

**Université du Québec en Outaouais**

**Impacts du style d'attachement et du type de soutien social sur les symptômes de stress post-traumatique et le fonctionnement global chez des Canadiens-français aux prises avec un TSPT**

Essai doctoral  
Présenté au  
Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie,  
Profil psychologie clinique (D.Psy.)

Par  
© Catherine JUÉRY

Juin 2019

## **Composition du jury**

### **Impacts du style d'attachement et du type de soutien social sur les symptômes de stress post-traumatique et le fonctionnement global chez des Canadiens-français aux prises avec un TSPT**

Par  
Catherine Juéry

Cet essai doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Dre Monique Séguin, Ph.D., directrice de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation,  
Université du Québec en Outaouais.

Dr Paul S. Greenman, Ph.D., examinateur interne et président du jury, Département de psychologie et de psychoéducation,  
Université du Québec en Outaouais.

Dre Karine Baril, Ph.D., examinatrice interne, Département de psychologie et de psychoéducation,  
Université du Québec en Outaouais.

Dr Raymond Tempier, MD., examinateur externe, Département de psychiatrie  
Université d'Ottawa.

## REMERCIEMENTS

Je remercie sincèrement la Dre Monique Séguin pour son soutien et son dévouement en tant que directrice de mon essai doctoral. Ce projet n'aurait pu être réalisé sans son aide continue et je lui en suis très reconnaissante. Je voudrais aussi remercier le Dr Paul Samuel Greenman, la Dre Karine Baril et le Dr Raymond Tempier qui ont généreusement accepté de faire partie du jury de mon essai doctoral, ainsi que la Dre Isabelle Green Demers pour ses conseils judicieux en méthodologie et en statistique. Je désire aussi souligner la contribution de l'Institut de Recherche de l'Hôpital Montfort pour leur support financier dans le cadre d'une bourse doctorale qui m'a été décernée. Finalement, je voudrais remercier mon époux de m'avoir offert son soutien inconditionnel tout au long de ce projet ainsi que mes parents, qui m'ont toujours encouragée dans la poursuite de mes objectifs et de mes rêves depuis mon enfance.

## RÉSUMÉ

**Introduction.** Le développement du TSPT et le niveau global de fonctionnement sont généralement influencés par plusieurs variables dont l'attachement et le soutien social. **Objectif.** Cette recherche vise l'étude des relations entre le style d'attachement, le soutien social, les symptômes de stress post-traumatique et le fonctionnement global chez des individus canadiens-français aux prises avec un TSPT. **Méthode.** Cent patients ayant un TSPT ont été consécutivement recrutés dans une clinique externe de psychiatrie. **Résultats.** Les données ont démontré qu'il ne semble pas y avoir d'effet combiné du style d'attachement et du type de soutien social sur les symptômes de stress post-traumatique et le fonctionnement global. Il semblerait toutefois qu'un style d'attachement sécurisant serait en lien avec une diminution des symptômes de stress post-traumatique et un niveau global de fonctionnement plus élevé. De même, il semblerait qu'une quantité adéquate/élevée de soutien social soit en lien avec une diminution des symptômes de stress post-traumatique et un meilleur niveau global de fonctionnement. Une qualité adéquate/élevée de soutien social serait également associée à une diminution des symptômes de stress post-traumatique et à un meilleur niveau global de fonctionnement. Finalement et en considération d'une combinaison quantité et qualité du soutien social, il semblerait que le caractère qualitatif du soutien social soit minimalement nécessaire pour atténuer les symptômes de stress post-traumatique alors que le caractère quantitatif du soutien social serait minimalement nécessaire pour assurer un meilleur niveau global de fonctionnement. **Conclusion.** Les résultats de cette étude viennent confirmer l'hétérogénéité de la population aux prises avec un TSPT et ouvrent la voie à une prise en charge psychothérapeutique bonifiée.

**MOTS CLÉS.** TSPT, attachement, soutien social, fonctionnement global, francophonie

# TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ</b> .....	iv
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	vii
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	viii
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES</b> .....	ix
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	x
<b>CHAPITRE I</b> .....	1
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE</b> .....	1
<b>CHAPITRE II</b> .....	3
<b>RECENSION DES ÉCRITS</b> .....	3
<b>2.1 Le TSPT</b> .....	3
2.1.1 <i>Mise en contexte du TSPT</i> .....	3
2.1.2 <i>Opérationnalisation du TSPT</i> .....	5
2.1.3 <i>Principaux modèles explicatifs du TSPT</i> .....	9
<b>2.2 L'attachement</b> .....	28
2.2.1 <i>Mise en contexte de l'attachement</i> .....	28
2.2.2 <i>Liens entre le style d'attachement et le TSPT</i> .....	36
<b>2.3 Le soutien social</b> .....	42
2.3.1 <i>Mise en contexte du soutien social</i> .....	42
2.3.2 <i>Liens entre le soutien social et le TSPT</i> .....	46
2.3.3 <i>Liens entre le soutien social et style d'attachement</i> .....	49
<b>2.4 Le niveau global de fonctionnement</b> .....	52
2.4.1 <i>Mise en contexte du niveau global de fonctionnement</i> .....	52
2.4.2 <i>Liens entre le niveau de fonctionnement global et le TSPT</i> .....	52
2.4.3 <i>Liens entre le niveau global de fonctionnement et le style d'attachement</i> .....	54
2.4.4 <i>Liens entre le niveau global de fonctionnement et le soutien social</i> .....	56
2.4.5 <i>Liens entre le niveau global de fonctionnement, le TSPT, le style d'attachement et le soutien social</i> .....	56
<b>2.5 Question de recherche</b> .....	57

<b>CHAPITRE III</b> .....	<b>59</b>
<b>MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>59</b>
<b>3.1 Sujets de l'étude</b> .....	59
<b>3.2 Procédure</b> .....	60
<b>3.3 Instruments de mesure</b> .....	61
3.3.1 Mesures auto-révélees .....	61
3.3.1.1 Échelle de stress post-traumatique – Version spécifique (Posttraumatic Stress Disorder Checklist; Specific – PCL-S) .....	61
3.3.1.2 Questionnaire sur les styles relationnels (Relationship Questionnaire - RQ).....	62
3.3.1.3 Échelle abrégée de soutien social de Sarason (Social Support Questionnaire-Short Form – SSQ-6).....	64
3.3.2 Mesures basées sur le jugement clinique.....	67
3.3.2.1 Échelle TSPT administrée par le ou la clinicien(ne) (Clinician Administred PTSD Scale – CAPS-5) .....	67
3.3.2.2 Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) .....	68
 <b>CHAPITRE IV</b> .....	 <b>70</b>
<b>ARTICLE SCIENTIFIQUE SOUMIS</b> .....	<b>70</b>
 <b>CHAPITRE V</b> .....	 <b>109</b>
<b>DISCUSSION GÉNÉRALE</b> .....	<b>109</b>
<b>Le TSPT et le niveau de fonctionnement global</b> .....	109
<b>Attachement</b> .....	110
<b>Soutien social</b> .....	113
<b>Implications cliniques</b> .....	119
<b>Les limites de l'étude</b> .....	120
 <b>CHAPITRE VI</b> .....	 <b>122</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>122</b>
<b>Bilan du travail accompli</b> .....	122
<b>Nouvelles pistes de recherche</b> .....	122
 <b>RÉFÉRENCES</b> .....	 <b>126</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Présentation des variables sociodémographiques et analyses des différences significatives en regard de ces dernières en fonction des sous-groupes clinique (type d'attachement et type de soutien social) – ANOVAs (pour variables continues) et Chi-carrés (pour les variables catégorielles).....	87
Tableau 2. Présentation des variables cliniques et analyses des différences significatives en regard de ces dernières en fonction des sous-groupes clinique (type d'attachement et type de soutien social) – ANOVAs (pour les variables continues) et Chi-carrés (pour les variables catégorielles). ....	92
Tableau 3. Proposition d'une conduite clinique à tenir en fonction du style d'attachement .....	101

## LISTE DES FIGURES

Figure 1. Synthèse du modèle explicatif du TSPT selon Mowrer (1960).....	12
Figure 2. Synthèse du modèle explicatif du TSPT selon Horowitz (1986).....	16
Figure 3. Exemple d'une structure de peur chez une personne ayant un TSPT suite au génocide rwandais de 1994 selon le modèle de Foa, Steketee et Rothbaum (1989) .....	19
Figure 4. Modèle explicatif du TSPT de Joseph, Williams et Yule (1995) .....	23
Figure 5. Modèle explicatif du TSPT selon Ehlers et Clark (2000).....	24
Figure 6. Synthèse explicative du TSPT selon le modèle neuroanatomique de Vaiva (2009) .....	27
Figure 7. Modèle explicatif du TSPT adapté de Joseph, Williams et Yule (1995).....	123

## LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AAI	<i>Adult Attachment Interview</i>
ANOVA	Analyse de variance
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CAPS-5	<i>Clinician Administred PTSD Scale 5</i>
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition</i>
DSM-III	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Third Edition</i>
DSM-IV-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition – Text Revision</i>
EGF	Évaluation globale du fonctionnement
GAF	<i>Global Assessment of Functioning</i>
MANOVA	Analyse de variance multivariée
MIO	Modèle interne opérant
PCL	<i>Posttraumatic Stress Disorder Checklist</i>
PTSD	<i>Posttraumatic Stress Disorder</i>
RQ	<i>Relationship Questionnaire</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SSQ-6	<i>Social Support Questionnaire – Short Form</i>
TANS	<i>Trauma Associated Narcissistic Symptoms</i>
TCC	Thérapie cognitive-comportementale
TSPT	Trouble stress post traumatique
UQO	Université du Québec en Outaouais

## AVANT-PROPOS

La réalisation de cet essai doctoral a été possible grâce à l’approbation du comité d’éthique à la recherche de l’Hôpital Montfort (#JPD-20-10-14) et à l’approbation éthique complémentaire de l’UQO (#2540). Les participants ont tous signé un consentement libre et éclairé pour participer à ce projet. Cet essai doctoral et l’article scientifique en découlant ont été rédigés à partir des données récoltées au programme de santé mentale externe de l’Hôpital Montfort à Ottawa. La présente candidate au doctorat en psychologie, l’auteure de cet essai doctoral, est la première auteure de cet article. Les co-auteurs de l’article (listés en ordre de contribution) sont les suivants : Dre Monique Séguin, Dr Jean-Philippe É. Daoust et Dr Malik Ait Aoudia. Les co-auteurs ont tous donné leur accord pour que l’article soit utilisé dans le cadre de cet essai doctoral. L’article a été soumis le 1<sup>er</sup> avril 2018 à la Revue européenne de psychologie appliquée (facteur d’impact de 0.515). En date du 20 juin 2019, le manuscrit avait le statut suivant : en cours d’analyse avec l’éditeur (#ERAP-D-18-00029). Il est à noter que la première auteure n’a pas procédé à la récolte des données pour éviter d’induire un quelconque biais. Elle a toutefois sélectionné les instruments de mesure ayant servi à la récolte des données. De plus, elle a procédé à la saisie et à l’analyse des données dans le logiciel SPSS, à l’interprétation de ces données ainsi qu’à la rédaction complète de l’article dont il est question dans cet essai doctoral.

# CHAPITRE I

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

Cet essai doctoral porte sur quatre variables importantes propres au trouble stress post-traumatique (TSPT), c'est-à-dire les symptômes de stress post-traumatique, le style d'attachement, le type de soutien social et le niveau global de fonctionnement d'individus ayant un TSPT et consultant en clinique externe de psychiatrie. Il est le fruit d'un parcours académique et professionnel où j'ai été exposée à plusieurs approches en santé mentale, tant en psychologie qu'en ergothérapie, et où j'ai eu l'opportunité de rencontrer des professionnels compétents et inspirants (la Dre Monique Séguin, ma directrice d'essai doctoral, les membres de mon comité d'essai doctoral, tous mes professeur(e)s et superviseurs cliniques, mes collègues et les cliniciens fréquentés au fil des années). Ces rencontres ont influencé de façon positive le contenu de cet essai doctoral. Je présente ici l'aboutissement de mes travaux sur le stress post-traumatique. Je crois que mes données probantes ainsi que le fruit de mes réflexions apportent une certaine contribution aux connaissances dans le domaine du stress post-traumatique et, plus indirectement, dans le vaste champ d'étude que constitue la psychologie.

Le présent essai doctoral est donc un travail de recherche et de réflexion sur le TSPT et vise à y incorporer des variables pré et post-traumatiques. Ainsi, une recension des écrits sera d'abord présentée et permettra de confirmer que l'étude de l'attachement et du soutien social appliquée au TSPT et au niveau global de fonctionnement est pertinente pour les visées par cet essai doctoral. Ensuite, une courte section décrira la méthodologie employée dans le contexte de ce projet. Puis, un article scientifique fera état des résultats inhérents à une étude d'évaluation de

programme menée auprès de 100 participants (individus ayant un TSPT) et portant sur leurs symptômes de stress post-traumatique, leur style d'attachement, leur type de soutien social et leur niveau global de fonctionnement. Cet essai doctoral se terminera par une discussion et une conclusion générales permettant d'envisager la poursuite de la recherche en lien, par exemple, avec des modes de traitement ciblés en fonction des différents sous-groupes d'individus faisant l'expérience d'un TSPT.

## CHAPITRE II

### RECENSION DES ÉCRITS

#### 2.1 Le TSPT

En prenant appui sur ce qui existe déjà dans la littérature dans le domaine, il sera tenté ici de poursuivre la recherche en intégrant au champ de la psychotraumatologie les concepts de l'attachement et du soutien social et de déterminer si ces variables peuvent avoir un impact sur les symptômes de stress post-traumatique et le niveau de fonctionnement global d'individus aux prises avec un TSPT.

##### *2.1.1 Mise en contexte du TSPT*

Depuis plus d'une vingtaine d'années maintenant, il y a un intérêt croissant pour le TSPT (Lopez, 2014 ; Skinner, O'Grady, Bartha & Parker, 2004). Entre autres choses, les dernières décennies ont vu croître la sensibilisation de la population sur le TSPT et la présence de comorbidités associées. En effet, en fonction du DSM-IV-TR et selon Kessler et ses collaborateurs (1995), il est estimé que les principales comorbidités du TSPT sont habituellement le trouble dépressif majeur (48.2%), l'abus ou la dépendance à l'alcool (39.9%), la phobie sociale (29.7%), l'agoraphobie (19.3%), le trouble d'anxiété généralisée (15.9%) et le trouble panique (9.7%). Cette sensibilisation a aussi permis aux individus ayant personnellement subi des traumatismes de dénoncer les abus subis et d'aller chercher l'aide nécessaire à leur rétablissement. À ce propos, Stewart et Conrod (2008) rapportent toutefois que le TSPT est encore souvent sous diagnostiqué ; ce qui laisse croire que certains besoins persistent en matière

de compréhension des enjeux liés à la psychotraumatologie, à son développement et à son traitement.

Historiquement, il semble que ce fut le neurologue allemand Herman Oppenheim (1889) qui aurait été le premier à utiliser le terme de « névrose traumatique » pour décrire la symptomatologie présentée par des accidentés de la construction du chemin de fer. Avec les deux guerres mondiales qui ont ensuite marqué le siècle dernier, la psychiatrie militaire s'est à son tour emparée de cette entité clinique (plusieurs appellations ont alors vu le jour telles que l'obusite, le syndrome du cœur irritable, la fatigue de combat, etc.). C'est d'ailleurs avec les événements associés à la guerre du Vietnam que le terme *Posttraumatic Stress Disorder* (PTSD) a fait officiellement son apparition dans le DSM-III (APA, 1980). Puis, l'expression française « trouble stress post-traumatique » (TSPT ; APA, 2013 - anciennement trouble « état de stress post-traumatique » dans le DSM-IV-TR, APA, 2000) a ensuite été attribuée à toute une gamme de symptômes résultant d'accidents industriels et/ou technologiques. Par la suite, les mouvements pacifistes et féministes des années 1960-1970 ont élargi la signification pour y inclure les problèmes engendrés par la violence familiale et sociale.

En fait, il a été estimé que les taux d'exposition à vie à des événements traumatiques sont plutôt élevés dans la population générale puisque 60.7% des hommes et 51.2% des femmes seraient à risque d'être exposés à au moins un traumatisme au cours de leur vie (Kessler et al., 1995). Selon Breslau et al. (1998), les principaux événements traumatiques marquant les individus qui y sont exposés sont les assauts violents (40%), la mort inattendue d'un proche (31%), les blessures diverses ou les chocs de type médical (22%) et le fait d'être informé d'un traumatisme survenu à une autre personne (7%). En fait, de tels événements traumatiques peuvent

provoquer un TSPT qui se caractérise entre autres choses par des souvenirs récurrents, des cauchemars, un retrait de la société, des angoisses, une altération des cognitions et de l'humeur ainsi que de l'hypervigilance (APA, 2013).

Selon la littérature dans le domaine, certaines variables permettent de prédire l'occurrence d'un TSPT à la suite de l'exposition à un événement traumatique (Brewin, Andrews & Valentine, 2000 ; Martin, Germain & Marchand, 2006). Au niveau pré-traumatique, il s'agirait : (a) de certaines variables sociodémographiques (par exemple, les femmes seraient plus à risque), (b) de la présence de traumatismes antérieurs et (c) de la présence d'antécédents de troubles psychiatriques dans le vécu de l'individu (ou même de la génération qui le précède). En ce qui a trait au niveau péri-traumatique, il serait surtout question : (a) des caractéristiques de l'événement traumatique en soi (par exemple, le type de traumatisme), (b) de l'intensité de la réaction initiale de stress et (c) de la présence de dissociation au moment de l'événement. Finalement, quant au niveau post-traumatique, il s'agirait de : (a) l'absence ou de la déficience du soutien social, (b) la présence d'autres sources concurrentes de stress, (c) la présence de poursuites légales (qui peuvent être re-traumatisantes) et finalement, (d) la présence de séquelles physiques (pouvant par exemple laisser des traces apparentes du trauma et donc faciliter son rappel).

### *2.1.2 Opérationnalisation du TSPT*

Tout d'abord, afin de bien cadrer le sujet à l'étude, il semble pertinent de rappeler que, pour diagnostiquer un TSPT selon le DSM-IV-TR (2000), une personne devait avoir vécu, avoir été témoin ou avoir été confrontée à un ou des événements dans lesquels des individus ont pu mourir, être gravement blessés ou menacés de mort ou de blessure(s) grave(s). L'individu devait

avoir été confronté à un ou plusieurs évènements « durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée » (APA, 2000, p. 503). De plus, la réaction de l'individu devait s'être traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur et une détresse significative. À cela s'ajoutait des symptômes d'intrusion (critère B ; par exemple des reviviscences ou *flashbacks* en anglais), d'évitement ou d'émoussement de l'affect (critère C ; par exemple, ne plus visiter certains lieux) et d'hyper-activation (critère D ; par exemple, être toujours sur ses gardes) présents pour une durée d'au moins un mois après la survenue de l'évènement traumatique.

Par ailleurs et en fonction du DSM-5 (APA, 2013), qui était utilisé au moment de la rédaction finale de cet essai doctoral, une personne doit d'abord avoir été exposée à la mort ou à des menaces de mort, à une ou des blessure(s) sérieuse(s) ou à de la violence sexuelle de l'une (ou plusieurs) des façons suivantes (critère A – confrontation à un événement traumatique) : (1) en avoir fait l'expérience directe, (2) en avoir été témoin, (3) en avoir fait l'expérience indirecte ; i.e., avoir été informée qu'un événement traumatique est survenu à un membre de la famille ou à un(e) ami(e) proche et/ou finalement (4) avoir été exposée de façon répétée ou extrême aux détails aversifs d'un événement traumatique (par exemple : premiers répondants devant récolter des restes humains). Il est à noter que l'évènement traumatique ne peut pas être relié à la mort ou la perte naturelle, que le critère A.4 ne s'applique pas aux médias électroniques, au matériel audio-visuel et/ou photographique (à moins que cela ne soit relié au travail) et que la réaction subjective d'impuissance ou d'horreur (critère A.2 du DSM-IV-TR) a été retirée du DSM-5 (APA, 2013).

Cette personne doit aussi être aux prises avec des symptômes intrusifs (un ou plus) ayant débuté après la survenue de l'événement traumatique (critère B) : (1) souvenirs répétitifs, envahissants et involontaires de l'événement provoquant un sentiment de détresse, (2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse, (3) réactions dissociatives (par exemple, des reviviscences) durant lesquelles l'individu se sent « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire, (4) sentiment intense ou prolongé de détresse psychologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause et/ou, (5) réactivité physiologique marquée lors de l'exposition à des stimuli rappelant l'événement traumatique.

Toujours selon le DSM-5, la personne aux prises avec un TSPT évite également de façon persistante les stimuli associés à l'événement traumatique comme en témoigne l'une ou les deux manifestations suivantes (critère C) : (1) évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments associés à l'événement provoquant un sentiment de détresse et/ou (2) évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations, etc.) qui suscitent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à l'événement provoquant un sentiment de détresse.

Il doit aussi y avoir une altération négative des cognitions et de l'humeur associées à l'événement traumatique (qui a débuté ou s'est empirée suite à la survenue de l'événement traumatique) et ce, tel que mis en évidence par deux (ou plusieurs) des caractéristiques suivantes (critère D) : (1) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme (typiquement due à une amnésie dissociative), (2) croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées à propos de soi, des autres ou du monde en général, (3) distorsions cognitives persistantes à propos

des causes ou des conséquences de l'événement traumatique qui amène l'individu à se blâmer ou blâmer les autres, (4) état émotionnel négatif et persistant (par exemples : peur, horreur, colère, culpabilité ou honte), (5) réduction nette de l'intérêt ou de la participation à des activités importantes, (6) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres et/ou (7) inhabilité persistante de faire l'expérience d'émotions positives (par exemples : bonheur, satisfaction, sentiment d'attachement).

