

Statistique Canada. (2018). *Les agressions sexuelles déclarées par la police au Canada avant et après le mouvement #MoiAussi, 2016 et 2017*.Ontario : Gouvernement du Canada.

Stoltenborgh, M., IJzendoorn, M. H. v., 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:doi:10.1177/1077559511403920

Tang, W., Xu, D., & Xu, J. (2020). The mediating role of alexithymia between earthquake exposure and psychopathology among adolescents 8.5 years after the wenchuan earthquake. *Personality and Individual Differences, 159*, 109881. doi:10.1016/j.paid.2020.109881

Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2013). Psychoanalysis and empirical research: The example of alexithymia. *Journal Of The American Psychoanalytic Association, 61*(1), 99-133. doi:10.1177/0003065112474066

Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics, 44*(4), 191-199. doi:10.1159/000287912

Terock, J., Van der Auwera, S., Janowitz, D., Homuth, G., Hannemann, A., Schmidt, C. O., . . . Grabe, H. J. (2018). Childhood trauma and functional variants of 5-HTTLPR are independently associated with alexithymia in 5,283 subjects from the general population. *Psychotherapy and Psychosomatics, 87*(1), 58-61. doi:10.1159/000484143

Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (1995). *Traduction et Adaptation du Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale de Everson et al*.(1989)[Translation of Parental Reaction to Abuse Disclosure Scale]. Unpublished manuscript, Université de Montréal.

Thériault, C., Cyr, M., & Wright, J. (2003). Facteurs contextuels associés aux symptômes d'adolescentes victimes d'agression sexuelle intrafamiliale. *Child Abuse & Neglect, 27*(11), 1291-1309. doi:10.1016/j.chiabu.2003.04.001

Thompson, R. A. (2013). *Socialization of emotion and emotion regulation in the family*. In J. J. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation (2nd ed., pp. 173-186). New York, NY.

Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2011). Parental bonding and alexithymia: A meta-analysis. *European Psychiatry, 26*(3), 187-193. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.09.010

Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., Lyvers, M., Hurst, C., Connor, J., & Feeney, G. (2011). Attachment security and alexithymia in a heavy drinking sample. *Addiction Research & Theory, 19*(6), 566-570. doi:10.3109/16066359.2011.580065

Tolmunen, T., Heliste, M., Lehto, S. M., Hintikka, J., Honkalampi, K., & Kauhanen, J. (2011). Stability of alexithymia in the general population: an 11-year follow-up. *Comprehensive Psychiatry, 52*(5), 536-541. doi:10.1016/j.comppsych. 2010.09.007

Tremblay-Perreault, A., & Hébert, M. (2019). Uncovering the Associations between Child Sexual Abuse, Peer Victimization and Behavior Problems Using Child, Parent and Teacher Reports. *Journal of School Violence*, 19(3), 336-348. doi:10.1080/ 15388220.2019.1697276

Van der Kolk, B. A. (1996). *The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development*. In A. C. M. B.A. van der Kolk, & L. Weisath (Ed.), Traumatic stress (pp. 182-213). New York: Guilford Press.

Van der Kolk, B. A. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*: Penguin Books.

van Strien, T., Beijers, R., Smeekens, S., Winkens, L. H., & Konttinen, H. (2019). Parenting quality in infancy and emotional eating in adolescence: Mediation through emotion suppression and alexithymia. *Appetite, 141*, 104339. doi:10.1016/j.appet.2019.104339

Villeneuve Cyr, M., & Hébert, M. (2011). Analyse comparative des caractéristiques de l'agression sexuelle et des conséquences associées en fonction du sexe. *Service Social, 57*(1), 15-30. doi:10.7202/1006245ar

Walker, H. E., Freud, J. S., Ellis, R. A., Fraine, S. M., & Wilson, L. C. (2019). The Prevalence of Sexual Revictimization: A Meta-Analytic Review. *Trauma, Violence, & Abuse, 20*(1), 67-80. doi:10.1177/1524838017692364

Waller, N. G., & Meehl, P. E. (1998). *Multivariate taxometric procedures: Distinguishing types from continua*: Sage Publications, Inc.

Wamser-Nanney, R. (2017). Maternal support following childhood sexual abuse: Links to parent-reported children's outcomes. *Child Abuse & Neglect, 67*, 44-53. doi:10.1016/j.chiabu.2017.02.023

Wamser-Nanney, R. (2018). Maternal support following childhood sexual abuse: Relationships to child-reported. *Child Abuse & Neglect, 76*, 372-380. doi:10.1016/j.chiabu.2017.11.021.

Wamser-Nanney, R., Sager, J. C., & Campbell, C. L. (2020). Does Maternal Support Mediate or Moderate the Relationship between Sexual Abuse Severity and Children's PTSD Symptoms? *Journal of Child Sexual Abuse, 29*(3), 333-350. doi:10.1080/10538712.2020.1733160

Way, I. F., Applegate, B., Cai, X., Franck, L. K., Black-Pond, C., Yelsma, P., . . . Muliett, M. (2010). Children's Alexithymia Measure (CAM): A new instrument for screening difficulties with emotional expression. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 3*(4), 303-318. doi:10.1080/19361521.2010.523778

Way, I. F., Yelsma, P., Van Meter, A. M., & Black-Pond, C. (2007). Understanding Alexithymia and Language Skills in Children: Implications for Assessment and Intervention. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 38*, 128-139. doi:0161-1461/07/3802-0128

Wearden, A. J., Lamberton, N., Crook, N., & Walsh, V. (2005). Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting: An extension to the four category model of attachment. *Journal of Psychosomatic Research, 58*(3), 279-288. doi:10.1016/j.jpsychores.2004.09.010

Williams, J., & Nelson-Gardell, D. (2012). Predicting resilience in sexually abused adolescents. *Child Abuse & Neglect, 36*(1), 53-63. doi: 10.1016/j.chiabu. 2011.07.004

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:http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2010. 07.003

Zajac, K., Ralston, M. E., & Smith, D. W. (2015). Maternal support following childhood sexual abuse: Associations with children's adjustment post-disclosure and at 9-month follow-up. *Child Abuse & Neglect, 44*, 66-75. doi:10.1016/j.chiabu.2015.02.011

Zeitlin, S. B., McNally, R. J., & Cassiday, K. (1993). Alexithymia in victims of sexual assault: an effect of repeated traumatization? *The American Journal of Psychiatry, 150*(4), 661-663. doi:10.1176/ajp.150.4.661

Zou, Z., Huang, Y., Wang, J., He, Y., Min, W., Chen, X., . . . Zhou, B. (2016). Association of childhood trauma and panic symptom severity in panic disorder: Exploring the mediating role of alexithymia. *Journal of Affective Disorders, 206*, 133-139. doi:10.1016/j.jad.2016.07.027