Par ailleurs et toujours selon le DSM-5, il doit y avoir aussi une altération marquée de l'activation et de la réactivité associées à l'événement traumatique qui ont débuté ou se sont empirées suite à la survenue de l'événement traumatique et ce, tel que mis en évidence par deux (ou plusieurs) des caractéristiques suivantes (Critère E) : (1) comportement d'irritabilité ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) typiquement exprimés par des agressions verbales ou physiques à l'égard de personnes ou d'objets, (2) comportement irresponsable ou autodestructeur, (3) hypervigilance, (4) réaction de sursaut exagérée, (5) problème de concentration et/ou, (6) perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu).

Finalement, la perturbation (critères B, C, D et E) doit durer depuis plus d'un mois et elle doit entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Cela dit, elle ne doit pas être attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre condition médicale.

Dans le DSM-5, il est aussi possible de spécifier si le TSPT s'accompagne de symptômes dissociatifs (dépersonnalisation ou déréalisation) et s'il se présente avec une survenue différée (délai dans l'expression des symptômes).

### 2.1.3 Principaux modèles explicatifs du TSPT

Le modèle de Mowrer a fait son apparition dans les années 1960. Selon Brillon (2013), il s'agit d'un modèle comportemental qui s'est beaucoup inspiré des recherches de Skinner et Pavlov. Ce modèle à deux facteurs précise tout d'abord comment naît le TSPT, par le mécanisme de conditionnement classique, et ensuite se maintient par le biais du conditionnement opérant (Brillon, 2013). Ainsi, les symptômes du TSPT se développeraient via un mécanisme de conditionnement classique où des stimuli à priori neutres (objets, personnes, odeurs, bruits, etc.), lorsque pairés à un stimulus inconditionnel (dans ce cas-ci, l'événement traumatique), adopteraient les caractéristiques du stimulus aversif pour devenir des stimuli conditionnels (Brillon, Marchand & Stephenson, 1996). Plus précisément, la simple présence de ce stimulus conditionnel amènerait une réponse conditionnée, c'est-à-dire une réaction semblable à celle générée par l'événement traumatique initial, notamment des réactions émotionnelles et physiques extrêmes de détresse qui mettraient du temps avant de s'éteindre (Brillon et al., 1996). Dans ce modèle, la généralisation des stimuli est évidemment aussi possible (Mowrer, 1960). Dans un deuxième temps et conjointement à cet apprentissage par conditionnement classique (avec souvenirs implicites ou de type mémoire non déclarative), la personne s'habituerait par conditionnement opérant à employer des comportements d'évitement pour ne pas confronter les stimuli conditionnels appréhendés ; il s'agirait donc d'un mécanisme de renforcement négatif (Brillon et al., 1996). En résumé, la peur (ou la détresse) induite grâce au conditionnement classique motiverait et renforcerait l'évitement du stimulus conditionnel (ou aversif) privant ainsi la personne ayant un TSPT de la possibilité d'en arriver à une extinction de la réponse par exposition au stimulus conditionnel en l'absence du stimulus inconditionnel ; dans ce cas-ci, l'événement traumatique (Eysenck, 1976, 1979 ; Lissek et al., 2005).

Le principe du conditionnement classique comme mécanisme explicatif du TSPT a été par la suite démontré scientifiquement. En effet, Keane, Zimering et Caddell (1985) ont affirmé qu'en raison du conditionnement, la simple exposition (ou même le seul fait de penser à la situation dans laquelle le traumatisme s'est produit - c'est-à-dire le stimulus conditionnel) devient suffisante pour produire une réponse conditionnée d'anxiété sévère (Keane et al., 1985). Plus précisément, après avoir mené une étude chez les vétérans de combat du Vietnam, ces chercheurs ont trouvé que ceux ayant un TSPT présentaient un niveau d'excitation physiologique plus élevé, une agitation motrice marquée, des réviviscences en lien avec le combat lorsqu'ils étaient exposés à des stimuli similaires à l'événement traumatique, de même que des troubles de la concentration et une certaine difficulté à identifier leurs émotions et ce, en comparaison avec les vétérans n'ayant pas de TSPT (Keane et al., 1985).

De plus, il semblerait que les associations entre les stimuli et l'évènement traumatique tarderaient à disparaître chez les individus ayant un TSPT. Les travaux de Milad et ses collaborateurs (2009) sur la neurobiologie de la peur corroborent l'hypothèse selon laquelle le mécanisme d'extinction de la peur serait dysfonctionnel chez cette population. Ces chercheurs ont comparé des sujets en provenance de la communauté ayant un diagnostic de TSPT avec des sujets exposés à un traumatisme mais n'ayant pas de TSPT. Leurs résultats ont démontré que l'extinction de la peur est altérée dans le cas du TSPT et suggèrent en outre que l'activation dysfonctionnelle dans les structures cérébrales qui interviennent dans l'apprentissage de l'extinction de la peur, et en particulier son rappel, sous-tend cette déficience (Milad et al., 2009).

Bien que ce premier modèle permette la compréhension du développement et du maintien des symptômes du TSPT, il demeure incomplet car il ne permet pas d'expliquer les différences

individuelles dans le développement du TSPT (Brillon, et al., 1996). En fait et puisqu'il est axé sur l'apprentissage par conditionnement, le modèle de Mowrer ne permet pas de rendre compte de la complexité et de la réalité du développement multifactoriel du TSPT (par exemple, de la dimension cognitive impliquée dans le développement et le maintien de ce trouble). Ainsi, ce modèle à deux facteurs ne permet pas de considérer la contribution potentielle d'une troisième variable (comme par exemples, l'attachement ou le soutien social) ; variable possiblement même médiatrice entre l'exposition à un évènement traumatique et la progression vers un TSPT (Brillon et al., 1996). Par ailleurs, Foa, Steketee et Rothbaum (1989) soutiennent que ce type de modèle ne permet pas de distinguer comment les symptômes du TSPT se développent comparativement aux autres troubles anxieux, notamment les troubles phobiques.

La Figure 1 présente une synthèse du modèle de Mowrer (1960) en illustrant graphiquement ses deux composantes (une en lien avec le développement du TSPT et l'autre en lien avec son maintien au fil du temps).

Figure 1. Synthèse du modèle explicatif du TSPT selon Mowrer (1960)



Note. Figure 1. Synthèse du modèle explicatif du TSPT selon Mowrer (1960). Représentation graphique adaptée et inspirée de *Comment aider les victimes de stress post-traumatique* (p. 52), par P. Brillon, 2017, Montréal, Québec : Les Éditions Québec-Livre. Copyright (2017) par Groupe Librex Inc.

Le modèle de traitement de l'information d'Horowitz (1986) est un autre modèle ayant tenté d'expliquer le développement du TSPT (Brillon, 2013). Ce modèle théorique du TSPT est une combinaison de la théorie psychanalytique et des concepts du traitement de l'information (Cahill & Foa, 2007). Contrairement au modèle de Mowrer (1960), celui d'Horowitz (1986) intègre la dimension cognitive pour expliquer le développement du TSPT.

Ce modèle, qui met l'accent sur le traitement cognitif de l'évènement traumatique, conceptualise les symptômes de stress post-traumatique comme étant une conséquence de l'excès de données à traiter en lien avec l'évènement traumatique (rapporté par Brillon, 2013). En fait, le développement du TSPT proviendrait de la difficulté de l'individu à assimiler de façon adéquate les informations traumatiques (les pensées, les sons, les odeurs, les images, les affects, etc.) aux schémas cognitifs préexistants ou modèles internes (Brillon, 2013). À ce propos, Dalglish

(1999) soutient que les expériences passées des individus, notamment leurs croyances et des modèles en lien avec la représentation de soi, des autres et du monde, entrent en jeu lorsqu'un traumatisme psychologique survient. La résolution réussie des symptômes du TSPT serait alors un processus dépendant de l'assimilation de l'évènement traumatique (Brillon, 2013). Au contraire, un échec d'intégration de l'information traumatique conduirait à la manifestation des symptômes caractéristiques du TSPT (c'est-à-dire des réviviscences, de l'évitement, de l'hypervigilance, etc.).

Epstein (1989) et Horowitz (1974, 1979) ont décrit cinq étapes en réaction à un stress intense qui permettent de pouvoir expliquer le développement et les symptômes du TSPT. Ces étapes sont également décrites par Brillon (2013, 2017). La première phase se nomme phase d'alarme ou de protestation. Il s'agit des réponses affectives ou comportementales immédiates qui suivent un évènement traumatique. En fait, la détresse significative en lien avec l'évènement traumatique déclencherait de fortes réponses émotionnelles de détresse, de stupeur, de peur, de rage, de colère, et/ou de confusion (Brillon, 2013 ; Epstein, 1989 ; Horowitz, 1986). Ces réactions émotionnelles ou affectives intenses peuvent également être pairées avec des réactions comportementales, notamment une recherche de soutien social ou à l'inverse, un isolement social prononcé (Brillon, 2013). C'est lors de cette étape que le style d'attachement pourrait possiblement être une variable médiatrice qui influencerait potentiellement la recherche (ou non) de soutien social. En somme et selon la première phase du modèle d'Horowitz, l'individu serait envahi par un surplus d'information traumatique à traiter (images, affects, pensées, etc.), ce qui dépasserait ses capacités d'adaptation, en plus d'engendrer un désarroi significatif (Brillon, 2013).

La deuxième phase du modèle est celle de l'évitement. Lors de cette période, l'évitement se manifeste par de l'engourdissement ou de l'émoussement émotionnel ainsi que par des réactions de déni, qui ont entre autres pour fonctions la protection contre l'anxiété et la reconquête de la perte de contrôle perçue lors de l'évènement traumatique (Horowitz, 1986). Les réactions de déni ou d'engourdissement émotionnel peuvent inclure des stratégies d'adaptation mésadaptées telles l'abus de substances, la dissociation et les réactions phobiques (Brillon, 2013 ; Peterson, Prout, & Schwarz, 1991). De plus, lors de la phase d'évitement, l'information traumatique est largement maintenue hors du champ de la conscience (Peterson et al., 1991).

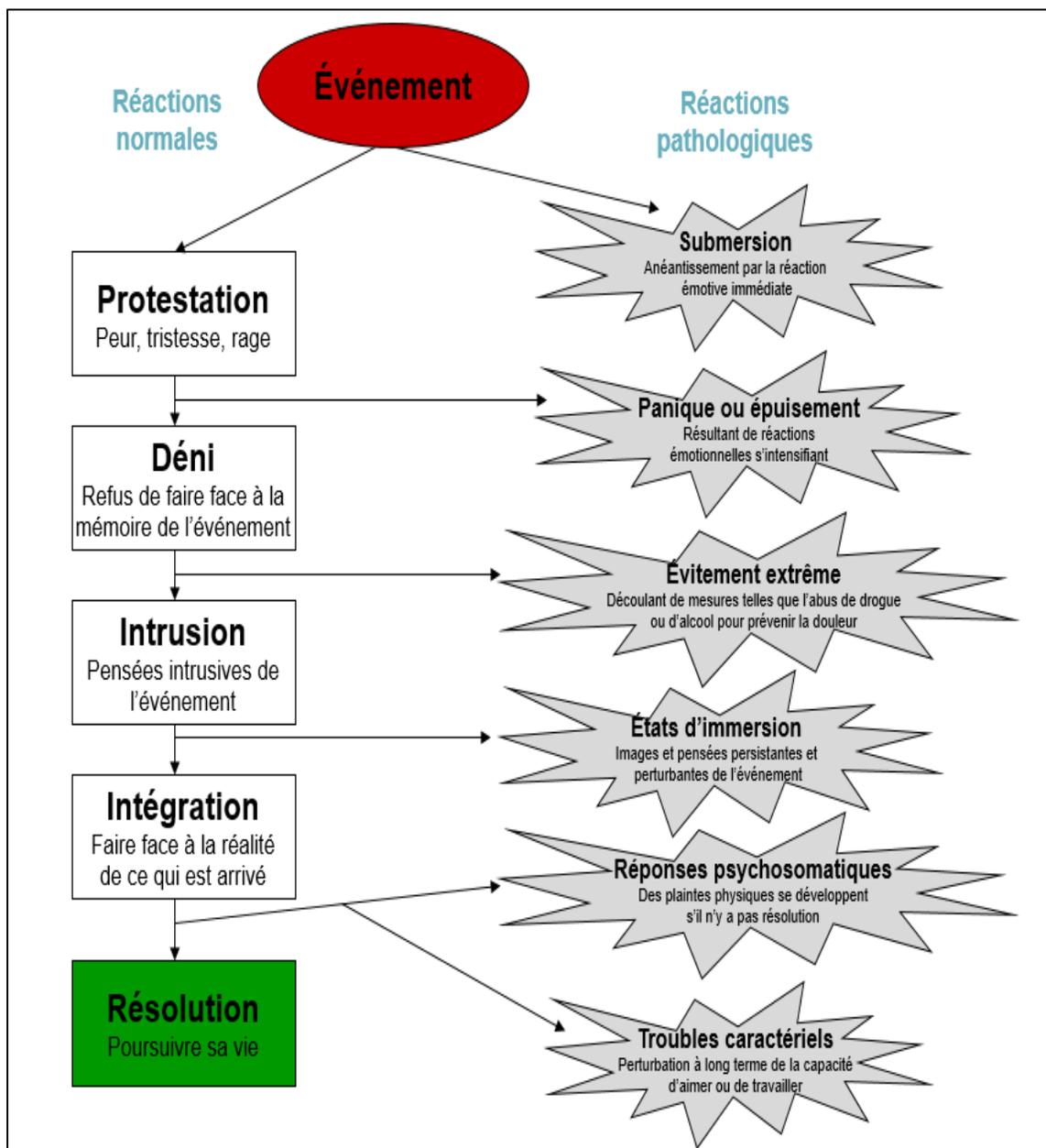
Toujours selon le modèle d'Horowitz (1986), l'individu aux prises avec un TSPT posséderait une « tendance intrinsèque au traitement de l'information tant que son intégration ne se serait pas complétée » (Brillon, 2013, p. 60). Dans ce contexte, l'intégration de l'évènement traumatique pourrait se faire soit par le biais de l'assimilation (c'est-à-dire par la transformation du sens de l'évènement de manière qu'il soit incorporé aux modèles internes ou aux schémas cognitifs antérieurs) ou soit par un processus d'accommodation (c'est-à-dire par la correction des cognitions antérieures afin qu'elles soient en mesure d'accueillir l'information traumatique) (Brillon, 2013). La tendance à l'achèvement ou à l'intégration complète assurerait un retour du matériel traumatique dans la conscience sous forme de réviviscences, de souvenirs, de cauchemars traumatiques, de ruminations et de pensées indésirables (phase d'intrusion), alors que l'individu s'efforcerait d'incorporer cette information à ses modèles internes antérieurs (Brillon, 2013). Toujours selon ce modèle, la tension entre la tendance à l'achèvement d'une part et les mécanismes de défense psychologiques d'autre part amènerait les individus à alterner entre les phases d'intrusion (incluant les réviviscences traumatiques) et d'évitement, ce qui se nomme la phase d'oscillation (Brillon, 2013). Cette phase d'oscillation permettrait le traitement ainsi que

l'intégration progressive du matériel traumatique (Brillon, 2013). L'échec de l'intégration de l'information ou une métabolisation psychique incomplète pourrait ainsi conduire à des symptômes de stress post-traumatique chroniques (Brillon, 2013).

La dernière phase du modèle correspond à l'intégration du matériel traumatique (Peterson et al., 1991). Les symptômes anxieux, dépressifs, intrusifs et physiologiques ont tendance à se résorber pendant cette phase, ce qui permettrait à l'individu de commencer à retrouver un équilibre psychologique adéquat (Brillon, 2013 ; Peterson et al., 1991). Finalement, la phase de résolution (cinquième phase) correspondrait à l'intégration complète du matériel traumatique par assimilation ou accommodation, ce qui se traduirait par un meilleur fonctionnement général de l'individu (Brillon, 2013). Cela dit, selon Peterson et ses collaborateurs (1991) il serait possible que ce stade ne soit jamais atteint ; impasse qui pourrait venir altérer la personnalité de l'individu de façon permanente. La Figure 2 présente une synthèse du modèle d'Horowitz (1986).

Le modèle explicatif d'Horowitz (1986) en lien avec le développement du TSPT a servi de pierre angulaire à d'autres conceptualisations des symptômes post-traumatique et ce, puisqu'il est suffisamment général pour être adapté à un nombre varié d'expériences traumatiques (Peterson et al., 1991). D'ailleurs, selon Athanasiadou-Lewis (2017), ce modèle permet une bonne compréhension des principaux symptômes du TSPT. Cela dit, une faiblesse importante du modèle semble résider dans l'absence de conceptualisation du caractère « automatique » de certains symptômes du TSPT (hors de la volonté du sujet – notion d'automatisme) et de la relation entre les déclencheurs et les réviviscences ou les émotions intenses (Athanasiadou-Lewis, 2017).

Figure 2. Synthèse du modèle explicatif du TSPT selon Horowitz (1986)



Note. Figure 2. Modèle tiré des travaux d'Horowitz (1986). Représentation graphique tirée de *Comment aider les victimes de stress post-traumatique* (p. 63), par P. Brillon, 2017, Montréal, Québec : Les Éditions Québec-Livre. Copyright (2017) par Groupe Librex Inc.

De plus, bien qu'il offre des informations utiles sur les mécanismes de changement sous-jacents au traitement du TSPT, une autre critique de ce modèle est en lien avec le manque

d'indicateurs de la nature spécifique des modèles internes préexistants (Dalglish, 2004). Il serait donc difficile de déterminer avec précision la manière dont certaines représentations mentales peuvent être modifiées et la façon de le faire lors d'un traitement psychothérapeutique (Dalglish, 2004). Bien que cela n'ait pas été mentionné de manière explicite par Horowitz, il est possible ici de faire un lien avec les concepts d'attachement et de schémas préexistants de cet auteur. En effet, le concept de schéma préexistant d'Horowitz est défini comme étant un ensemble de croyances envers soi-même, les autres et le monde (Horowitz, 1986), tout comme l'est la notion de modèle interne opérant en lien avec l'attachement (Bowlby, 1969). À ce propos, le concept de modèle interne opérant sera décrit de façon plus détaillée dans la section de l'essai doctoral portant sur l'attachement.

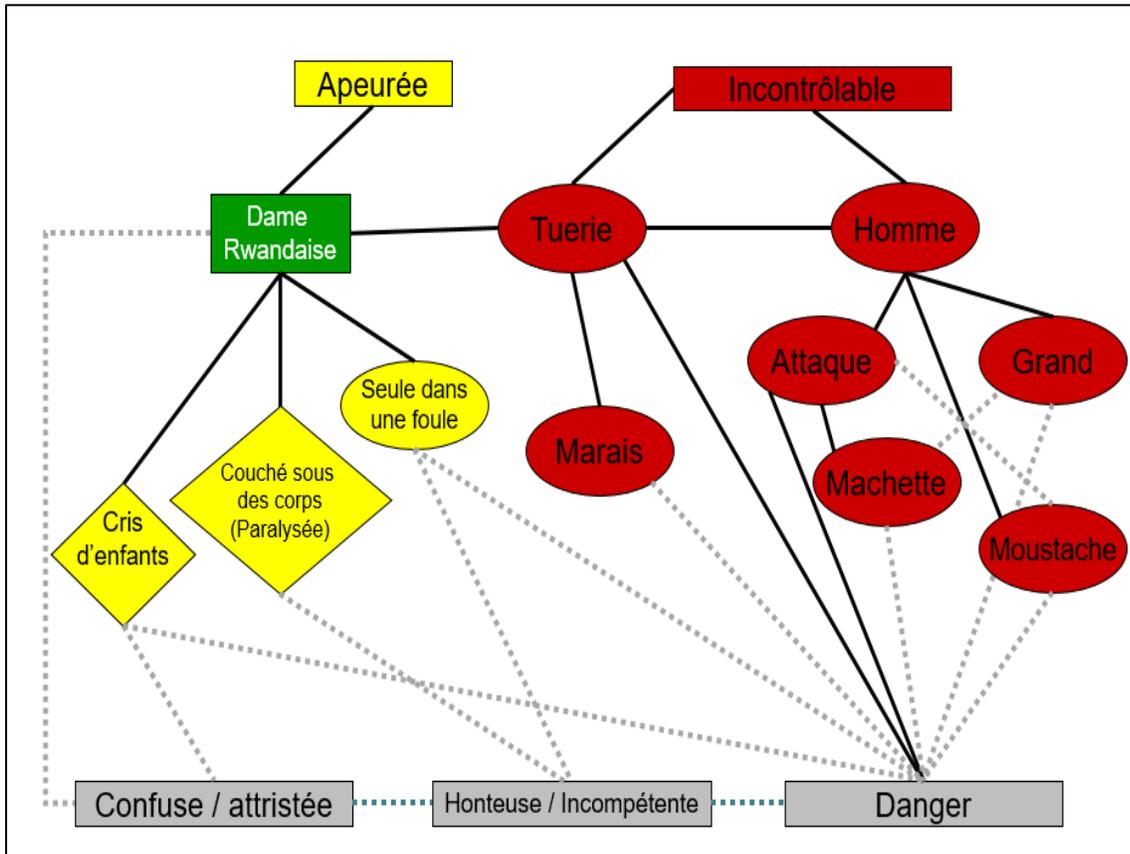
Un autre grand modèle explicatif du développement du TSPT est celui du traitement émotionnel de Foa, Steketee et Rothbaum (1989). Foa et ses collaborateurs (1989) ont soutenu que ce qui distingue le TSPT des autres troubles anxieux est la perception de violation de la sécurité résultant directement de l'événement traumatique (Hassija & Gray, 2007). Selon ce modèle, les associations erronées entre les stimuli, les réponses ainsi que leur signification à la suite d'un traumatisme formeraient un réseau pathologique dans la mémoire à long terme nommé structure de peur (Foa et al., 1989). Plus précisément, cette structure de peur engloberait diverses informations en lien avec l'événement traumatique dont les cognitions, les réactions comportementales et physiologiques, ainsi que les liens et la signification entre ces différents éléments (Foa et al., 1989). Toujours selon ce modèle théorique, l'association stimulus-réponse qui correspondait auparavant à une « sécurité » deviendrait désormais associée à un « danger » lorsque pairée avec un événement traumatique (Brillon, 2013). De plus, Brillon (2013) soutien

que la structure de peur serait constituée d'un réseau complexe d'inter liaisons dont le but serait d'amener l'individu à se défendre ou à s'enfuir lorsque confronté à une menace (*fight or flight*).

Selon Foa et ses collaborateurs (1989), l'activation de la structure de peur par le biais de stimuli (les rappels internes ou externes du traumatisme) amènerait à la conscience des informations contenues dans le réseau de la peur, c'est-à-dire les symptômes intrusifs du TSPT (les réviviscences, les cauchemars, les souvenirs intrusifs, etc.). Par ailleurs, les tentatives de l'individu visant à supprimer la réactivation de la structure de peur seraient responsables des symptômes d'évitement et d'engourdissement émotionnel du TSPT (Foa et al., 1989).

L'alternance entre les symptômes intrusifs et d'évitement pourraient induire un état d'hypervigilance en plus d'empêcher l'intégration adéquate du matériel traumatique aux schémas internes déjà en place (Brillon, 2013). Foa et ses collaborateurs (1989) soutiennent également qu'une résolution efficace du traumatisme ne peut se produire qu'en intégrant les informations du réseau de la peur aux réseaux mnésiques préexistants. Cette intégration nécessiterait, d'une part, l'activation de la structure de peur afin qu'elle devienne accessible à des fins de modifications et, d'autre part, la disponibilité d'informations correctrices en lien avec la structure de peur afin que le réseau global de la mémoire puisse être revisité et ultimement modifié dans un sens bénéfique au rétablissement (Foa et al., 1989). En fait, le traitement émotionnel de l'évènement traumatique (ou encore la modification des structures sous-jacentes aux émotions de peur, d'anxiété, etc.) est au cœur même de l'intégration réussie du traumatisme pour Foa et Kozak (1986). La Figure 3 illustre une structure de peur post-traumatique chez une victime du stress post-traumatique selon le modèle de Foa et ses collaborateurs (1989).

Figure 3. Exemple d'une structure de peur chez une personne ayant un TSPT suite au génocide rwandais de 1994 selon le modèle de Foa, Steketee et Rothbaum (1989)



Note. Figure 3. Exemple d'une structure de peur post-traumatique-Figure tirée de Foa, Steketee et Rothbaum (1989). Représentation graphique adaptée et inspirée de *Comment aider les victimes de stress post-traumatique* (p. 55), par P. Brillon, 2017, Montréal, Québec : Les Éditions Québec-Livre. Copyright (2017) par Groupe Librex Inc.

Le modèle de la structure de peur de Foa et ses collaborateurs est à l'origine de l'élaboration de traitements efficaces et empiriquement validés pour le TSPT, particulièrement la thérapie dite d'exposition prolongée (e. g. *Prolonged Exposure for PTSD* - Foa et al., 1999; Foa, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991; Resick, Nishith, Weaver, Astin, & Feuer, 2002). La thérapie par exposition prolongée a pour objectif de « confronter » les stimuli traumatiques dans un environnement sécuritaire afin de modifier les cognitions dysfonctionnelles liées au TSPT (Zalta & Foa, 2012). Plus précisément, l'exposition en imagination vise l'activation la structure de mémoire pathologique associée à l'événement traumatique en exposant l'individu au matériel

traumatique, en plus de fournir une expérience correctrice afin de promouvoir le traitement émotionnel des informations traumatiques (Foa & Kozak, 1986). Une composante d'exposition *in vivo* fait aussi partie du protocole d'intervention.

Il a été démontré que la thérapie cognitive-comportementale, notamment l'exposition prolongée, est efficace pour réduire les symptômes du TSPT auprès de femmes victimes d'agressions sexuelles (e.g. Foa et al., 2005 ; Foa, Zoellner & Feeny, 2006 ; Nishith et al., 2003), d'individus ayant subi des abus sexuels durant l'enfance (e.g. McDonagh et al., 2005), de victimes d'accidents de voiture (Nilamadhab, 2011 ; Ponniah & Hollon, 2009 ; Zoellner, Rabe, Karl & Maercker, 2011), de vétérans de combat (e.g. Miyahira, Folen, Hoffman, Garcia-Palacios & Schaper, 2010 ; Nilamadhab, 2011), de personnes ayant un statut de réfugié (Nilamadhab, 2011 ; Paunovic & Ost, 2001) ainsi qu'auprès d'individus exposés à des catastrophes (e.g. Difede et al., 2007).

Un autre modèle explicatif du TSPT est le modèle intégratif psychosocial de Joseph, Williams et Yule (1995). Ce modèle aborde le TSPT sous un angle multifactoriel et soutient que c'est l'interprétation ou la réévaluation (*reappraisal*) par l'individu du traumatisme qui expliquerait principalement le développement et le maintien des symptômes de stress post-traumatique (Brillon, 2013). Plus précisément, Joseph et ses collaborateurs (1995) affirment que plusieurs facteurs s'influencent mutuellement et interagissent ensemble pour expliquer le TSPT dont la perception qu'a l'individu de l'évènement traumatique, les émotions, les cognitions, le contexte social et environnemental, la personnalité ainsi que la manière de gérer le stress.

Ce modèle débiterait, évidemment, par la survenue d'un évènement traumatique, c'est-à-dire un évènement défini comme étant un regroupement de stimuli suscitant des émotions et/ou une détresse intenses (Joseph et al., 1995). Les individus ayant vécu un traumatisme tenteraient ensuite de se représenter mentalement l'évènement, c'est-à-dire de trouver une signification à cet évènement et de comprendre ce qu'il leur est arrivé (Brillon, 2013 ; Joseph et al., 1995). Les cognitions en lien avec l'expérience traumatique pourraient se manifester sous la forme de pensées automatiques en lien avec des schémas inconscients (ou des croyances fondamentales) ou encore sous la forme de réévaluations conscientes de l'information traumatique ; un processus pouvant englober la rumination ou les pensées intrusives (Joseph et al., 1995). La personnalité de l'individu (incluant le style attributionnel, le lieu de contrôle, les schémas et les croyances fondamentales) aurait ici un impact sur l'évaluation (ou la réévaluation) de l'évènement traumatique (Brillon, 2013). En effet, les croyances fondamentales et les schémas seraient en lien avec des perceptions de soi-même, des autres et du monde qui se développent depuis l'enfance (Joseph et al., 1995). L'évènement traumatique générerait habituellement des réactions émotionnelles intenses (e.g. peur, anxiété, désarroi, colère) qui feraient l'objet ultérieur d'évaluation ou de réévaluation (Joseph et al., 1995).

La composante de gestion du stress comprendrait, quant à elle, les réponses adaptatives ou non adaptatives déployées par les individus (e.g. évitement, utilisation de substances, engourdissement émotionnel, utilisation ou non du soutien social, etc.) pour tenter de faire face à la détresse engendrée par les stimuli du TSPT (Joseph et al., 1995). Finalement, les composantes sociale et environnementale constitueraient le contexte d'arrière-plan dans lequel les éléments du modèle évoluent et pouvant favoriser ou non le développement ou le maintien des symptômes post-traumatique (Joseph et al., 1995).

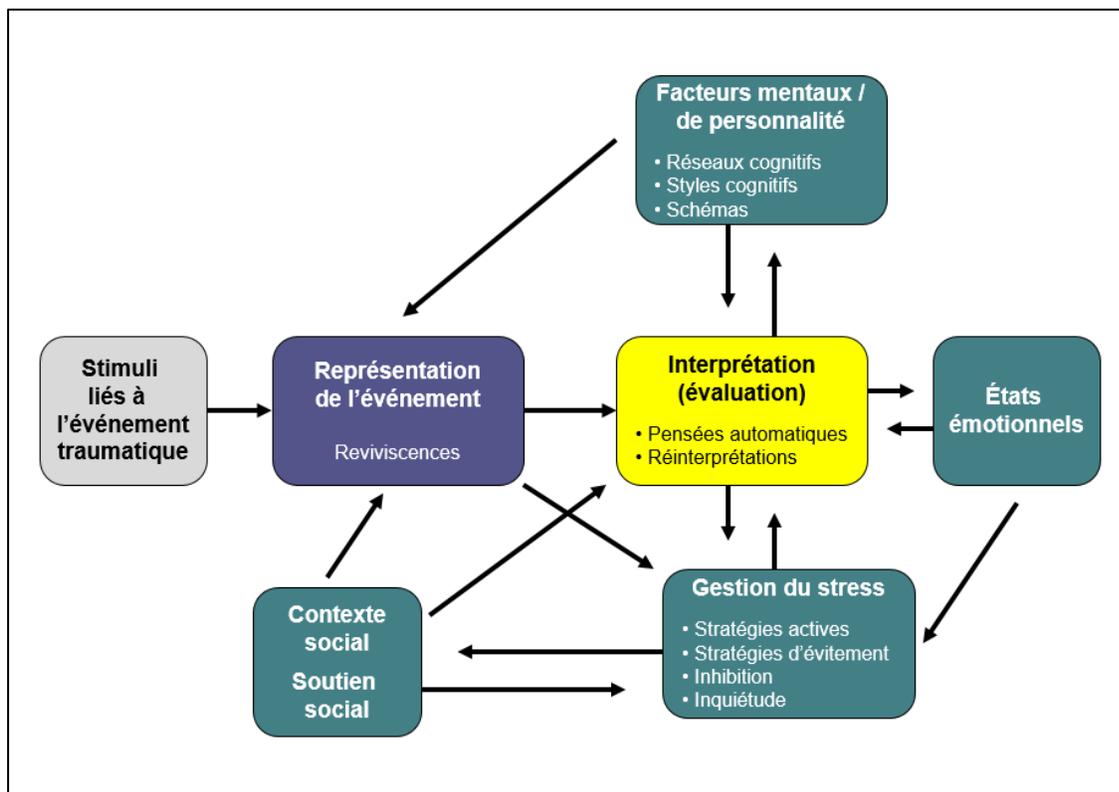
Il est ici possible d'émettre l'hypothèse que le style d'attachement et plus particulièrement les modèles internes opérants, qui seront discutés un peu plus loin dans le texte à la section portant sur l'attachement, pourraient faire partie de ces facteurs de la personnalité qui jouent un rôle dans l'interprétation et la représentation de l'évènement traumatique (à titre d'exemple, une personne ayant des croyances négatives à propos d'elle-même pourrait avoir tendance à penser qu'un évènement traumatique est survenu par sa faute).

Certains protocoles d'interventions psychothérapeutiques pour le TSPT ciblent, tout comme le modèle de Joseph, Williams et Yule (1995), les processus cognitifs impliqués dans le développement de ce trouble. À titre d'exemple, la thérapie axée sur les processus cognitifs (*Cognitive Processing Therapy for PTSD* ; Resick & Schnicke, 1993 ; Resick, Monson, & Chard, 2007) repose principalement sur des interventions qui visent directement les pensées « mésadaptées » et moins directement les comportements qui en résultent. La Figure 4 présente une schématisation du modèle de Joseph et ses collaborateurs (1995).

Cette conceptualisation axée sur l'interprétation attributionnelle des différents facteurs en lien avec le trauma a été récupérée par plusieurs modèles cognitifs plus contemporains, notamment celui d'Ehlers et Clark (2000) présenté à la Figure 5. Ce modèle suggère que le TSPT deviendrait chronique lorsque les individus effectuent un traitement cognitif du traumatisme de manière à produire un sentiment de menace grave et actuelle (Ehlers & Clark, 2000). Selon Ehlers et Clark (2000), ce sentiment de menace serait en premier lieu le résultat d'évaluations cognitives excessivement négatives du traumatisme et (ou) de ses impacts. En second lieu, la nature de la mémoire traumatique explique la survenue des symptômes de réviviscences. Enfin, les évaluations cognitives des individus ayant vécu un traumatisme génèrent une série de

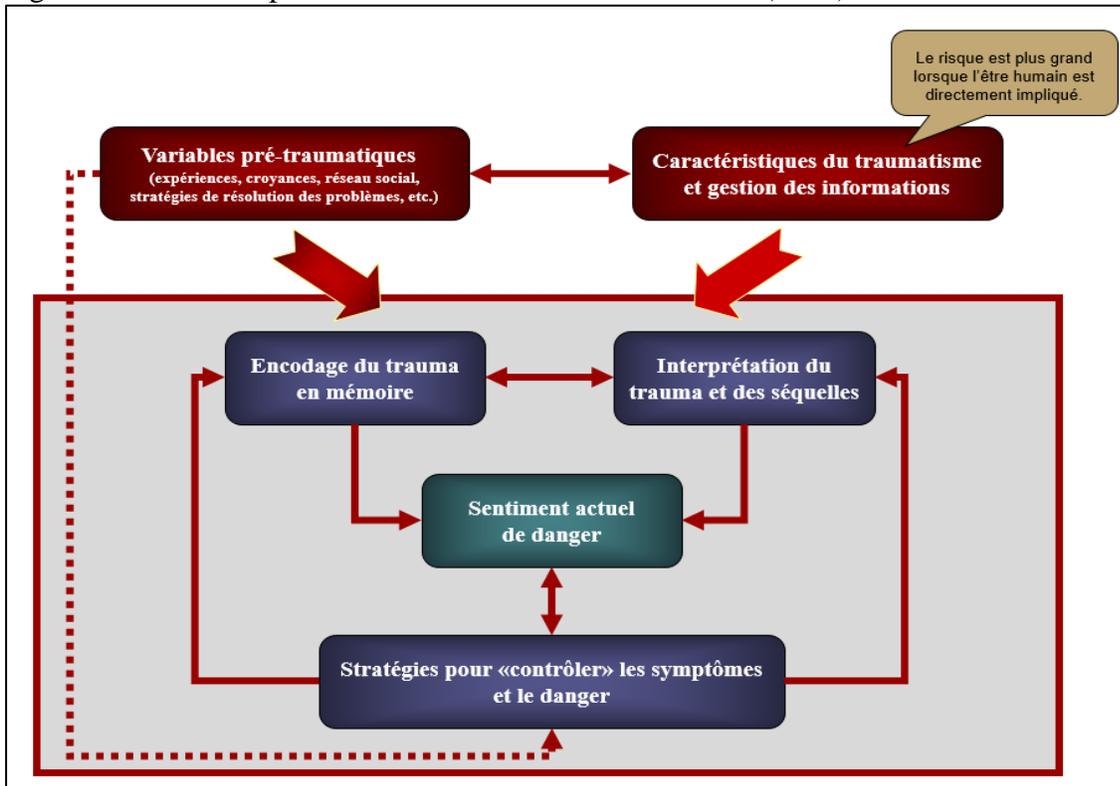
comportements dysfonctionnels et de stratégies cognitives (par exemple, l'évitement comportemental et cognitif, les comportements d'hypervigilance, etc.) visant à réduire le sentiment de menace actuelle. Toutefois, Ehlers et Clark (2000) expliquent que ces comportements et stratégies favorisent le maintien du TSPT puisqu'ils empêchent le changement au niveau des évaluations cognitives et des souvenirs traumatiques et peuvent même conduire à une augmentation des symptômes post-traumatique.

Figure 4. Modèle explicatif du TSPT de Joseph, Williams et Yule (1995)



Note. Figure 4. Modèle de Joseph, William et Yule (1995). Représentation graphique tirée de *Comment aider les victimes de stress post-traumatique* (p. 59), par P. Brillon, 2017, Montréal, Québec : Les Éditions Québec-Livre. Copyright (2017) par Groupe Librex Inc.

Figure 5. Modèle explicatif du TSPT selon Ehlers et Clark (2000)



Note. Figure 5. Modèle explicatif du TSPT selon Ehlers et Clark (2000). Représentation graphique adaptée de *A cognitive model of posttraumatic stress disorder* par A. Ehlers and D. Clark, 2000, *Behavior Research and Therapy*, 38(4), 319-345. Ehlers et Clark (2000).

Afin de mieux comprendre la neurobiologie du TSPT, le dernier modèle présenté dans le cadre de cet essai doctoral est le modèle neuroanatomique du TSPT. Ce modèle met en évidence les structures neuroanatomiques impliquées dans le TSPT et décrit leur rôle dans l'expression des symptômes de ce trouble (Vaiva, 2009). Selon Vaiva (2009), le TSPT est un trouble de la mémoire (encodage mnésique et remémoration) où plusieurs structures neuroanatomiques jouent un rôle dans son développement et son maintien. Les deux principales structures dans ce modèle sont l'amygdale et l'hippocampe. Tout d'abord, l'hippocampe est essentielle à la formation, à l'emmagasinage et au récupération des souvenirs (Southwick et al., 2007). Cette structure joue donc un rôle important dans l'encodage mnésique du matériel traumatisant et dans la réviviscence

de l'évènement traumatique (Southwick et al., 2007). Dans le cas du TSPT, l'hippocampe aurait tendance à mémoriser en excès les stimuli en lien avec l'évènement traumatique au moment de la survenue de ce dernier (Vaiva, 2009).

L'amygdale, une autre structure cérébrale, contribue à la détection des dangers présents dans l'environnement et active ainsi la réponse de combat ou de fuite (*fight or flight*) (Southwick et al., 2007). De plus, elle emmagasine les stimuli et souvenirs à connotation émotionnelle en lien avec la menace (Southwick et al., 2007). Dans le cas du TSPT, l'amygdale serait hyperactive et il y aurait une dysrégulation du cortex préfrontal, dont le rôle est de moduler la réponse émotionnelle et de corriger les réactions mésadaptées (Southwick et al., 2007). Comme l'amygdale est hyperactive, une plus grande quantité de norépinéphrine est relâchée dans l'organisme, ce qui peut expliquer les symptômes d'hypervigilance et d'éveil physiologique qui caractérisent le TSPT (Vaiva, 2009).

Il semblerait qu'il y ait effectivement des différences neuroanatomiques chez les individus ayant un TSPT par rapport à ceux n'ayant pas un TSPT. À titre d'exemple, Nutt et Malizia (2004) ont trouvé des différences au niveau de trois zones cérébrales chez les personnes ayant un TSPT comparativement aux sujets du groupe contrôle n'ayant pas de TSPT : l'hippocampe, l'amygdale et le cortex frontal médian. Nutt et Malizia (2004) soutiennent tout comme Vaiva (2009) que l'amygdale est trop réactive lorsqu'elle est confrontée aux stimuli en lien avec les évènements traumatiques. Toujours selon ces chercheurs, les symptômes caractéristiques du TSPT, y compris les réviviscences, peuvent être liés à un dysfonctionnement de l'hippocampe et du cortex frontal médian dans l'atténuation des symptômes exagérés d'excitation physiologique

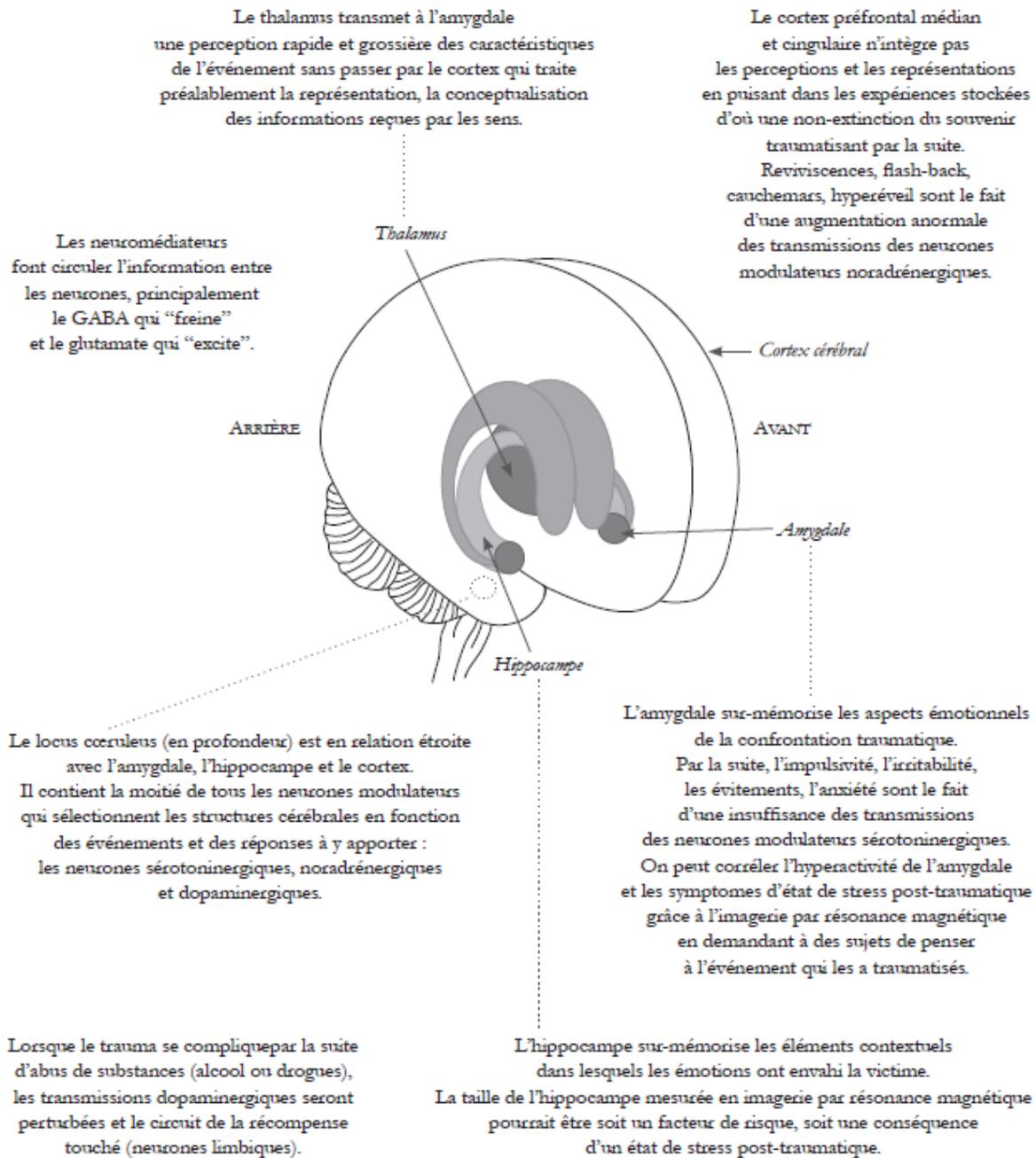
et de détresse provoqués par la réponse de l'amygdale aux rappels de l'événement traumatique (Nutt & Malizia, 2004).

La Figure 6 présente la localisation schématique de structures du cerveau impliquées dans le traumatisme psychique selon Vaiva (2009) ; trouble de la mise en mémoire lors de l'événement traumatisant et trouble du rappel mnésique (retour en pensée et en émotions d'événements passés) lorsque le trouble stress post-traumatique est installé.

En résumé de cette section, il importe de souligner que les modèles du TSPT présentés permettent de mettre en lumière les différentes variables (e.g. contexte environnemental, facteurs cognitifs, facteurs en lien avec la personnalité, etc.) et les mécanismes sous-jacents (e.g. apprentissage par conditionnement opérant, style d'attribution causale, etc.) qui permettent d'expliquer le développement et le maintien du TSPT. Cela dit, bien que les concepts d'attachement et de soutien social, qui seront présentés dans les pages qui suivent, ne soient pas directement abordés dans tous ces modèles explicatifs du TSPT, ces variables peuvent être considérées en regard de la dimension de gestion des symptômes du trauma.

Il est, par ailleurs, à noter que le modèle psychosocial du TSPT de Joseph, Williams et Yule est celui qui a été choisi comme cadre de référence de cet essai doctoral puisqu'il cadre le mieux avec les propos de cet essai doctoral. En effet, il fait directement référence à la dimension du soutien social comme étant une variable clé dans le développement et le maintien TSPT et offre une ouverture à la dimension d'attachement en tant que sous-dimension des facteurs mentaux/de personnalité du modèle.

Figure 6. Synthèse du modèle explicatif du TSPT selon le modèle neuroanatomique de Vaiva (2009)



Note. Figure 6. Synthèse du modèle explicatif du TSPT selon Vaiva (2009). Représentation graphique issue de *Psychotrauma et fonctionnement cérébral – Perspectives thérapeutiques* (p. 211), par G. Vaiva, 2009, *Stress et trauma*, 9(4), 201-213.

L'étude du style d'attachement et du soutien social dans le contexte de cet essai doctoral pourrait aider à mieux comprendre pourquoi certains individus développent un TSPT à la suite d'un traumatisme (alors que d'autres n'en développent pas). Ainsi, une meilleure compréhension de l'attachement et du soutien social dans le contexte du TSPT pourrait vraisemblablement permettre une meilleure prévention et aussi offrir des pistes de réflexion pour bonifier le traitement psychothérapeutique de ce trouble.

## **2.2 L'attachement**

La section précédente cherchait à mettre en contexte le concept du TSPT ainsi que ses principaux modèles explicatifs et débouchait sur la possibilité d'intégration des concepts d'attachement et de soutien social à ce large champ d'étude que constitue la psychotraumatologie. Avant de pouvoir considérer cette intégration, il importe de bien cadrer le concept d'attachement. Cette section abordera donc le concept d'attachement en tentant plus précisément de le mettre en contexte historique, de le décrire et de faire des liens entre l'attachement et le TSPT.

### *2.2.1 Mise en contexte de l'attachement*

Il sera premièrement question de décrire brièvement l'histoire du concept d'attachement. John Bowlby, pédopsychiatre et psychanalyste britannique, est généralement considéré comme étant le fondateur de la théorie de l'attachement. Les travaux de Bowlby sur l'attachement (1958, 1969, 1973, 1979, 1980) sont inspirés de ceux de Lorenz (1935) portant sur l'éthologie (l'étude du comportement des animaux dans leur environnement naturel) ainsi que ceux d'Harlow et

Zimmerman (1958) portant sur l'étude de jeunes singes exposés à une mère nourricière mais artificielle ou une mère non nourricière mais présentant les caractéristiques physiques d'une mère naturelle et affectueuse.

En ce qui le concerne, Bowlby a principalement étudié les relations mère-enfant, ce qui a permis de mettre en évidence l'importance de ce type d'interaction pour le développement humain et de formuler les fondements de la théorie de l'attachement (van der Horst, LeRoy & van der Veer, 2008). Selon Bowlby (1969), l'attachement est défini comme étant l'ensemble des comportements et des actions (mentales ou autres) ayant pour but de rechercher ou de maintenir la proximité physique et affective avec une personne préférentielle, c'est-à-dire une figure d'attachement (généralement un pourvoyeur de soins ou un *caregiver* en anglais). Une des contributions les plus significatives de Bowlby à la théorie de l'attachement fut sans doute la reconnaissance que l'attachement de l'enfant à son pourvoyeur de soins est essentiel à sa survie et à son évolution (Wallin, 2007) ; marquant non seulement le moment présent mais aussi le futur proche et lointain. En plus d'être nécessaires à la survie, les comportements d'attachement seraient essentiels au développement interpersonnel, social et émotionnel de l'enfant (e.g. Bowlby, 1969 ; Rholes & Simpson, 2004). Les liens émotionnels entre la figure d'attachement et l'enfant offriraient à ce dernier une protection en cas de vulnérabilité ainsi qu'une base de sécurité lui permettant d'explorer le monde et de là se développer de plus en plus (Rholes & Simpson, 2004).

Bowlby est également à l'origine du concept de modèle interne opérant (MIO), qui représente un ensemble d'attentes et de perceptions à propos de soi, des autres et du monde et qui se développent graduellement à partir des expériences et des relations avec les figures

d'attachement au cours de l'enfance (Bowlby, 1969, 1973). Plus particulièrement, les MIOs sont des représentations mentales cognitives et émotionnelles qui servent de guide ou de sorte de « carte mentale » pour orienter les interactions sociales et favoriser la gestion des émotions. Selon Bowlby (1980), les MIOs comprennent l'ensemble des croyances envers soi (par exemple, la croyance d'être digne de soins et d'amour) et envers autrui (par exemple, la confiance que la figure d'attachement est en mesure de répondre à nos besoins de façon chaleureuse ; et de là, savoir que d'autres figures d'attachement peuvent être digne de confiance par la suite). Toujours selon Bowlby (1980), ces représentations formées durant la petite enfance opèreraient généralement de façon non-consciente et constitueraient donc une sorte de prototype pour les relations futures de l'adolescence et de l'âge adulte.

Un peu plus tard et à la suite de leurs observations des interactions entre des dyades « mère-enfant » placées dans ce qui a été nommé la « Situation Étrange », Mary Ainsworth et ses collaborateurs ont poursuivi les travaux de Bowlby et ont pu différencier divers styles d'attachement chez l'enfant, soient les styles d'attachement sécurisant, résistant-ambivalent et évitant (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

Durant l'expérience de la Situation Étrange, les enfants présentant un style d'attachement qualifié de sécurisant recherchaient la plupart du temps la proximité de leur figure d'attachement en cas de détresse, étaient plus facilement réconfortés par celle-ci lorsque nécessaire et exploraient avec davantage de facilité le monde qui les entouraient durant la Situation Étrange (Ainsworth et al., 1978 ; Tereno, Soares, Martins, Sampaio & Carlson, 2007). Par ailleurs, les pourvoyeurs de soins qui avaient la capacité de générer une sécurité affective chez leur enfant possédaient les caractéristiques identifiables suivantes : ils demeuraient disponibles même si

l'enfant n'était pas en détresse et ils accueillait de façon chaleureuse leurs difficultés ainsi que leurs différents états émotionnels (Rholes & Simpson, 2004).

Ainsworth et ses collaborateurs (1978) ont également observé lors de leurs expérimentations que certains enfants présentaient un style d'attachement qualifié d'insécurisant. Pour eux, l'attachement insécurisant se subdivisait en deux sous-types, soit un attachement résistant-ambivalent, ou un attachement évitant.

Lors de la Situation Étrange, le style d'attachement résistant-ambivalent se traduisait par des comportements contradictoires (approche-évitement) vis-à-vis de la figure d'attachement (Ainsworth et al., 1978 ; Rholes & Simpson, 2004) ainsi que par une difficulté de l'enfant à être rassuré par la figure d'attachement en comparaison avec les enfants ayant un style d'attachement sécurisant (Ainsworth et al., 1978 ; Rholes & Simpson, 2004 ; Tereno et al., 2007). De plus, ce style d'attachement se caractérisait par une confiance insuffisante envers la figure d'attachement ainsi que par une propension à l'anxiété qui nuisait à l'exploration adéquate du monde environnant (Tereno et al., 2007).

Le style d'attachement évitant, quant à lui, se manifestait principalement par une apparente indifférence de l'enfant vis-à-vis de sa figure d'attachement lorsque placé dans la Situation Étrange (Ainsworth et al., 1978 ; Rholes & Simpson, 2004 ; Tereno et al., 2007). En outre, les enfants présentant ce style d'attachement avaient tendance à porter une moins grande attention à leur figure d'attachement lorsqu'ils exploraient le monde qui les entourait (Tereno et al., 2007) et ce, en plus d'apparemment minimiser leur détresse en utilisant une forme

quelconque de distraction (Rholes & Simpson, 2004) et/ou en utilisant des stratégies d'évitement pour exprimer leurs affects plus négatifs (Tereno et al., 2007).

Quelques années plus tard, Main et Solomon (1986, 1990) ont mis en évidence l'existence d'une autre catégorie d'attachement appelée « attachement non résolu » ou « attachement désorganisé », qui se révélerait par des comportements d'attachement incohérents et instables chez l'enfant lorsque placé dans la Situation Étrange. En fait, l'attachement désorganisé serait plus fréquent chez les enfants ayant un pourvoyeur de soins qui est à la fois une source d'affection et une source de peur intense, comme c'est malheureusement souvent le cas dans les cas d'abus physiques et/ou psychologiques (Main & Hess, 1990).

Avec le temps, les concepts de base de la théorie de l'attachement et les découvertes sur les styles d'attachement furent appliqués aux relations adultes. Hazan et Shaver (1987) ont été des pionniers dans l'étude de l'attachement chez l'adulte et ce, plus spécifiquement dans le contexte des relations amoureuses. Ces chercheurs ont schématisé les relations amoureuses comme étant un processus d'attachement au même titre que les relations parents-enfants. Ils ont démontré que l'attachement entre deux partenaires adultes et amoureux partage des similarités importantes avec l'attachement parent-enfant (à titre d'exemples, la recherche de proximité avec la figure d'attachement, un sentiment d'insécurité lorsque la figure d'attachement n'est pas disponible, le partage de découvertes lors de l'exploration du monde, etc.) (Hazan & Shaver, 1987).

Ainsi et à partir des travaux sur l'attachement des enfants menés avant eux, Hazan et Shaver (1987) en sont arrivés à conceptualiser des styles d'attachement chez l'adulte. En fait, ils

ont pu déterminer que les adultes ayant un style d'attachement sécurisant seraient généralement plus à l'aise avec l'intimité et la proximité dans leurs relations amoureuses et ne seraient habituellement pas préoccupés par l'abandon. Toujours selon ces chercheurs, les adultes ayant un style d'attachement anxieux-ambivalent auraient tendance à rechercher de façon exagérée une proximité et une intimité avec leur figure d'attachement ou leur partenaire de vie et à être préoccupés excessivement par l'abandon (Hazan & Shaver, 1987). Ces auteurs ont aussi proposé que les adultes qui présentent un style d'attachement évitant seraient généralement inconfortables avec l'intimité et la proximité (Hazan & Shaver, 1987).

À la même époque, George, Kaplan et Main (1985) ont développé une mesure de l'attachement adulte à savoir, l'*Adult Attachment Interview* - AAI). L'AAI est une entrevue semi-structurée permettant d'évaluer le style d'attachement des adultes par le biais de leurs souvenirs d'enfance généraux et spécifiques (George et al., 1985). Les données récoltées par l'entremise de cet instrument de mesure ont permis de mettre en évidence trois catégories d'attachement semblables à celles établies par Hazan et Shaver (1987) c'est-à-dire, les styles sécurisant-autonome, préoccupé et détaché et ce, en plus de mettre en évidence un quatrième style d'attachement chez l'adulte ; le style désorganisé (Main, Kaplan et Cassidy, 1985).

Bartholomew et Horowitz (1991) ont poursuivi les recherches sur l'attachement adulte en intégrant la notion de MIOs de Bowlby aux styles d'attachement adulte jusque-là identifiés (voir Main et al., 1985 ; Hazan & Shaver, 1987). Plus précisément, ces chercheurs ont élaboré un modèle de l'attachement adulte en combinant deux grandes dimensions : (a) les représentations internes de soi (positives ou négatives) avec (b) les représentations internes des autres (positive ou négative). Il en résulterait quatre styles d'attachement distincts (un style d'attachement

sécurisant et trois styles d'attachement insécurisant) qui correspondent à chacune des combinaisons possibles (Bartholomew & Horowitz, 1991). De plus, chaque style d'attachement est conceptualisé en deux dimensions, c'est-à-dire l'anxiété liée à l'attachement et l'évitement lié à l'attachement (Brennan, Clark & Shaver, 1998). Ces styles seront brièvement décrits dans les lignes qui suivent puisqu'ils constituent le fondement de la formulation du concept d'attachement qui a été retenue et utilisée dans cet essai doctoral.

La première combinaison correspond au style d'attachement sécurisant. Les individus ayant ce style d'attachement possèdent une représentation *positive* de soi (ils se perçoivent comme étant, par exemple, dignes d'amour et de considérations de la part d'autrui) et une représentation positive des autres (ils perçoivent les autres comme étant chaleureux et capables de répondre à leurs besoins) (Bartholomew & Horowitz, 1991). L'attachement sécurisant à l'âge adulte fait référence à l'absence (ou la quasi-absence) d'anxiété et d'évitement dans les relations proches, dans la mesure où les individus ne craignent pas d'être seuls ou abandonnés et sont à l'aise avec le fait de dépendre des autres et aussi avec le fait que les autres dépendent d'eux (Bartholomew & Horowitz, 1991 ; Fraley & Bonanno, 2004).

La deuxième combinaison correspond au style d'attachement détaché. Cet agencement se caractérise par une représentation positive de soi (les individus se perçoivent comme étant dignes d'amour et de considérations de la part d'autrui) et une représentation négative d'autrui (ils perçoivent généralement les autres comme étant indisponibles et/ou incapables de répondre à leurs besoins) (Bartholomew & Horowitz, 1991). Ces individus ont une forte tendance à l'évitement dans leurs relations proches et font généralement l'expérience de peu d'anxiété et/ou d'une anxiété de faible intensité dans leurs relations interpersonnelles (Fraley & Bonanno, 2004).

La troisième combinaison correspond au style d'attachement craintif. Cette combinaison correspond à une représentation négative de soi (ils se perçoivent comme n'étant pas dignes d'amour et/ou de considérations de la part d'autrui) et à une représentation négative des autres (ils perçoivent les autres comme n'étant pas dignes de confiance et incapables de répondre à leurs besoins) (Bartholomew & Horowitz, 1991). Ces individus font généralement l'expérience d'une forte anxiété dans leurs relations proches et font aussi preuve de beaucoup d'évitement (Fraley & Bonanno, 2004).

La dernière combinaison correspond au style d'attachement dit préoccupé, caractérisé par une représentation négative de soi (ces individus ne croient pas mériter l'attention et/ou l'amour des autres) et une représentation positive des autres, pouvant parfois même être idéalisée (Bartholomew & Horowitz, 1991). Le style interpersonnel de ces individus se démarque généralement par peu d'évitement et une grande anxiété dans leurs relations proches (Fraley & Bonanno, 2004).

Au fil du temps, plusieurs études ont fait état de la distribution des styles d'attachement parmi la population adulte. À titre d'exemple, Hazan et Shaver (1987) ont constaté que la répartition des styles d'attachement observée à l'âge adulte chez des hommes et des femmes étudiant(e)s à l'université correspond à celle observée dans la petite enfance, soit une proportion de 56% d'individus ayant un style d'attachement sécurisant, 24% ayant un style d'attachement évitant et 20% ayant un style d'attachement anxieux-ambivalent. Mickelson, Kessler et Shaver (1997), quant à eux, ont étudié l'attachement chez un échantillon représentatif de la population américaine adulte et ont trouvé les proportions suivantes de style d'attachement : sécurisant (59.0%), évitant (25.2%) et anxieux (11.3%). Un petit nombre de participants de cette étude

(4.5%) n'ont pas pu se voir assigner un style d'attachement particulier puisque leurs scores étaient trop semblables sur les trois échelles de l'outil d'évaluation alors utilisé. Par ailleurs, une méta-analyse menée par van IJzendoorn et Bakermans-Kranenburg (1996) auprès d'adultes ayant la caractéristique d'être parent a déterminé que les pères et les mères avaient des styles d'attachement qui se répartissaient comme suit : sécurisant (56%), désorganisé / non résolu (18%), évitant (16%) et préoccupé (10%).

### *2.2.2 Liens entre le style d'attachement et le TSPT*

Tel qu'abordé précédemment, la théorie de l'attachement soutient que les modèles internes opérants (MIOs), qui sont des représentations mentales persistantes de soi et des autres, se développent à partir des premières relations d'attachement de l'individu (Bowlby, 1969). Les MIOs, qui sont une composante centrale du style d'attachement, peuvent être de nature positive et/ou négative et influencent la régulation émotionnelle ainsi que la manière dont les individus s'adaptent aux événements de vie stressants (Bartholomew & Horowitz, 1991 ; Carlson & Sroufe, 1995 ; Mikulincer & Shaver, 2007). Les MIOs peuvent donc influencer de manière significative la façon dont un individu évalue un événement traumatique et/ou ses conséquences (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Il est généralement admis auprès de la communauté scientifique qu'un style d'attachement sécurisant constitue un facteur de protection contre le développement de troubles psychiatriques en général (e.g. Bartholomew, Kwong & Hart, 2001). Plus particulièrement, un style d'attachement sécurisant serait un facteur de résilience contre le développement du TSPT comparativement à un style d'attachement insécurisant, qui serait un facteur de risque pour le

développement de ce trouble (e.g. Ogle, Rubin & Siegler, 2015). Au fil du temps, quelques études menées chez les adultes ayant subi une variété de traumatismes ont indiqué une association négative entre le style d'attachement sécurisant et le développement ultérieur du TSPT à la suite d'un évènement traumatique (e.g. Armour, Elklit, & Shevlin, 2011 ; Declercq & Willemsen, 2006 ; Dekel, Solomon, Ginzburg & Neria, 2004 ; Fraley, Fazzari, Bonanno & Dekel, 2006 ; O'Connor & Elklit, 2008).

En fait, une méta-analyse de Woodhouse, Ayers et Field (2015) sur la relation entre les styles d'attachement des adultes et les symptômes du TSPT a démontré une association modérée entre le style d'attachement sécurisant et moins de symptômes de stress post-traumatique et une association modérée, dans le sens opposé, entre le style d'attachement insécurisant et davantage de symptômes de stress post-traumatique. Par ailleurs, la relation entre les styles d'attachement des adultes et les symptômes du TSPT a été examinée auprès de populations ayant subi des traumatismes variés. Ainsi, des études auprès de prisonniers de guerre et de vétérans de guerres israéliens ont révélé que le TSPT était associé à un style d'attachement insécurisant (Ein-dor, Doron, Mikulincer, Solomon & Shaver, 2010 ; Mikulincer, Ein-dor, Solomon & Shaver, 2011 ; Woodhouse, Ayers, & Field, 2015). D'autres recherches menées auprès d'anciens combattants (e.g. Renaud, 2008), d'agents de sécurité (e.g. Bogaerts, Maarten, Kunst & Winkel, 2009 ; Woodhouse et al., 2015), de personnes victimes de maltraitance durant l'enfance (Elklit, 2009 ; Sandberg, 2010 ; Sandberg, Suess & Heaton, 2010 ; Woodhouse et al., 2015), d'individus victimes d'inceste (Alexander et al., 1998 ; Woodhouse et al., 2015), d'individus ayant subi des attaques terroristes (Fraley et al., 2006 ; Woodhouse et al., 2015) et des personnes victimes de violence conjugale (Scott & Babcock, 2010 ; Woodhouse et al., 2015) ont aussi fait état d'une

association entre un style d'attachement insécurisant et davantage de symptômes de stress post-traumatique.

Plus particulièrement, il semblerait que les représentations internes négatives de soi caractérisant notamment les styles d'attachement craintif et préoccupé favoriseraient le développement du TSPT. En effet, certaines études auprès des adultes ont démontré qu'un style d'attachement marqué par une image négative de soi est un facteur de risque possible pour le développement du TSPT (Dieperink, Leskela, Thuras & Engdahl, 2001 ; O'Connor & Elklit, 2008). À l'opposé, une étude menée auprès des vétérans de guerre israéliens de 1973 a démontré qu'un style d'attachement caractérisé par une image positive de soi (en lien avec des styles d'attachement sécurisant ou détaché) agirait comme un effet tampon contre le développement de symptômes post-traumatiques (Dekel et al., 2004).

Il semblerait également que les représentations mentales des autres qu'ont les individus jouent également un rôle dans le développement du TSPT. En effet, une autre recherche menée chez les vétérans de combat israéliens a révélé que les réactions de stress liées au combat et le TSPT chronique étaient associés à des niveaux moins élevés de croyances positives envers les autres et de confiance en soi (Dekel, Solomon, Elklit & Ginzburg, 2004).

Tel que mentionné précédemment, le style d'attachement semble donc influencer de façon significative la sévérité des symptômes de stress post-traumatique. Il a également été établi que le style d'attachement a un impact sur le type de stratégie d'adaptation employé pour composer avec un traumatisme (e.g. Bartholomew & Horowitz, 1991 ; Ogle, Rubin & Siegler, 2015). À titre d'exemple, Mikulincer, Florian et Weller (1993) ont étudié une population adulte israélienne

ayant vécu l'attaque de missiles irakiens durant la Guerre du Golfe. Cette étude a examiné le lien entre le style d'attachement des adultes de l'échantillon et leur réaction suivant l'attaque de missiles. Mikulincer et ses collaborateurs (1993) ont remarqué des différences réactionnelles post-traumatiques chez les individus en fonction de leur style d'attachement. Tout d'abord, les personnes catégorisées comme ayant un style d'attachement anxieux-ambivalent avaient exprimé davantage de détresse et avaient tendance à utiliser davantage de stratégies d'adaptation axées sur les émotions que les personnes ayant un style d'attachement sécurisant (Mikulincer et al., 1993). Ensuite, les individus ayant un style d'attachement évitant ont démontré des niveaux plus élevés de somatisation, d'hostilité et d'évitement en lien avec le traumatisme vécu en comparaison avec les personnes ayant un style d'attachement sécurisant (Mikulincer et al., 1993). Enfin, les personnes ayant un style d'attachement sécurisant employaient relativement plus de stratégies de recherche de soutien social pour composer avec l'expérience traumatique que les individus ayant un style d'attachement insécurisant (Mikulincer et al., 1993).

D'autres études semblent abonder dans le même sens, en soutenant que les individus ayant un style d'attachement anxieux ont tendance à utiliser des stratégies d'adaptation pouvant intensifier les réactions émotionnelles négatives face à des événements stressants (e.g. désespoir, impuissance, horreur, etc.), ce qui amplifierait donc la perception de menace et par le fait même la détresse de l'individu (Maunder, Lancee, Nolan, Hunter & Tannenbaum, 2006 ; Ogle, Rubin & Siegler, 2015). Il semble en fait que le style d'attachement anxieux chez l'adulte a été associé à diverses réactions mésadaptées, notamment à une attention plus marquée aux émotions négatives (Mikulincer, Gillath & Shaver, 2002 ; Ogle et al., 2015), à une tendance à l'hypervigilance pour les événements menaçants (Ogle et al., 2015 ; Pielage, Gerlsma & Schaap, 2000) ainsi qu'à des symptômes anxio-dépressifs et une hostilité plus sévères (Mikulincer et al., 1993 ; Ogle et al.,

2015). Ainsi, il semblerait que l'anxiété liée à l'attachement soit associée au TSPT. En fait, Woodhouse et ses collaborateurs (2015) ont trouvé lors de leur méta-analyse que les styles d'attachement caractérisés par un niveau élevé d'anxiété, particulièrement le style d'attachement préoccupé, étaient fortement associés à une accentuation des symptômes de stress post-traumatique.

Les individus ayant un style d'attachement évitant, quant à eux, semblent privilégier les stratégies d'adaptation basées sur la désactivation ou la dissociation des états émotionnels négatifs. En effet, ces personnes sont plus enclines à la suppression de souvenirs difficiles et ont tendance à ignorer les informations ayant un caractère menaçant (Fraley & Shaver, 1997 ; Ogle et al., 2015). De plus, ces individus ont tendance à utiliser des substances telles l'alcool et la drogue pour gérer leurs affects négatifs et le stress (Bartholomew & Horowitz, 1991 ; Brennan & Bosson, 1998 ; Komorowska-Pudlo, 2016), à se retirer de leur réseau social (Lussier, Sabourin & Turgeon, 1997 ; Komorowska-Pudlo, 2016 ; Stawicka) et à faire preuve de moins de confiance envers les autres (Komorowska-Pudlo, 2016 ; Pistole, 1993). Bien que ces stratégies puissent efficacement réguler les effets négatifs et minimiser les menaces perçues (du moins à court terme), les stratégies de désactivation du système d'attachement semblent être associées à un large éventail de conséquences défavorables, notamment une capacité réduite à reconnaître les émotions négatives (Ogle et al., 2015 ; Shaver & Mikulincer, 2008) et des tentatives diminuées de sollicitation du soutien social (Ogle et al., 2015 ; Simpson, Rholes & Nelligan, 1992) ainsi qu'à des impacts néfastes sur la santé mentale, notamment la dépression (Ogle et al., 2015 ; Wei, Russell, Mallinckrodt & Vogel, 2007).

Selon Woodhouse et ses collaborateurs (2015), le rôle de l'attachement évitant en lien avec le développement du TSPT est sujet à débat au sein de la communauté scientifique. Certaines études suggèrent qu'un style d'attachement évitant offrirait une protection en atténuant la symptomatologie traumatique par le biais du recours à des stratégies d'adaptation dites défensives (Fraley et al., 2006 ; Woodhouse et al., 2015). De plus, la méta-analyse de Woodhouse et ses collaborateurs (2015) a également révélé que le style d'attachement détaché n'était pas associé de manière significative aux symptômes de stress post-traumatique. Cependant, d'autres recherches ayant examiné les styles d'attachement en lien avec le TSPT ont indiqué que l'attachement insécurisant de type évitant était davantage associé aux symptômes de stress post-traumatique que l'attachement insécurisant de type anxieux (Frey, Blackburn, Werner-Wilson, Parker & Wood, 2011 ; Woodhouse et al., 2015) et qu'il y avait une forte association positive entre le style d'attachement détaché et les symptômes du TSPT (O'Connor & Elklit, 2008).

En revanche, les individus avec un style d'attachement sécurisant auraient tendance à attribuer une signification moins menaçante aux événements stressants (Mikulincer & Florian, 1998 ; Ogle et al., 2015) et utiliseraient généralement des stratégies d'adaptation favorisant la recherche de soutien et de proximité de leur entourage (Mikulincer et al., 1993 ; Ogle et al., 2015), ce qui leur permettrait d'affronter plus efficacement le stress (Ogle et al., 2015 ; Solomon, Dekel & Mikulincer, 1998). En fait, selon Arian, Stopa, Carnelley et Karl (2015), cette recherche de proximité permettrait, en plus d'atténuer la détresse post-traumatique, de mettre l'emphase sur d'autres comportements, tels que l'exploration. Toujours selon Arian et ses collaborateurs (2015), la recherche appropriée de soutien social combinée avec une régulation émotionnelle adéquate (sans évitement et surexcitation) pourrait expliquer l'effet protecteur du style d'attachement sécurisant.

## 2.3 Le soutien social

Les sections précédentes cherchaient à mettre en contexte le concept de TSPT ainsi que celui de l'attachement. Il importe maintenant de bien cadrer le concept de soutien social puisqu'il s'agit d'un concept fréquemment étudié en psychologie et directement pertinent au propos de cet essai doctoral. Il s'agit d'un phénomène très utile pour la compréhension d'enjeux en lien avec la santé mentale et physique mais pas toujours facile à bien circonscrire (Lakey, 2013). Cette section abordera donc le concept de soutien social et tentera plus précisément de le mettre, lui aussi, en contexte historique pour ensuite le décrire.

### 2.3.1 *Mise en contexte du soutien social*

D'un point de vue historique, le soutien social est la forme d'aide la plus considérable ayant été accordée aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale, incluant les psychotraumatismes (Maguire, 1991). Au cours du 19<sup>ième</sup> siècle, le sociologue Émile Durkheim avait d'ailleurs mis en évidence l'importance des liens sociaux dans le contexte des difficultés de santé mentale en affirmant que la prépondérance des actes suicidaires était plus élevée parmi les populations humaines chez qui les liens sociaux étaient affaiblis (rapporté par Caron & Guay, 2005). Durkheim (1897) a aussi soutenu que la mortalité et la morbidité étaient plus élevées chez les individus plus retirés socialement en comparaison avec ceux ayant de plus grandes affiliations sociales.

Bien que le soutien social ait fait l'objet d'études depuis des décennies, il semblerait que la recherche scientifique portant sur ce concept ait connu une forte avancée dans les années 1970

et 1980 (Caron & Guay, 2005). En fait, plusieurs études ont alors conclu que les facteurs sociaux jouent un rôle primordial dans l'incidence, la prévalence et de la perpétuation des troubles physiques et mentaux (e.g. Cokrin, 1997). C'est aussi à cette époque qu'il y a eu une véritable reconsidération des principes appliqués dans le domaine de la santé mentale, ce qui a engendré, entre autres choses, un regain d'intérêt envers le soutien social comme objet d'étude et élément d'intervention thérapeutique (Dufort & Guay, 2001).

Ainsi et toujours selon Dufort et Guay (2001), les chercheurs appartenant à plusieurs domaines dont l'épidémiologie, la psychologie et la sociologie se sont intéressés au soutien social et à ses bienfaits. Il est intéressant de noter que Dufort et Guay (2001) affirment à ce propos que les travaux de Bowlby (1969) sur l'attachement illustrent le caractère essentiel du soutien social au cœur des relations humaines en soutenant que la privation physique et émotionnelle de celles-ci pourrait produire des répercussions importantes sur le développement des enfants et plus tard sur celui des adultes.

Le soutien social est une entité complexe et par conséquent souvent difficile à définir et à opérationnaliser en des termes simples et concis (Blanchard et al., 1995 ; Buchanan, 1995 ; Beauregard & Dumont, 1996). Il importe tout d'abord de souligner que le soutien social est un concept qui a de nombreuses dimensions et qui s'apparente à plusieurs autres concepts. De plus, il peut être défini de différentes façons. Le soutien social désigne les comportements et les démarches entreprises par l'entourage d'une personne nécessitant de l'aide lors de périodes difficiles (Cohen & Wills, 1985 ; St-Jean Trudel, 2009 ; Wills & Fegan, 2001). Dans ce contexte, le soutien social semble procurer des avantages physiques et psychologiques aux personnes confrontées à des événements stressants et/ou traumatiques et est considéré comme un facteur

pouvant réduire la détresse psychologique face à ces événements (Brummett et al., 2006). Selon Cassel (1976), Cobb (1976) et Caplan (1979), la plupart des effets positifs des relations sociales sur la santé seraient d'ailleurs dus à leurs caractéristiques d'effet-tampons en présence d'évènements stressants. Le soutien social peut aussi se caractériser par les objectifs qu'ont les personnes qui interagissent ensemble, tels que le partage d'activités plaisantes, la démonstration de gestes chaleureux et/ou l'échange d'information (Sherbourne & Stewart, 1991).

Selon divers auteurs (e.g. Cobb, 1976 ; House, Umberson & Landis, 1988 ; Turner, 1983), il existerait donc différents types de soutien social qui peuvent se regrouper selon trois grandes catégories de soutien, à savoir : (a) instrumental, (b) socio-émotionnel et finalement, (c) informationnel. Le soutien instrumental fait généralement référence aux actions et/ou aux choses qui sont pourvues et/ou dispensées par les autres pour rendre possible l'accomplissement des rôles et des responsabilités quotidiennes. Le soutien socio-émotionnel renvoie, quant à lui, aux démonstrations d'affection et d'amour, au fait de se soucier de l'autre ou des autres, à l'estime et à la sympathie qui est portée envers les autres ; de même qu'aux possessions de groupes qui dérivent de la famille et des amitiés. Finalement, le soutien informationnel se rapporte à toute forme de communications (par exemple, les conseils ou la rétroaction personnalisée) qui sont pertinentes par rapport à la résolution de difficultés qu'un individu peut rencontrer sur sa route et/ou qui viennent faciliter les circonstances de sa vie.

Il apparaît, par ailleurs, que la perception de la disponibilité de ce soutien social et l'évaluation que l'individu en fait constituent des éléments clé du soutien social (Morowatisharifabad & Tonekaboni, 2008). Plus précisément, le soutien social structurel renverrait à la quantité d'individus présents au sein du réseau social d'un individu donné ainsi

qu'au nombre de contacts sociaux avec des personnes clé (Wills & Fegan, 2001). Selon Helgeson (2003), le degré d'intégration sociale constitue une autre façon d'estimer le soutien structurel en considérant, par exemples, certains paramètres tels que le statut civil, le fait d'appartenir ou non à une communauté quelconque ainsi que la périodicité des rapports sociaux.

Le soutien social fonctionnel renverrait, quant à lui, à la perception subjective que des personnes clé (par exemples les membres de la famille ou les amis) sont et seront disponibles pour offrir un soutien de qualité en cas de nécessité dans le futur proche et/ou plus éloigné (Wills & Filer, 2001). Pour ces auteurs, le soutien social fonctionnel permet donc d'évaluer la qualité du réseau perçue et utilisable par un individu donné. Certaines études (DeLong, 2012 ; Kessler, Price & Wortman, 1985 ; Sarason, Shearin, Pierce & Sarason, 1987) ont comparé l'efficacité de la quantité et de la qualité du soutien social en lien avec la prédiction de psychopathologie ultérieure. Ces auteurs ont constaté que la qualité du soutien social était beaucoup plus importante que la quantité ou le nombre de contacts sociaux (DeLong, 2012). Cela dit, la dimension quantitative du soutien social semblerait également jouer un rôle en ce qui a trait au bien-être psychologique. En fait, il semblerait qu'un plus grand nombre d'interactions sociales soit essentiel au bien-être émotionnel des jeunes adultes dans la vingtaine (Carmichael, Reis & Duberstein, 2015). Puisque ces deux composantes du soutien social semblent avoir une influence sur la santé psychologique, il a été décidé dans le cadre de cet essai doctoral de mettre l'accent sur une conceptualisation du soutien social permettant de départager les aspects structurels (ou quantitatifs) de ceux fonctionnels (ou qualitatifs).

Au cours des dernières décennies, de nombreuses études ont donc été effectuées en lien avec les effets du soutien social sur la santé, la qualité de vie et plus particulièrement dans le cas

qui nous intéresse, la santé mentale (voir entre autres la méta-analyse d'Harandi, Taghinasab & Nayeri, 2017). Cette méta-analyse a affectivement rapporté une taille d'effet relativement élevée de la corrélation entre le soutien social et la santé mentale. D'autres études abondent également dans le même sens en indiquant une forte corrélation entre le soutien social et la santé mentale (Afrooz & Taghizadeh, 2014 ; Kamran & Ershadi, 2000 ; Mahmoud, Berma & Gabal, 2017 ; Shakerinia, 2012).

Ainsi, le fait d'avoir des relations sociales dites positives serait associé à un état de bien-être émotionnel (Mahmoud et al., 2017). Par ailleurs, l'inclusion au sein d'un réseau social serait vécu comme une expérience positive sur le plan psychologique et cet état positif peut être un facteur contribuant à la santé et à une meilleure qualité de vie (Pasmény, 2009). Dans le même ordre d'idée, plusieurs auteurs ont attesté qu'un faible soutien social pourrait entraîner des conséquences négatives sur la santé (Berkman & Syme, 1979 ; Cohen & Wills, 1985 ; DeLong, 2012 ; Harandi et al., 2017 ; House, Landis & Umberson, 1988).

L'intérêt du présent essai doctoral prend appui sur le fait que certains autres auteurs rapportent toutefois une faible corrélation entre le soutien social et la santé mentale (Mahmoud et al., 2017 ; Pahlevanzadeh & Jarelahi, 2011 ; Rajai, Aflakseyr & Mollazadeh, 2012) et que la recherche dans ce domaine doit se poursuivre.

### *2.3.2 Liens entre le soutien social et le TSPT*

Le TSPT est un trouble généralement chronique et associé à une détresse et à des difficultés fonctionnelles importantes. En fait, les difficultés des individus atteints de TSPT sont

généralement multidimensionnelles, c'est-à-dire qu'elles touchent la qualité de vie, la santé physique et psychologique ainsi que le fonctionnement social et professionnel en général (Samuelson et al., 2017). Selon De Long (2012), certaines méta-analyses ont mis en évidence plusieurs facteurs prédictifs du TSPT, notamment la présence de traumatismes antérieurs, la perception de menace pour la vie, la sévérité des traumatismes comme tels, certains facteurs de stress additionnels, l'adversité dans l'enfance et l'impact du soutien social (Brewin et al., 2000 ; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003).

Selon Brewin et ses collaborateurs (2000), le principal facteur de risque pour le développement du TSPT est le manque de soutien social. Inversement, il semblerait qu'un soutien social adéquat constitue un des meilleurs facteurs de protection contre le développement du TSPT (De Long, 2012 ; Lazarus & Folkman, 1984), ainsi qu'un facteur prédictif du succès thérapeutique dans le traitement de ce trouble (Thrasher, Power, Morant, Marks & Dalgleish, 2010).

La méta-analyse d'Ozer et ses collaborateurs (2003) a aussi confirmé la forte association entre le TSPT et le soutien social. De même, plusieurs auteurs ont également démontré que le soutien social positif est associé à une meilleure santé psychologique et qu'un soutien social négatif est associé à une moins bonne santé psychologique (Bryant, 2016 ; Grills-Taquechel, Littleton & Axsom, 2011 ; Holeva, Tarrier & Wells, 2001).

À ce propos, Yuan et ses collaborateurs (2011) ont étudié les effets du soutien social chez les policiers et ont déterminé que des croyances positives envers les collègues et l'entourage ainsi qu'un meilleur fonctionnement social au cours de la formation de policier, et même après deux

ans de service, seraient des facteurs de protection contre le développement du TSPT. D'autres chercheurs ont mis en évidence une association entre le soutien social négatif et la détresse post-traumatique (Andrews, Brewin & Rose, 2003 ; Bryant, 2016 ; Zoellner, Foa & Brigidi, 1999).

Quelques théories ont tenté d'expliquer les liens entre les symptômes de stress post-traumatique et le soutien social. Certains chercheurs affirment que le soutien social aiderait les individus à faire face aux événements stressants et minimiserait ainsi le développement des troubles psychologiques associés au stress (Clapp & Beck, 2008 ; Cohen & Will, 1985). D'autres auteurs suggèrent plutôt que les symptômes de stress post-traumatique pourraient entraîner une dégradation du soutien social (Clapp & Beck, 2008 ; Keane, Scott, Chavoya, King, Taft, King, Hammond & Stone, 2006 ; Laffaye, Cavella, Drescher & Rosen, 2008 ; Lamparski & Fairbank, 1985). Ainsi, plusieurs symptômes associés au TSPT (e.g., retrait social, engourdissement émotionnel, colère et irritabilité) auraient un impact négatif sur le soutien social dont peuvent bénéficier les individus (Clapp & Beck, 2008). Plus précisément, les traumatismes pourraient (a) entraîner des changements dans les attentes des individus en matière de soutien social, (b) venir affaiblir les relations interpersonnelles et finalement, (c) perturber directement la quantité et la qualité du soutien social (Barrera, 1988). Plus récemment, certains chercheurs ont observé que les problèmes interpersonnels associés aux symptômes de stress post-traumatique sévères pourraient avoir un effet néfaste sur la qualité et la quantité du soutien social disponible (King et al., 2006). Ces auteurs suggèrent donc de mettre l'emphase sur le développement des compétences interpersonnelles chez les individus aux prises avec un TSPT (King et al., 2006).

### 2.3.3 *Liens entre le soutien social et style d'attachement*

Tel que mentionné précédemment, il a été démontré qu'il existe une forte association entre le soutien social et le bien-être psychologique. De plus, il a aussi été établi que le style d'attachement, c'est-à-dire l'ensemble des représentations internes de soi et des autres, a généralement une influence sur les relations interpersonnelles des individus et ce, en plus d'être associé au bien-être subjectif (Kafetsios & Sideridis, 2006). Aussi, le maintien de contacts sociaux serait l'une des stratégies d'adaptation les plus utilisées lorsque les individus font face à des expériences stressantes (Mikulincer & Shaver, 2012). De nombreuses études ont démontré une association entre l'attachement et la qualité des relations interpersonnelles proches (Ditzen et al., 2008 ; Morgan & Shaver, 1999 ; Noller & Feeney, 1994 ; Noller & Feeney, 2002 ; Simpson, 1990).

Plus particulièrement, un style d'attachement sécurisant est généralement associé positivement à une perception positive du soutien social, à une recherche de soutien social ainsi qu'à une évaluation positive du soutien social reçu (Ditzen et al., 2008 ; Sarason, Pierce & Sarason, 1990 ; Vogel & Wei, 2005). De plus, il a été établi que les personnes ayant un style d'attachement sécurisant recherchent probablement du soutien social pour moduler la réactivité physiologique liée au stress (Mikulincer, Birnbaum, Woddis & Nachmias, 2000).

Conséquemment, il semblerait que le soutien social favoriserait une réduction de la détresse psychologique chez les individus ayant un style d'attachement sécurisant (Kizuki & Fujiwara, 2018). Dans le même ordre d'idée, les résultats d'une étude de Priel et Shamai (1995) indiquent que les individus ayant un style d'attachement sécurisant sont (a) significativement moins anxieux et déprimés que les individus ayant un style d'attachement insécurisant, (b) perçoivent

plus de soutien social dans leur environnement et finalement, (s) sont plus satisfaits du soutien reçu. Fraley et ses collaborateurs (2006) ont aussi suggéré que les individus ayant un style d'attachement sécurisant ont une meilleure adaptation psychologique face à l'adversité que ceux ayant un style d'attachement insécurisant, puisque leurs modèles internes opérants leur procureraient un réconfort et une sécurité en les rassurant sur la disponibilité de leur soutien social en cas de besoin.

Par ailleurs, un style d'attachement insécurisant, c'est-à-dire caractérisé par de hauts niveaux d'anxiété et d'évitement dans les relations interpersonnelles, pourrait contribuer à diminuer la satisfaction des individus envers le soutien social reçu. En effet, un style d'attachement qualifié d'insécurisant semblerait interférer avec la recherche et l'utilisation du soutien social (Coble, Gantt & Mallinckrodt, 1996 ; Ditzen et al., 2008). Plus précisément et en ce qui a trait aux styles d'attachement marqués par un haut niveau d'anxiété, les modèles internes opérants négatifs de soi (et aussi des autres dans le cas du style d'attachement craintif) semblent diminuer la satisfaction envers le soutien social en raison d'une hypersensibilité accrue à l'indisponibilité des autres en cas de besoin (Lane & Fink, 2015). En ce qui concerne les styles d'attachement caractérisés par des hauts niveaux d'évitement, les modèles internes opérants négatifs des autres (et aussi de soi dans le cas de du style d'attachement craintif) semblent diminuer la satisfaction envers le soutien social en raison d'un désir de se distancer des autres (Lane & Fink, 2015). En fait, la perception qu'a un individu de son réseau de soutien social a tendance à jouer un rôle important dans sa motivation à rechercher et à utiliser des ressources sociales (Tolsdorf, 1976).

Par ailleurs, le soutien social pourrait possiblement se révéler être une expérience néfaste pour les personnes ayant un style d'attachement détaché (Kizuki & Fujiwara, 2018). En fait, Kizuki et Fujiwara (2018) expliquent que les personnes ayant un style d'attachement détaché préfèrent généralement être totalement indépendantes afin d'éviter de devoir compter sur un soutien social qu'ils perçoivent comme étant peu fiable. Ainsi, le soutien social pourrait venir déclencher la peur de la dépendance vis-à-vis des autres et par le fait même, accroître la détresse psychologique (Girme, Overall, Simpson & Fletcher, 2015). Toujours selon Kizuki et Fujiwara (2018), les individus ayant un style d'attachement détaché pourraient même interpréter un bon niveau de soutien social comme étant une menace à leur autonomie plutôt que d'y voir une aide psychologique potentielle ; voire une opportunité d'augmenter leur satisfaction dans la vie.

En résumé, le système d'attachement influence de façon significative régulation des émotions puisque les individus apprennent dès l'enfance à se tourner vers des personnes de confiance en cas de détresse et/ou de menace (Bryant, 2016). Ainsi, les individus auraient tendance à activer leurs représentations mentales d'attachement lorsqu'ils font face à des menaces réelles ou symboliques (Bryant, 2016 ; Granqvist, Mikulincer, Gewirtz & Shaver, 2012 ; Mikulincer et al., 2002). De plus, la proximité des liens sociaux serait l'une des stratégies principales utilisées pour faire face à des expériences stressantes (Mikulincer & Shaver, 2012). À l'opposé, Fraley et ses collaborateurs (2006) avancent l'idée qu'un faible niveau de soutien social perçu serait en lien avec une accentuation des symptômes de stress post-traumatique via l'activation de MIOs problématiques (notamment un manque de disponibilité ou de fiabilité des autres en cas de besoin).

## 2.4 Le niveau global de fonctionnement

Cette section abordera maintenant la notion de fonctionnement global ou d'adaptation psychologique afin de la mettre en contexte. De là, la notion de fonctionnement global sera mise en relation avec les autres concepts présentés précédemment, c'est-à-dire le TSPT, l'attachement et le soutien social et ce, afin de justifier les variables à l'étude dans cet essai doctoral.

### 2.4.1 *Mise en contexte du niveau global de fonctionnement*

Dans le domaine de la psychiatrie, la gravité de la maladie peut être déterminée à l'aide de l'évaluation globale du fonctionnement (Aas, 2011). En effet, le fonctionnement de l'individu est généralement affecté négativement lorsqu'il est aux prises avec des troubles psychiatriques et est d'ailleurs habituellement l'un des critères essentiels pour le diagnostic d'une psychopathologie selon le DSM (APA, 2013). En psychiatrie, l'évaluation du fonctionnement global des individus tient compte des domaines psychologique, social et occupationnel, en plus de considérer à quel point l'individu est en mesure de s'acquitter des activités de la vie quotidienne. De plus, l'évaluation du fonctionnement global d'un individu donné se fait selon un continuum allant de la psychopathologie sévère vers une bonne santé mentale (Aas, 2011).

### 2.4.2 *Liens entre le niveau de fonctionnement global et le TSPT*

Le TSPT entraîne souvent une détresse significative (Kozel et al., 2016 ; Shea, Vujanovic, Mansfield, Sevin & Liu, 2010) ainsi qu'une altération importante du fonctionnement (Kozel et al., 2016 ; Rodriguez, Holowka & Marx, 2012). En effet, les symptômes du TSPT peuvent avoir un impact négatif sur plusieurs domaines du fonctionnement global, notamment des difficultés

occupationnelles ou en lien avec l'emploi (Kozel et al., 2016 ; Smith, Schnurr & Rosenheck, 2005), une perturbation des relations familiales (Cohen, Zerach & Solomon, 2011; Kozel et al., 2016) et l'itinérance (Kozel et al., 2016 ; O'Connell, Kasproh & Rosenheck, 2008).

En plus d'engendrer une altération du fonctionnement quotidien, les symptômes du TSPT sont associés à une qualité de vie diminuée (Kozel et al., 2016 ; Schnurr, Hayes, Lunney, McFall & Uddo, 2006 ; Schnurr, Lunney, Boivin & Marx, 2009). En effet, une méta-analyse de Olatunji, Cisler et Tolin (2007) a révélé que le TSPT est associé à une réduction importante de la qualité de vie liée au travail et à la santé mentale comparativement aux autres troubles anxieux (Boyd et al., 2018). De plus, des travaux récents suggèrent qu'une qualité de vie réduite pourrait persister même après la rémission des symptômes du TSPT (Boyd et al., 2018 ; Westphal et al., 2011).

Il semblerait également que les différents regroupements de symptômes du TSPT (e.g. évitement, hypervigilance et réviviscences) aient des impacts distincts sur divers aspects du fonctionnement. À titre d'exemple, une étude de Shea et ses collaborateurs (2010) menée auprès d'anciens combattants déployés en zone de guerre, a révélé que les symptômes d'engourdissement émotionnel et d'évitement étaient les prédicteurs les plus forts du fonctionnement interpersonnel et social alors que les symptômes d'hypervigilance étaient les prédicteurs les plus forts de la sévérité globale des difficultés fonctionnelles et de la détresse. Dans le même ordre d'idée, une étude menée auprès de casques bleus au Kosovo a également révélé différents impacts fonctionnels selon les regroupements de symptômes du TSPT (Maguen, Stalnaker, McCaslin & Litz, 2009). Selon ces auteurs, les symptômes d'évitement et d'hypervigilance ou d'hyperactivation physiologique prédiraient plusieurs difficultés fonctionnelles, par exemple au niveau de l'emploi, des relations familiales ou du fonctionnement

social (Maguen et al., 2009). Toujours selon ces chercheurs, l'engourdissement affectif et émotionnel était le seul facteur prédictif significatif de comportements violents (Maguen et al., 2009). Enfin, le regroupement des réviviscences était le seul facteur prédictif significatif des problèmes d'abus d'alcool (Maguen et al., 2009). Finalement, une étude menée auprès d'anciens combattants avec un diagnostic probable de TSPT selon le DSM-5 a aussi établi que différentes atteintes fonctionnelles étaient liées à différentes catégories de symptômes du TSPT (Ross, Murphy & Armour, 2018). Selon ces chercheurs, un dysfonctionnement des relations intimes serait principalement associé aux altérations négatives de la cognition et de l'humeur et les difficultés en lien avec l'entretien du domicile seraient principalement associées aux réviviscences (Ross et al., 2018).

En conclusion de cette courte section, il semble donc que les symptômes de stress post-traumatique aient un impact significatif sur le fonctionnement global général et la qualité de vie des personnes aux prises avec ce trouble.

#### *2.4.3 Liens entre le niveau global de fonctionnement et le style d'attachement*

Le style d'attachement est une variable ayant un impact sur le fonctionnement des individus. En fait, il semblerait qu'un style d'attachement sécurisant soit prédictif d'un meilleur niveau de fonctionnement comparativement à un style d'attachement insécurisant et ce, selon des études menées auprès de diverses populations. À titre d'exemple, Meyer, Pilkonis, Proietti, Heape et Egan (2001) ont démontré qu'un style d'attachement sécurisant est associé à un meilleur niveau global de fonctionnement et à une moindre sévérité de la symptomatologie anxieuse chez une population psychiatrique.

Par ailleurs, le style d'attachement semble influencer des dimensions précises du fonctionnement d'un individu. Tout d'abord, il apparaît que le style d'attachement d'un individu aurait un impact sur son fonctionnement au travail. Par exemple, selon Neustdat, Chamorro-Premuzic et Furnham (2011), un style d'attachement sécurisant au travail serait positivement associé à l'estime de soi, à l'intelligence émotionnelle, à l'extraversion, à l'agréabilité, ainsi qu'au rendement professionnel.

Ensuite, le style d'attachement semble affecter vraisemblablement le fonctionnement social et interpersonnel d'un individu. En effet, selon Sheinbaum et ses collaborateurs (2015), les individus avec un style d'attachement anxieux ont rapporté des expériences sociales congruentes avec des stratégies d'hyperactivation, notamment un affect négatif plus élevé, du stress et la perception plus élevée d'un rejet social comparativement aux individus ayant un style d'attachement sécurisant. En revanche, les individus ayant un style d'attachement évitant ont rapporté des expériences compatibles avec l'utilisation de stratégies de désactivation, en particulier la diminution des affects positifs en contexte social et un moindre désir de se retrouver en présence d'autres comparativement aux individus ayant un style d'attachement sécurisant (Sheinbaum et al., 2015).

Selon certains auteurs, les styles d'attachement sont également des prédicteurs importants du bien-être psychologique (Andrews & Hicks, 2017 ; Cropanzo & Dasborough). En effet, les modèles internes opérants propres aux différents styles d'attachement aident à expliquer la détresse émotionnelle vécue lorsque les relations d'attachement sont perturbées (Andrews & Hicks, 2017 ; Dodge, Daly, Huyton & Sanders, 2012). De plus, le bien-être psychologique et le stress sont fortement associés au style d'attachement d'un individu (Andrews & Hicks, 2017 ;

Davis, Morris & Drake, 2016). Finalement, Raja, McGee et Stanton (1992) ont découvert une relation significative entre le bien-être psychologique et les styles d'attachement et soutiennent que les individus ayant un style d'attachement sécurisant rapportent moins d'émotions négatives et une plus grande estime de soi par rapport à ceux ayant un style d'attachement insécurisant (Andrews & Hicks, 2017).

#### *2.4.4 Liens entre le niveau global de fonctionnement et le soutien social*

Il semblerait qu'un soutien social approprié, une meilleure qualité de vie et l'absence d'anxiété aient un lien significatif avec une meilleure santé mentale (Shrestah et al., 2017). Trauelsen et ses collaborateurs (2016), quant à eux, rapportent que le soutien social perçu est important dans le développement de problèmes de santé mentale sévères et persistants et dans le fonctionnement global qui en découle et qu'il faudrait s'assurer d'offrir l'aide nécessaire pour augmenter et maintenir les réseaux de soutien social pour les personnes vulnérables. Ce genre de conclusion semble aussi être soutenu par Ataullah et Jehangir (2012) qui se sont intéressés au fonctionnement social de vétérans militaires du Pakistan ayant un diagnostic de schizophrénie.

#### *2.4.5 Liens entre le niveau global de fonctionnement, le TSPT, le style d'attachement et le soutien social*

À notre connaissance, il ne semble pas y avoir d'étude répertoriée qui s'intéresse directement aux liens entre les symptômes post-traumatiques, le style d'attachement, le soutien social et le niveau de fonctionnement global. En fait, la recherche portant sur la combinaison de

ces différents concepts semble se situer à un stade émergent. En soi, cet état de fait semble confirmer la pertinence de mener la présente étude.

## 2.5 Question de recherche

Étant donné les fondements scientifiques discutés précédemment, il semble important de poser la question de recherche suivante : « Quels sont les liens entre les symptômes de stress post-traumatiques, le style d'attachement, le soutien social et le niveau global de fonctionnement chez des individus franco-ontariens qui consultent pour un TSPT en clinique externe de psychiatrie? ». Plus précisément, les hypothèses en lien avec la question de recherche sont les suivantes :

1. Il y aurait un effet combiné du style d'attachement et du type de soutien social sur les symptômes de stress post-traumatique et sur le niveau global de fonctionnement des participants.
2. Les participants présentant un style d'attachement sécurisant auraient moins de symptômes de stress post-traumatique et un plus haut niveau global de fonctionnement que ceux présentant un style d'attachement insécurisant.
3. Les individus ayant un soutien social adéquat ou adapté en termes de quantité auraient moins de symptômes de stress post-traumatique et un plus haut niveau global de fonctionnement que ceux ayant un soutien social absent ou défaillant toujours en ce qui a trait à l'aspect quantitatif.

4. Les individus ayant un soutien social adéquat ou adapté en termes de qualité auraient aussi moins de symptômes de stress post-traumatique et un plus haut niveau global de fonctionnement que ceux ayant un soutien social absent ou défailant au niveau qualitatif.
  
5. Que les individus ayant un soutien social adéquat ou adapté en termes de quantité et de qualité [Quantité↑ - Qualité↑] seraient les seuls à présenter moins de symptômes de stress post-traumatique et un plus haut niveau global de fonctionnement (par opposition à un soutien social uniquement de quantité adéquate [Quantité↑ - Qualité↓] ou uniquement de qualité adéquate [Quantité↓ - Qualité↑] ou encore en l'absence d'une quantité et d'une qualité adéquates [Quantité↓ - Qualité↓]).

## **CHAPITRE III**

### **MÉTHODOLOGIE**

L'objectif de cet essai doctoral est d'étudier les symptômes du TSPT et le niveau global de fonctionnement (comme variables dépendantes) en fonction du style d'attachement et du soutien social (comme variables indépendantes) de patients ayant un TSPT qui ont consulté une clinique spécialisée en santé mentale dans un hôpital général. Il importe de rappeler que l'étude a été approuvée par le Comité d'éthique à la recherche (CER) de l'Hôpital Montfort (# JPD-20-10-14) selon les énoncés des trois conseils canadiens. Elle a aussi reçu l'approbation éthique de l'Université du Québec en Outaouais (# 2074).

#### **3.1 Sujets de l'étude**

Cent (N=100) patients adultes ayant un diagnostic de TSPT composent l'échantillon de cette étude et sont issus d'une population adulte de personnes résidant au Canada et de langue française. Les participants proviennent de la région d'Ottawa (Ontario, Canada). Il s'agit d'un échantillon de convenance provenant d'un milieu hospitalier francophone dans une province canadienne anglophone.

Les critères d'inclusion pour l'étude étaient les suivants : 1) avoir un diagnostic de TSPT actuel, 2) avoir une compréhension orale et écrite adéquates de la langue française et finalement, 3) avoir plus de 18 ans. Les critères d'exclusion pour la participation à l'étude étaient les suivants : 1) être aux prises avec une décompensation psychotique ou maniaque au moment de la

rencontre d'évaluation et 2) être en crise suicidaire au moment de l'évaluation. Les critères d'exclusion ont été restreints au minimum et ce, afin d'avoir une bonne variété de profils de participants et garantir une certaine validité écologique propre à la lourdeur des cas en milieu psychiatrique.

### **3.2 Procédure**

Les participants à l'étude ont tous été référés par des psychiatres ou par des médecins de famille à la Clinique Spécialisée en Traumatologie Psychiatrie (CSTP) de l'hôpital Montfort. Tous les participants ont été informés du contexte de l'étude et ils avaient le choix d'accepter ou de refuser que leurs données soient utilisées aux fins d'évaluation de programme et d'amélioration de la qualité des services offerts et ce, de façon totalement anonymisée. Ils ont tous signé un consentement éclairé à cet effet.

Au moment de leur accueil à la CSTP, les participants potentiels ont été réévalués par un psychologue spécialisé en psychotraumatologie. Le même psychologue a évalué tous les patients afin de confirmer les diagnostics de TSPT. Les patients ont été consécutivement recrutés entre septembre 2014 et novembre 2015. Ainsi, tous les patients référés à la CSTP ont été sollicités pour participer à cette étude. Sur les 102 premières références, 100 patients ont accepté de participer à la présente étude et ont été retenus comme participants acceptables. Bien qu'ils aient accepté de participer à l'étude, les deux participants supplémentaires ont été exclus de cette étude (l'un pour référence immédiate dans un centre de désintoxication au cours de la rencontre initiale et l'autre étant donnée la langue d'usage de la personne référée qui était l'anglais et non le français).

### 3.3 Instruments de mesure

La présentation des instruments est ici divisée en deux catégories : (a) les mesures auto-révélées ou questionnaires complétés directement par les participants et (b) les mesures basées sur le jugement clinique d'un professionnel et visant à évaluer les participants à la suite d'une entrevue clinique semi-structurée. Tous les participants ont complété l'ensemble des mesures et des évaluations.

#### 3.3.1 Mesures auto-révélées

##### *3.3.1.1 Échelle de stress post-traumatique – Version spécifique (Posttraumatic Stress Disorder Checklist; Specific – PCL-S)*

Pour évaluer les symptômes de stress post-traumatique auto-révélés, le questionnaire Échelle de stress post-traumatique (PCL; Weathers, Litz, Herman, Huska & Keane, 1993 ; Weathers, Litz, Huska & Keane, 1994) a été utilisé. Le PCL est basé sur les critères diagnostiques du DSM-IV-TR (APA, 2000) pour ce qui était appelé à l'époque en français « état de stress post-traumatique » (ÉSPT ; TSPT dans la nouvelle traduction de la nosographie américaine) afin de rendre compte de la sévérité des symptômes du TSPT. Il importe de souligner que le PCL-5 en lien avec le DSM-5 (APA, 2013) n'était pas encore disponible en français au moment de l'implantation de cette étude.

Le PCL, composé de 17 items, permet d'obtenir un score total qui peut être interprété selon des normes américaines. De façon générale, le PCL est décomposable en trois sous-échelles (réviviscences, évitement et hypervigilance) en correspondance avec les critères du DSM-IV-TR.

Il est à noter que la traduction française validée (Bouvard & Cottraux, 2002) de la version « S » pour événement traumatique spécifique du *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL-S; Weathers et al., 1993; Weathers et al., 1994) a été utilisée dans cette étude. Cette version a été empiriquement validée par Ventureyra, Yao, Cottraux, Note et De Mey-Guillard (2002). Un score total (somme des 17 items) égal ou supérieur à 44 au PCL-S est généralement considéré comme un seuil critique (sorte de balise dans le domaine) et s'avère prédictif d'un diagnostic de TSPT (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley & Forneris, 1996 ; Terhakopian, Sinaii, Engel, Schnurr & Hoge, 2008). Tant dans sa version anglaise que française, le PCL-S a fait preuve d'une excellente fiabilité test-retest, d'une très forte consistance interne, d'une forte validité convergente (entre autres choses, le PCL-S est corrélé avec d'autres mesures du TSPT comme le *Mississippi Scale* et l'échelle PK du MMPI-2) ainsi que d'une bonne validité de construit (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley & Forneris, 1996 ; Ventureyra et al., 2002).

### 3.3.1.2 Questionnaire sur les styles relationnels (*Relationship Questionnaire - RQ*)

L'évaluation de l'attachement a été réalisée par le biais du *Relationship Questionnaire* (Bartholomew & Horowitz, 1991) au moment de l'entrevue d'évaluation. Une version française de l'instrument traduite selon la procédure de type comité (comité indépendant) a été utilisée. En plus de cette traduction, la version originale anglaise était également accessible aux participants. Le RQ est un questionnaire auto-rapporté composé de 4 items permettant l'évaluation rapide et catégorielle du style d'attachement chez les adultes dans le contexte de leurs relations proches. Chaque item de l'instrument correspond à un prototype de style d'attachement chez l'adulte défini par un court paragraphe descriptif, c'est-à-dire les styles d'attachement sécurisant (*secure*),

détaché-évitant (*dismissive-avoidant*), craintif (*fearful-avoidant*) et préoccupé (*anxious-preoccupied*).

Le RQ dans sa version originale anglaise est considéré comme un outil pouvant faire preuve d'une fidélité relativement adéquate. En effet, les coefficients de consistance interne des styles d'attachement du RQ varient entre .49 et .71 (Scharfe & Bartholomew, 1994). Toujours selon Scharfe et Bartholomew (1994), le style d'attachement sécurisant semble être celui faisant preuve du coefficient de consistance interne le plus élevé ( $\alpha = .71$ ), suivi par les styles d'attachement craintif ( $\alpha = .64$ ), préoccupé ( $\alpha = .59$ ) et détaché-évitant ( $\alpha = .49$ ). Le style d'attachement sécurisant semble également posséder une plus grande stabilité temporelle (fidélité test-retest) que les autres styles d'attachement considérés séparément (Scharfe & Bartholomew, 1994). Il semblerait aussi que le RQ présente une bonne validité. En effet, Griffin et Bartholomew (1994) ont confirmé la validité de construit des quatre prototypes des styles d'attachement présents dans le RQ. De plus, ces auteurs attestent de la validité discriminante de l'outil en démontrant que les quatre styles d'attachement sont significativement distincts (Griffin & Bartholomew, 1994).

Bien que cet outil présente l'avantage non négligeable de pouvoir être administré en peu de temps et qu'il semble permettre un partage adéquat des quatre grands styles d'attachement généralement reconnus dans le domaine, il demeure toutefois plutôt superficiel dans sa profondeur d'analyse du concept d'attachement (par opposition à des outils plus volumineux en termes d'éléments d'analyse à considérer et/ou encore reposant sur le jugement d'évaluateurs formés et contrastant leur jugement clinique entre eux). Afin d'avoir une base d'analyse la plus solide possible dans ce contexte et pour demeurer conservateur tout en étant en cohérence avec la

littérature présentée précédemment, il a été décidé de contraster le style d'attachement sécurisant (celui présentant les meilleures propriétés psychométriques) à un style d'attachement dit insécurisant et regroupant les trois autres styles d'attachement en une seule catégorie. Ce choix a également été fait afin d'avoir une puissance statistique suffisante lors des analyses.

### *3.3.1.3 Échelle abrégée de soutien social de Sarason (Social Support Questionnaire-Short Form – SSQ-6)*

L'évaluation du soutien social a été réalisée par le biais de la version française du *Social Support Questionnaire-Short Form* (SSQ-6 ; Sarason, Sarason, Shearin & Pierce, 1987). Le SSQ-6 est un court questionnaire auto-révéle composé de 6 items (comprenant chacun deux volets) permettant de mesurer (1) la disponibilité ou la quantité du soutien social (dimension quantitative) et (2) la satisfaction retirée de ce soutien social (dimension qualitative). Des normes comparatives sont disponibles dans le contexte anglophone (Quantité : M = 20.1 ; ÉT = 12.6 – Qualité : M = 28.1 ; ÉT = 5.6) et francophone (Quantité : M = 20.6 ; ÉT = 11.4 – Qualité : M = 29.4 ; ÉT = 4.8) ; les normes francophones ayant été retenues. C'est la version française validée par Rascle, Bruchon-Schweitzer et Sarason (2005) qui a été utilisée dans cette étude.

Le SSQ-6 possède de bonnes qualités psychométriques, notamment une structure factorielle stable, une forte consistance interne des deux échelles et une bonne fidélité test-retest (voir entre autres, Sarason et al., 1987). Le SSQ-6 semble aussi avoir une bonne validité de critère (Sarason, Shearin, Pierce & Sarason, 1987). De plus, une étude des propriétés psychométriques de la version française du SSQ-6 a démontré une stabilité de la structure factorielle de l'outil, ainsi qu'une validité et une fidélité satisfaisantes (Rascle et al., 2005).

Afin de bien cadrer l'objet d'étude, il est à noter que la disponibilité du soutien social correspond à l'approximation par la personne évaluée du nombre d'individus (en prenant en considération une combinaison des individus évoluant au niveau intrafamilial et extrafamilial) pouvant offrir leur support et/ou leur aide si nécessaire. Dans le cadre de cette étude, cette dimension permet d'estimer la quantité de soutien social.

Plus précisément, la quantité de soutien social est obtenue en additionnant le nombre d'individus identifiés aux six questions impaires du SSQSF-6 ; c'est-à-dire les individus sur qui la personne évaluée peut : 1) compter quand elle a besoin d'aide, 3) compter quand elle veut se sentir plus détendue lorsqu'elle est sous pression, 5) se sentir acceptée telle qu'elle est, 7) compter pour s'occuper d'elle quoi qu'il arrive, 9) compter pour l'aider à se sentir mieux quand il lui arrive de broyer du noir et 11) compter pour la reconforter quand elle est bouleversée). Il est à noter que les personnes évaluées devaient indiquer les initiales des individus disponibles dans leur réseau social et y ajouter entre parenthèses le lien d'appartenance [par exemple : G.J. (frère)]. Le score maximum en ce qui a trait à la quantité de soutien social est de 54. À l'aide des normes francophones, il est possible de grader la quantité de soutien social de la façon suivante : (a) quantité qualifiée de faible = en bas de la moyenne déterminée par les normes et (b) quantité adéquate ou élevée = dans la moyenne ou plus élevée. Étant donné le fait que les mêmes personnes peuvent être identifiées comme étant disponibles à chacune des six questions, les auteurs de l'échelle proposent de diviser par 6 le score total obtenu au niveau de la quantité (ce score fait habituellement référence au score SSQN pour *Social Support Questionnaire Number*). En fait, ceci permet vraisemblablement d'avoir une estimation plus réaliste du nombre d'individus réellement disponibles pour une personne donnée ; dans le cas présent, un maximum de 9 individus.

Il est certes important de connaître le nombre d'individus disponibles dans un réseau social donné mais il semble être aussi important de pouvoir estimer la satisfaction retirée de ce même réseau social (ou sa qualité). Dans le cadre de cette étude, la satisfaction correspond à la concordance perçue par la personne entre le soutien obtenu et ses besoins. Cette dimension permet donc d'estimer la qualité du soutien social.

Plus précisément, la qualité du soutien social est obtenue en additionnant le nombre correspondant à la satisfaction retirée (la gradation se fait selon une échelle de Likert où 1= très insatisfait, 2= assez insatisfait, 3= un peu insatisfait, 4= un peu satisfait, 5= assez satisfait et 6= très satisfait) aux six questions paires du SSQSF-6 et qui sont directement associées aux questions impaires pour chacun des dimensions du soutien social évaluées par ce questionnaire. Le score maximum en ce qui a trait à la qualité du soutien social est de 36. À l'aide des normes francophones, il est aussi possible de grader cette qualité du soutien social de la façon suivante : (a) qualité dite faible = en bas de la moyenne déterminée par les normes et (b) qualité adéquate ou élevée = dans la moyenne ou plus élevé. Les auteurs de l'échelle proposent également de diviser le score total obtenu par 6 (ce score fait habituellement référence au score SSQS pour *Social Support Questionnaire Satisfaction*).

Afin de peaufiner davantage les analyses possibles, il été décidé de créer quatre regroupements permettant de mieux décrire la nature du soutien social des participants de cette étude et ce, via une combinaison des deux paramètres d'analyse précédents (quantité et qualité). Ainsi, il est possible de regrouper les participants selon quatre regroupements à savoir, (a) un soutien social adéquat ou élevé en termes de quantité et de qualité [Quantité↑ - Qualité↑], (b) un

soutien social à quantité adéquate ou élevée mais de faible qualité [Quantité↑ - Qualité↓], (c) un soutien social de faible quantité mais de qualité adéquate ou élevée [Quantité↓ - Qualité↑] et finalement (d), un soutien social de faible quantité et de faible qualité [Quantité↓ - Qualité↓].

### 3.3.2 Mesures basées sur le jugement clinique

Les outils présentés dans cette section reposent sur le jugement clinique d'un professionnel d'expérience (psychologue qui possédait au moment de la présente étude 6 ans d'expérience spécifique en contexte des psychotraumatismes d'une part et 16 ans d'expérience en psychologie clinique d'autre part).

#### 3.3.2.1 *Échelle TSPT administrée par le ou la clinicien(ne) (Clinician Administred PTSD Scale – CAPS-5)*

Dans cette étude et tel que mentionné précédemment, les symptômes de stress post-traumatique ont été principalement mesurés à l'aide du PCL-S. Cela dit et afin de pouvoir avoir un certain contrôle en termes de vérification de la validité des données auto-révélees obtenues, le *Clinician Administred PTSD Scale (CAPS-5; Weathers et al., 2013a)* a aussi été utilisé. La version originale anglaise de l'instrument a été utilisée puisque la version française n'était pas disponible au moment de l'étude. Le recours au CAPS-5 permettait également un certain arrimage avec le DSM-5.

Le CAPS-5 est considéré comme la norme étalon-or (*gold standard*) dans l'évaluation du TSPT. Il est composé de 30 items qui permettent, via une entrevue structurée, de poser un diagnostic de TSPT dans le dernier mois (version utilisée dans cette étude). En plus d'évaluer les

20 symptômes du TSPT propres au DSM-5, les questions visent à identifier le début et la durée des symptômes, le degré de détresse subjective qui leur sont associés, l'impact des symptômes sur le fonctionnement social et professionnel, l'amélioration des symptômes depuis une administration précédente du CAPS-5 (élément non pertinent dans cette étude), la validité des réponses données lors de l'entrevue, la gravité globale du TSPT et les spécifications pour les sous-types dissociatifs possibles (dépersonnalisation et déréalisation).

Dans le cadre de son administration, le CAPS-5 requiert l'identification d'un événement traumatique particulier (*index trauma*) qui sert de référence pour l'évaluation des symptômes. À ce propos, le *Life Events Checklist for DSM-5* (LEC-5; Weathers et al., 2013b) est recommandé pour faciliter l'identification du critère A inclus dans le CAPS-5. En ce qui a trait aux propriétés psychométriques de l'instrument dans sa version originale anglaise, le CAPS-5 possède une excellente cohérence interne ainsi que des excellentes validités convergente et discriminante (Weathers, et al., 2013a). Plus récemment, Weathers et ses collaborateurs (2017) ont confirmé les bonnes propriétés psychométriques du CAPS-5 en faisant la démonstration d'une forte fidélité inter juges, d'une forte fidélité test-retest, d'une bonne consistance interne, d'une bonne validité convergente et une bonne validité discriminante.

### 3.3.2.2 Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF)

L'évaluation du niveau global de fonctionnement des participants a été réalisée selon le jugement clinique au moment de l'entrevue d'évaluation et de la passation des questionnaires auto-révélés. Bien que le WHO-DAS 2.0. soit actuellement l'outil de référence pour l'évaluation du fonctionnement global pour le DMS-5, l'EGF a été choisi puisque nous étions en transition

vers le DSM-5 en français au moment de l'étude. L'EGF constitue la traduction française du *Global Assessment of Functioning Scale – GAF* du DSM-IV-TR (APA, 2000). Il importe de mentionner que le GAF est presque identique au *Global Assessment Scale* (GAS ; Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976) mis à part quelques réarrangements dans les descriptions permettant l'évaluation et certains exemples donnés pour représenter les différentes catégories. L'EGF permet l'évaluation du fonctionnement global des individus en tenant compte des domaines psychologique, social et occupationnel et ce, sans référence aux capacités physiques.

L'EGF est généralement considéré comme un outil faisant preuve d'une bonne fidélité et d'une bonne validité (voir entre autres Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976; Hilsenroth et al., 2000; Jones, Thornicroft, Coffey & Dunn, 1995). D'ailleurs et dans une révision de 25 études portant sur l'utilisation, la fidélité et la validité de l'EGF, il a été démontré que cet outil était supérieur à 30 autres mesures du fonctionnement (Goldman, Skodol & Lave, 1992).

## CHAPITRE IV

### ARTICLE SCIENTIFIQUE SOUMIS

(DATE DE SOUMISSION : 1<sup>ER</sup> AVRIL 2018 À LA REVUE EUROPÉENNE DE  
PSYCHOLOGIE APPLIQUÉE)

#### **Titre.**

Impacts du style d'attachement et du type de soutien social sur la symptomatologie psychotraumatique et le fonctionnement global chez des Canadiens-français aux prises avec un TSPT

#### **Résumé.**

**Introduction.** Le développement du TSPT et le niveau global de fonctionnement sont généralement influencés par plusieurs variables dont l'attachement et le soutien social. **Objectif.** Cette recherche vise l'étude des relations entre le style d'attachement, le soutien social, la symptomatologie psychotraumatique et le fonctionnement global chez des individus canadiens-français aux prises avec un TSPT. **Méthode.** Cent patients ayant un TSPT ont été consécutivement recrutés dans une clinique externe de psychiatrie. **Résultats.** Les données ont démontré qu'il ne semble pas y avoir d'effet combiné du style d'attachement et du type de soutien social sur la symptomatologie psychotraumatique et le fonctionnement global. Il semblerait toutefois qu'un style d'attachement sécurisant serait en lien avec une moins grande symptomatologie psychotraumatique et un niveau global de fonctionnement plus élevé. De même, il semblerait qu'une quantité adéquate/élevée de soutien social soit en lien avec une moins grande symptomatologie psychotraumatique et un meilleur niveau global de fonctionnement. Une qualité adéquate/élevée de soutien social serait également associée à une symptomatologie psychotraumatique moindre et à un meilleur niveau global de fonctionnement. Finalement et en considération d'une combinaison quantité et qualité du soutien social, il semblerait que le caractère qualitatif du soutien social soit minimalement nécessaire pour favoriser une plus faible symptomatologie psychotraumatique alors que le caractère quantitatif du soutien social serait minimalement nécessaire pour assurer un meilleur niveau global de fonctionnement. **Conclusion.** En plus de leurs aspects novateurs, les résultats de cette étude viennent confirmer l'hétérogénéité de la population aux prises avec un TSPT et ouvrent la voie à une prise en charge psychothérapeutique bonifiée.

**Mots clés.** TSPT, attachement, soutien social, fonctionnement global, francophonie

**Title.**

Impacts of Attachment Style and Type of Social Support on Psychotraumatic Symptomatology and Global Functioning Among French Canadians with PTSD

**Abstract.**

**Introduction.** The development of PTSD and the global level of functioning are generally influenced by several variables including attachment and social support. **Objective.** This research aims to study the relationship between attachment style, social support, psychotraumatic symptomatology and global functioning in French Canadians with PTSD. **Method.** One hundred patients with PTSD were consecutively recruited from an adult outpatient general psychiatry clinic. **Results.** The data demonstrated that there does not appear to be a combined effect of attachment style and social support type on psychotraumatic symptomatology and overall functioning. It would seem, however, that a secure attachment style is associated with less psychotraumatic symptomatology and a higher global level of functioning. Similarly, an adequate/high quantity of social support appears to be associated with less psychotraumatic symptomatology and a better global level of functioning. Adequate/high quality of social support would also be associated with lower psychotraumatic symptomatology and a better global level of functioning. Finally, and considering a combination of quantity and quality of social support, it seems that the qualitative dimension of social support is minimally necessary to promote a less intense psychotraumatic symptomatology, whereas the quantitative nature of social support would be minimally necessary to ensure a better level of global functioning. **Conclusion.** In addition to their innovative aspects, the results of this study confirm the heterogeneity of the PTSD population and pave the way for enhanced psychotherapeutic management.

**Keywords.** PTSD, attachment, social support, global functioning, French-speaking communities

## **Introduction**

Un trouble stress post-traumatique (TSPT) peut survenir à la suite d'une exposition à un ou plusieurs évènement(s) traumatique(s) et se caractérise par un ensemble de symptômes invalidants ainsi qu'un dysfonctionnement personnel et socio-professionnel significatif (DSM-5 ; APA, 2013 – 2016 pour l'édition française). Il est généralement reconnu (voir entre autres Bartholomew, Kwong & Hart, 2001; Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Declercq & Willemsen, 2006; Martin, Germain & Marchand, 2006) que le développement du TSPT est influencé par plusieurs facteurs de nature (a) pré-traumatique (e.g., le genre, la présence de psychotraumatismes antérieurs et certains antécédents psychologiques dont l'attachement), (b) péri-traumatique (e.g., les caractéristiques de l'évènement traumatique en soi [durée, type, etc.], l'intensité de la réaction initiale de stress et la présence d'épisode(s) dissociatif(s)) et finalement (c) post-traumatique (e.g., la présence de soutien social, l'existence de sources additionnelles de stress telles que les démarches légales ou l'obligation de composer avec des séquelles physiques potentielles).

Dans le cadre de cette étude, il a été convenu de s'intéresser à deux de ces variables : (a) le style d'attachement des individus aux prises avec un TSPT (facteur assumé comme étant de nature pré-traumatique) et (b) le soutien social dont ils peuvent bénéficier à la suite de la survenue d'évènement(s) traumatique(s) (facteur considéré dans une perspective post-traumatique).

La recherche émergente a démontré qu'un style d'attachement sécurisant semble être corrélé négativement au développement du TSPT et pourrait venir moduler le lien entre les événements traumatiques et le statut psychiatrique ultérieur (voir entre autres Armour, Elklit & Shevlin, 2011 ; Declercq & Willemsen, 2006 ; Sharp, Fonagy & Allen, 2012). À l'opposé, les personnes ayant un style d'attachement insécurisant éprouveraient davantage de difficulté à pouvoir digérer, métaboliser psychiquement ou mentaliser (de l'anglais *process*) les événements traumatiques, ce qui les rendraient plus vulnérables au développement d'un TSPT. Selon Escolas et al. (2012), le TSPT, par les conséquences sociales qu'il implique, peut entraîner une altération voire une rupture des liens sociaux, et provoquer une importante perturbation des structures internes en lien avec l'attachement et la confiance qui sous-tendent habituellement un fonctionnement social adéquat.

Dans une ligne de pensée similaire, le soutien social semble être un facteur clé dans le rétablissement post-traumatique puisque l'absence (ou la défaillance) du soutien social semble pouvoir prédire le développement d'un TSPT chez les personnes ayant subi des événements traumatiques (voir entre autres Brewin, Andrews & Valentine, 2000 ; Martin, Germain & Marchand, 2006). À l'opposé, la présence d'un soutien social adéquat ou adapté serait un facteur de protection qui viendrait contrecarrer le développement d'un trouble psychotraumatique (APA, 2013). Ainsi, il semblerait que le soutien social perçu comme étant adéquat ou adapté (par les individus eux-mêmes) puisse assurer une certaine protection contre le développement des psychotraumatismes et ainsi diminuer les impacts fonctionnels négatifs découlant d'un trauma (Southwick, Vythilingam & Charney, 2005). Des recherches ont aussi démontré que le soutien social dit adapté pourrait modifier les cognitions post-traumatiques à la suite d'un événement

traumatique et ainsi diminuer la symptomatologie psychotraumatique (voir entre autres Woodward et al., 2015).

Il est finalement intéressant de constater qu'un style d'attachement sécurisant semble être associé à une perception positive du soutien social (voir entre autres Vogel & Wei, 2005) alors qu'un style d'attachement insécurisant semble perturber la capacité individuelle à reconnaître et à utiliser le soutien social et ce, même lorsqu'il est offert directement et de bonne foi (Coble, Gantt & Mallinckrodt, 1996 ; Collins & Feeney, 2004 ; Mikulincer & Shaver, 2007). Il y aurait donc lieu de penser qu'une combinaison attachement sécurisant et soutien social adéquat ou adapté serait optimale en termes de facteurs de protection pré et post-traumatiques contre le développement d'un TSPT.

Bien que les liens entre le style d'attachement et le soutien social, d'une part, et la symptomatologie psychotraumatique d'autre part, aient déjà fait l'objet d'études antérieures, la recherche dans ce domaine en est toujours à un stade émergent et ce, tout particulièrement en contexte canadien-français. Il apparaît, par ailleurs, que l'étude du niveau global de fonctionnement de ces individus est une variable clé à considérer afin de pouvoir poursuivre la réflexion au-delà de la simple symptomatologie psychotraumatique.

## **Hypothèses de recherche**

Afin de poursuivre la recherche dans le domaine, il a été postulé :

1. Qu'il y aurait un effet combiné du style d'attachement et du type de soutien social sur la symptomatologie psychotraumatique et le niveau global de fonctionnement des participants

de cette étude. Si cette première hypothèse se vérifiait, la combinaison d'un style d'attachement dit sécurisant et d'un soutien social dit adéquat ou adapté permettrait de différencier les individus ayant une moindre symptomatologie psychotraumatique et un plus haut niveau global de fonctionnement et ce, en comparaison avec les trois autres types de combinaisons possible (attachement sécurisant et soutien social inadéquat, attachement insécurisant et soutien social adéquat et attachement insécurisant et soutien social inadéquat).

2. Que les participants présentant un style d'attachement sécurisant auraient une moindre symptomatologie psychotraumatique et un plus haut niveau global de fonctionnement que ceux présentant un style attachement insécurisant.
3. Que les individus ayant un soutien social adéquat ou adapté en termes de quantité auraient une moindre symptomatologie psychotraumatique et un plus haut niveau global de fonctionnement que ceux ayant un soutien social absent ou défaillant toujours en ce qui a trait à l'aspect quantitatif.
4. Que les individus ayant un soutien social adéquat ou adapté en termes de qualité auraient aussi une moindre symptomatologie psychotraumatique et un plus haut niveau global de fonctionnement que ceux ayant un soutien social absent ou défaillant au niveau qualitatif.
5. Que les individus ayant un soutien social adéquat ou adapté en termes de quantité et de qualité [Quantité↑ - Qualité↑] seraient les seuls à présenter une moindre symptomatologie psychotraumatique et un plus haut niveau global de fonctionnement (par opposition à un soutien social uniquement de quantité adéquate [Quantité↑ - Qualité↓] ou uniquement de qualité adéquate [Quantité↓ - Qualité↑] ou encore en l'absence d'une quantité et d'une qualité adéquates [Quantité↓ - Qualité↓]).

## **Méthodologie**

L'objectif de cette étude est donc d'étudier la symptomatologie psychotraumatique et le niveau global de fonctionnement (comme variables dépendantes) en fonction du style d'attachement et du soutien social (comme variables indépendantes) de patients ayant un TSPT qui ont consulté une clinique spécialisée en santé mentale dans un hôpital général. Il importe de mentionner ici que la présente étude a été approuvée par le Comité d'éthique à la recherche (CER) de l'Hôpital Montfort (# JPD-20-10-14) selon les énoncés des trois conseils canadiens. Elle a aussi reçu l'approbation éthique de l'Université du Québec en Outaouais (# 2074). De plus, un consentement a été signé par tous les participants autorisant l'utilisation des données récoltées pour les fins de cette étude.

## **Sujets de l'étude**

Cent (N=100) patients adultes ayant un TSPT composent l'échantillon de cette étude et sont issues d'une population adulte canadienne-française de la région d'Ottawa (Ontario, Canada).

Les critères d'inclusion pour l'étude étaient les suivants : 1) avoir un diagnostic de TSPT actuel, 2) avoir une compréhension orale et écrite adéquate de la langue française et finalement, 3) avoir plus de 18 ans. Les critères d'exclusion pour la participation à l'étude étaient les suivants : 1) être aux prises avec une décompensation psychotique ou maniaque au moment de la rencontre d'évaluation et 2) être en crise suicidaire au moment de l'évaluation. Les critères d'exclusion ont été restreints au minimum et ce, afin d'avoir une bonne variété de profils de

participants et garantir une certaine validité écologique propre à la lourdeur des cas en milieu psychiatrique.

## **Procédure**

Les participants à l'étude ont tous été référés par des psychiatres ou par des médecins de famille à la Clinique Spécialisée en Traumatologie Psychiatrie (CSTP) de l'hôpital Montfort. Au moment de leur accueil à la CSTP, les participants potentiels ont été réévalués par un psychologue spécialisé en psychotraumatologie. Le même psychologue a évalué tous les patients afin de confirmer les diagnostics de TSPT. Les patients ont été consécutivement recrutés entre septembre 2014 et novembre 2015. Ainsi, tous les patients référés à la CSTP ont été sollicités pour participer à cette étude. Sur les 102 premières références, 100 patients ont accepté de participer à la présente étude et ont été retenus comme participants acceptables. Bien qu'ils aient accepté de participer à l'étude, les deux participants supplémentaires ont été exclus de cette étude (l'un pour référence immédiate dans un centre de désintoxication au cours de la rencontre initiale et l'autre étant donnée la langue d'usage de la personne référée qui était l'anglais et non le français).

## **Instruments de mesure**

La présentation des instruments est ici divisée en deux catégories : (a) les mesures auto-révélées ou questionnaires complétés directement par les participants et (b) les mesures basées sur le jugement clinique d'un professionnel et visant à évaluer les participants à la suite d'une

entrevue clinique semi-structurée. Tous les participants ont complété l'ensemble des mesures et des évaluations.

## **Mesures auto-révélees**

*Échelle de stress post-traumatique - Version spécifique (Posttraumatic Stress Disorder Checklist; Specific - PCL-S)*

Pour évaluer la symptomatologie psychotraumatique auto-révéleée, le questionnaire Échelle de stress post-traumatique (PCL; Weathers, Litz, Herman, Huska & Keane, 1993; Weathers, Litz, Huska & Keane, 1994) a été utilisé. Le PCL est basé sur les critères diagnostiques du DSM-IV-TR (APA, 2000) pour ce qui était appelé à l'époque en français État de Stress Post-Traumatique (ÉSPT ; TSPT dans la nouvelle traduction de la nosographie américaine) afin de rendre compte de la sévérité des symptômes psychotraumatiques. Il importe de souligner que le PCL-5 en lien avec le DSM-5 (APA, 2013) n'était pas encore disponible en français au moment de l'implantation de cette étude.

Le PCL, composé de 17 items, permet d'obtenir un score total qui peut être interprété selon des normes américaines. De façon générale, le PCL est décomposable en trois sous-échelles (réviviscences, évitement et hypervigilance) en correspondance avec les critères du DSM-IV-TR. Il est à noter que la traduction française validée (Bouvard & Cottraux, 2002) de la version « S » pour événement traumatique spécifique du *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL-S; Weathers et al., 1993; Weathers et al., 1994) a été utilisée dans cette étude. Cette version a été empiriquement validée par Ventureyra, Yao, Cottraux, Note et De Mey-Guillard (2002). Un

score total (somme des 17 items) égal ou supérieur à 44 au PCL-S est généralement considéré comme un seuil critique (sorte de balise dans le domaine) et s'avère prédictif d'un diagnostic de TSPT (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley & Forneris, 1996; Terhakopian, Sinaii, Engel, Schnurr & Hoge, 2008). Tant dans sa version anglaise que française, le PCL-S a fait preuve d'une excellente fiabilité test-retest, d'une très forte consistance interne, d'une forte validité convergente (entre autres choses, le PCL-S est corrélé avec d'autres mesures du TSPT comme le *Mississippi Scale* et l'échelle PK du MMPI-2) ainsi que d'une bonne validité de construit (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley & Forneris, 1996 ; Ventureyra et al., 2002).

#### *Questionnaire sur les styles relationnels (Relationship Questionnaire - RQ)*

L'évaluation de l'attachement a été réalisée par le biais du *Relationship Questionnaire* (Bartholomew & Horowitz, 1991) au moment de l'entrevue d'évaluation. Le RQ est un questionnaire auto-rapporté composé de 4 items permettant l'évaluation rapide et catégorielle du style d'attachement chez les adultes dans le contexte de leurs relations proches. Chaque item de l'instrument correspond à un prototype de style d'attachement chez l'adulte défini par un court paragraphe descriptif, c'est-à-dire les styles d'attachement sécurisant (*secure*), détaché-évitant (*dismissive-avoidant*), craintif (*fearful-avoidant*) et préoccupé (*anxious-preoccupied*).

Le RQ est considéré comme un outil pouvant faire preuve d'une fidélité relativement adéquate. En effet, les coefficients de consistance interne des styles d'attachement du RQ varient entre .49 et .71 (Scharfe & Bartholomew, 1994). Toujours selon Scharfe et Bartholomew (1994), le style d'attachement sécurisant semble être celui faisant preuve du coefficient de consistance interne le plus élevé ( $\alpha = .71$ ), suivi par les styles d'attachement craintif ( $\alpha = .64$ ), préoccupé ( $\alpha =$

.59) et détaché-évitant ( $\alpha = .49$ ). Le style d'attachement sécurisant semble également posséder une plus grande stabilité temporelle (fidélité test-retest) que les autres styles d'attachement considérés séparément (Scharfe & Bartholomew, 1994). Il semblerait aussi que le RQ présente une bonne validité. En effet, Griffin et Bartholomew (1994) ont confirmé la validité de construit des quatre prototypes des styles d'attachement présents dans le RQ. De plus, ces auteurs attestent de la validité discriminante de l'outil en démontrant que les quatre styles d'attachement sont significativement distincts (Griffin & Bartholomew, 1994).

Bien que cet outil présente l'avantage non négligeable de pouvoir être administré en peu de temps et qu'il semble permettre un partage adéquat des quatre grands styles d'attachement généralement reconnus dans le domaine, il demeure toutefois plutôt superficiel dans sa profondeur d'analyse du concept d'attachement (par opposition à des outils plus volumineux en termes d'éléments d'analyse à considérer et/ou encore reposant sur le jugement d'évaluateurs formés et contrastant leur jugement clinique entre eux). Afin d'avoir une base d'analyse la plus solide possible dans ce contexte et pour demeurer conservateur tout en étant en cohérence avec la littérature présentée précédemment, il a été décidé de contraster le style d'attachement sécurisant (celui présentant les meilleures propriétés psychométriques) à un style d'attachement insécurisant et regroupant les trois autres styles d'attachement en une seule catégorie.

*Échelle abrégée de soutien social de Sarason (Social Support Questionnaire-Short Form - SSQ-6)*

L'évaluation du soutien social a été réalisée par le biais de la version française du *Social Support Questionnaire-Short Form* (SSQ-6; Sarason, Sarason, Shearin & Pierce, 1987). Le SSQ-

6 est un court questionnaire auto-révéle composé de 6 items (comprenant chacun deux volets) permettant de mesurer (1) la disponibilité ou la quantité du soutien social (dimension quantitative) et (2) la satisfaction retirée de ce soutien social (dimension qualitative). Des normes comparatives sont disponibles dans le contexte anglophone (Quantité : M = 20.1 ; ÉT = 12.6 – Qualité : M = 28.1 ; ÉT = 5.6) et francophone (Quantité : M = 20.6 ; ÉT = 11.4 – Qualité : M = 29.4 ; ÉT = 4.8) ; les normes francophones ayant été retenues. C'est la version française validée par Rascle, Bruchon-Schweitzer et Sarason (2005) qui a été utilisée dans cette étude.

Le SSQ-6 possède de bonnes qualités psychométriques, notamment une structure factorielle stable, une forte consistance interne des deux échelles et une bonne fidélité test-retest (voir entre autres, Sarason et al., 1987). Le SSQ-6 semble aussi avoir une bonne validité de critère (Sarason, Shearin, Pierce & Sarason, 1987). De plus, une étude des propriétés psychométriques de la version française du SSQ-6 a démontré une stabilité de la structure factorielle de l'outil, ainsi qu'une validité et une fidélité satisfaisantes (Rascle et al., 2005).

Afin de bien cadrer l'objet d'étude, il est à noter que la disponibilité du soutien social correspond à l'approximation par la personne évaluée du nombre d'individus (en prenant en considération une combinaison des individus évoluant au niveau intrafamilial et extrafamilial) pouvant offrir leur support et/ou leur aide si nécessaire. Dans le cadre de cette étude, cette dimension permet d'estimer la quantité de soutien social.

Plus précisément, la quantité de soutien social est obtenue en additionnant le nombre d'individus identifiés aux six questions impaires du SSQSF-6 ; c'est-à-dire les individus sur qui la personne évaluée peut : 1) compter quand elle a besoin d'aide, 3) compter quand elle veut se

sentir plus détendue lorsqu'elle est sous pression, 5) se sentir acceptée telle qu'elle est, 7) compter pour s'occuper d'elle quoi qu'il arrive, 9) compter pour l'aider à se sentir mieux quand il lui arrive de broyer du noir et 11) compter pour la reconforter quand elle est bouleversée). Il est à noter que les personnes évaluées devaient indiquer les initiales des individus disponibles dans leur réseau social et y ajouter entre parenthèses le lien d'appartenance [par exemple : G.J. (frère)]. Le score maximum en ce qui a trait à la quantité de soutien social est de 54. À l'aide des normes francophones, il est possible de grader la quantité de soutien social de la façon suivante : (a) quantité qualifiée de faible = en bas de la moyenne déterminée par les normes et (b) quantité adéquate ou élevée = dans la moyenne ou plus élevée. Étant donné le fait que les mêmes personnes peuvent être identifiées comme étant disponibles à chacune des six questions, les auteurs de l'échelle proposent de diviser par 6 le score total obtenu au niveau de la quantité (ce score fait habituellement référence au score SSQN pour *Social Support Questionnaire Number*). En fait, ceci permet vraisemblablement d'avoir une estimation plus réaliste du nombre d'individus réellement disponibles pour une personne donnée ; dans le cas présent, un maximum de 9 individus.

Il est certes important de connaître le nombre d'individus disponibles dans un réseau social donné mais il semble être aussi important de pouvoir estimer la satisfaction retirée de ce même réseau social (ou sa qualité). Dans le cadre de cette étude, la satisfaction correspond à la concordance perçue par la personne entre le soutien obtenu et ses besoins. Cette dimension permet donc d'estimer la qualité du soutien social.

Plus précisément, la qualité du soutien social est obtenue en additionnant le nombre correspondant à la satisfaction retirée (la gradation se fait selon une échelle de Likert où 1= très

insatisfait, 2= assez insatisfait, 3= un peu insatisfait, 4= un peu satisfait, 5= assez satisfait et 6= très satisfait) aux six questions paires du SSQSF-6 et qui sont directement associées aux questions impaires pour chacun des dimensions du soutien social évaluées par ce questionnaire. Le score maximum en ce qui a trait à la qualité du soutien social est de 36. À l'aide des normes francophones, il est aussi possible de grader cette qualité du soutien social de la façon suivante : (a) qualité dite faible = en bas de la moyenne déterminée par les normes et (b) qualité adéquate ou élevée = dans la moyenne ou plus élevé. Les auteurs de l'échelle proposent également de diviser le score total obtenu par 6 (ce score fait habituellement référence au score SSQS pour *Social Support Questionnaire Satisfaction*).

Afin de peaufiner davantage les analyses possibles, il été décidé de créer quatre regroupements permettant de mieux décrire la nature du soutien social des participants de cette étude et ce, via une combinaison des deux paramètres d'analyse précédents (quantité et qualité). Ainsi, il est possible de regrouper les participants selon quatre regroupements à savoir, (a) un soutien social adéquat ou élevé en termes de quantité et de qualité [Quantité↑ - Qualité↑], (b) un soutien social à quantité adéquate ou élevée mais de faible qualité [Quantité↑ - Qualité↓], (c) un soutien social de faible quantité mais de qualité adéquate ou élevée [Quantité↓ - Qualité↑] et finalement (d), un soutien social de faible quantité et de faible qualité [Quantité↓ - Qualité↓].

### **Mesures basées sur le jugement clinique**

Les outils présentés dans cette section reposent sur le jugement clinique d'un professionnel d'expérience (psychologue qui possédait au moment de la présente étude 6 ans

d'expérience spécifique en contexte des psychotraumatismes d'une part et 16 ans d'expérience en psychologie clinique d'autre part).

*Échelle TSPT administrée par le ou la clinicien(ne) (Clinician Administred PTSD Scale - CAPS-5)*

Dans cette étude et tel que mentionné précédemment, la symptomatologie psychotraumatique a été principalement mesurée à l'aide du PCL-S. Cela dit et afin de pouvoir avoir un certain contrôle en termes de vérification de la validité des données auto-révélées obtenues, le *Clinician Administred PTSD Scale* (CAPS-5; Weathers et al., 2013a) a aussi été utilisé. Le recours au CAPS-5 permettait également un certain arrimage avec le DSM-5.

Le CAPS-5 est considéré comme la norme étalon-or (*gold standard*) dans l'évaluation du TSPT. Il est composé de 30 items qui permettent, via une entrevue structurée, de poser un diagnostic de TSPT dans le dernier mois (version utilisée dans cette étude). En plus d'évaluer les 20 symptômes du TSPT propres au DSM-5, les questions visent à identifier le début et la durée des symptômes, le degré de détresse subjective qui leur sont associés, l'impact des symptômes sur le fonctionnement social et professionnel, l'amélioration des symptômes depuis une administration précédente du CAPS-5 (élément non pertinent dans cette étude), la validité des réponses données lors de l'entrevue, la gravité globale du TSPT et les spécifications pour les sous-types dissociatifs possibles (dépersonnalisation et déréalisation).

Dans le cadre de son administration, le CAPS-5 requiert l'identification d'un événement traumatique particulier (*index trauma*) qui sert de référence pour l'évaluation des symptômes. À

ce propos, le *Life Events Checklist for DSM-5* (LEC-5; Weathers et al., 2013b) est recommandé pour faciliter l'identification du critère A inclus dans le CAPS-5. En ce qui a trait aux propriétés psychométriques de l'instrument, le CAPS-5 possède une excellente cohérence interne ainsi que des excellentes validités convergente et discriminante (Weathers, et al., 2013a). Plus récemment, Weathers et ses collaborateurs (2017) ont confirmé les bonnes propriétés psychométriques du CAPS-5 en faisant la démonstration d'une forte fidélité inter juges, d'une forte fidélité test-retest, d'une bonne consistance interne, d'une bonne validité convergente et une bonne validité discriminante.

#### *Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF)*

L'évaluation du niveau global de fonctionnement des participants a été réalisée selon le jugement clinique au moment de l'entrevue d'évaluation et de la passation des questionnaires auto-révélés. L'EGF constitue la traduction française du *Global Assessment of Functioning Scale* – *GAF*) du DSM-IV-TR (APA, 2000). Il importe de mentionner que le GAF est presque identique au *Global Assessment Scale* (GAS ; Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976) mis à part quelques réarrangements dans les descriptions permettant l'évaluation et certains exemples donnés pour représenter les différentes catégories. L'EGF permet l'évaluation du fonctionnement global des individus en tenant compte des domaines psychologique, social et occupationnel et ce, sans référence aux capacités physiques.

L'EGF est généralement considéré comme un outil faisant preuve d'une bonne fidélité et d'une bonne validité (voir entre autres Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976; Hilsenroth et al., 2000; Jones, Thornicroft, Coffey & Dunn, 1995). D'ailleurs et dans une révision de 25 études

portant sur l'utilisation, la fidélité et la validité de l'EGF, il a été démontré que cet outil était supérieur à 30 autres mesures du fonctionnement (Goldman, Skodol & Lave, 1992).

## **Résultats**

La grande majorité des participants rapportait avoir été confrontée à plusieurs événements traumatiques (88%) au cours de leur vie ; survenus avant 18 ans (3.5 types d'événements traumatiques différents en moyenne [ÉT = 2.4]) ou au cours de leur vie adulte (2.9 types d'événements traumatiques différents en moyenne [ÉT = 2.5]). Parmi ceux qui rapportaient avoir été confrontés à un seul événement traumatique (12%), un seul participant faisait référence à un événement survenu dans l'enfance (1%) et onze participants à un événement survenu pendant la vie adulte (11%) ; principalement des accidents d'automobile.

Le Tableau 1 fait la présentation des variables sociodémographiques et des analyses des différences en regard de ces dernières et ce, en fonction des différents sous-groupes cliniques (style d'attachement et type de soutien social) de cette étude. Afin de déterminer s'il y a des différences significatives, des ANOVAs ont été utilisées pour les variables continues et des Chi-carrés pour les variables catégorielles (avec V de Cramer à titre d'analyse complémentaire pour avoir une idée de la grandeur de la différence retrouvé lorsque pertinent).

Tableau 1. Présentation des variables sociodémographiques et analyses des différences significatives en regard de ces dernières en fonction des sous-groupes clinique (type d'attachement et type de soutien social) – ANOVAs (pour variables continues) et Chi-carrés (pour les variables catégorielles).

Variables	Groupe « Total »	Sous-groupes « Attachement »			Sous-groupes « Soutien social »				
		Sécure	Insécure	Différence	Quantité↑ Qualité↑	Quantité↓ Qualité↑	Quantité↑ Qualité↓	Quantité↓ Qualité↓	Différence
	(N=100)	(n=11)	(n=89)		(n=30)	(n=7)	(n=34)	(n=29)	
<b>Âge (M)</b>	41.9 (12.3)	43.6 (14.9)	41.7 (12.0)	$F(1,98) = .26, p = .62$	40.1 (14.9)	47.7 (10.0)	42.9 (12.0)	41.1 (9.8)	$F(3,96) = .86, p = .46$
<b>Genre (Nb)</b>	100	11	89	$\chi^2(1, N=100) = .23, p = .63$	30	7	34	29	$\chi^2(3, N=100) = 14.6, p < .00^{**}$ V de Cramer = .38
- Femme	76	9	67		25	5	31	15	
- Homme	24	2	22		5	2	3	14	
<b>Occupation (Nb)</b>	100	11	89	$\chi^2(6, N=100) = 14.2, p = .03^*$ V de Cramer = .38	30	7	34	29	$\chi^2(18, N=100) = 25.0, p = .13$
- Travailleur(e)	40	9	31		15	2	16	7	
- Retraité(e)	7	2	5		2	--	3	2	
- Pension invalidité	36	--	36		8	2	11	15	
- Assurance chômage	1	--	1		--	--	1	--	
- Bien-être social	10	--	10		3	3	--	4	
- Maîtresse de maison	2	--	2		--	--	2	--	
- Étudiant	4	--	4		2	--	1	1	
<b>revenu (M)</b>	55 105.04 (34 079.47)	55 305.04 (17 060.32)	50 184.91 (34 746.06)	$F(1,91) = 5.6, p = .02^*$	55 599.07 (29 150.68)	20 585.45 (24 464.00)	45 280.50 (44 624.20)	19 195.04 (18 109.58)	$F(3,89) = 2.6, p = .06$
<b>Statut civil (Nb)</b>	100	11	89	$\chi^2(1, N=100) = .03, p = .86$	30	7	34	29	$\chi^2(3, N=100) = 8.79, p = .03^*$ V de Cramer = .30
- Célibataire	86	7	59		20	2	20	24	
- En couple	34	4	30		10	5	14	5	
<b>Scolarité (Nb)</b>	100	11	89	$\chi^2(3, N=100) = 12.25, p = .01^{**}$ V de Cramer = .35	30	7	34	29	$\chi^2(9, N=100) = 16.94, p = .05^*$ V de Cramer = .41
- Primaire	5	--	5		1	1	2	1	
- Secondaire	35	1	34		12	2	7	14	
- Collège	42	4	38		7	4	19	12	
- Université	18	6	12		10	--	6	2	
<b>Lieu de résidence (Nb)</b>	100	11	89	$\chi^2(3, N=100) = 7.52, p = .06$	30	7	34	29	$\chi^2(9, N=100) = 32.09, p < .00^{**}$ V de Cramer = .57
- Maison/condo	52	10	42		21	3	23	5	
- Location	43	1	42		7	4	11	21	
- Centre toxico	3	--	3		--	--	--	3	
- Résidence groupe	2	--	2		2	--	--	--	

Le nombre entre parenthèses correspond à l'écart-type.

M = Moyenne. Nb = Nombre.

\* p ≤ .05

\*\* p ≤ .01

## Mesures auto-révélees

### *Échelle de stress post-traumatique (Posttraumatic Stress Disorder Checklist – PCL-S)*

L'estimation de la fidélité (consistance interne via l'alpha de Cronbach) de la version PCL-S utilisée dans cette étude est élevée (.95) et très comparable à celle obtenue par Weathers et ses collaborateurs (.97) en 1993 et par Krause, Kaltman et Goodman (.93) en 2007 pour l'échelle totale en lien avec la version originale de l'instrument. De plus, 77% des participants présentaient un score considéré comme étant indicateur d'un probable TSPT (i.e., un score  $\geq 44$  et donc considéré comme cliniquement significatif dans la littérature dans le domaine) au moment de leur évaluation.

### *Questionnaire sur les styles relationnels (Relationship Questionnaire - RQ)*

La majorité des participants se percevait comme ayant un style d'attachement dit insécurisant alors qu'une minorité se reconnaissait davantage dans un style d'attachement dit sécurisant (voir Tableau 1). En termes de répartition selon le genre, 84.6% des individus se percevant comme ayant un style d'attachement sécurisant étaient des femmes alors que cette proportion était de 74.7% en ce qui a trait au style d'attachement insécurisant.

*Échelle abrégée de soutien social de Sarason (Social Support Questionnaire-Short Form - SSQ-6)*

Le score total moyen des participants en ce qui a trait au nombre d'individus disponibles dans leur réseau social (quantité de soutien social) était de 18.2 (ÉT = 14 ; étendue s'échelonnant de 0 à 54). Le score SSQN moyen était de 3 (ÉT = 2.3). Le score total moyen de satisfaction des participants était, quant à lui, de 21.8 (ÉT = 8.7 ; étendue de 6 à 36). Le score SSQS moyen était de 3.6 (ÉT = 1.5).

En fonction d'une classification qualitative (quantité de soutien social faible versus adéquate/élevée), 36% des participants pouvaient être considérés comme ayant un soutien social de faible quantité alors que 64% pouvaient être considérés comme ayant un soutien social adéquat ou élevé. Toujours en fonction d'une classification qualitative (qualité de soutien social faible vs adéquate/élevée), 63% des participants pouvaient être considérés comme ayant un soutien social de faible qualité alors que 37% pouvaient être considérés comme ayant un soutien social adéquat ou élevé.

En termes de répartition selon le genre, 53.8% des individus rapportant un soutien social de type quantité faible et qualité faible étaient des femmes alors que cette proportion était de 62.5% en ce qui a trait au soutien social de type quantité faible et qualité adéquate/élevée, de 89.5% en ce qui concerne le soutien social de type quantité adéquate/élevée et qualité faible et finalement de 82.1% pour le soutien social de type quantité adéquate/élevée et qualité adéquate/élevée.

## Mesures basées sur le jugement clinique

*Échelle TSPT administrée par le ou la clinicien(ne) (Clinician Administred PTSD Scale - CAPS-5)*

La fidélité (homogénéité) du CAPS-5 a été réalisée à l'aide de la notion de consistance interne via l'alpha de Cronbach. L'estimé obtenu est élevé et comparable à celui obtenu lors de la validation de l'instrument pour l'échelle totale (.92 vs .88 lors de la validation). En ce qui a trait aux autres items du CAPS-5, il est à noter que les participants ont fait l'expérience directe de leur dernier événement traumatique dans une proportion de 97%. Les événements traumatiques étaient en lien avec une menace à la vie (25%), une blessure sérieuse (40%) et/ou de la violence sexuelle (68%) ; des combinaisons pouvant être possibles. En moyenne le temps écoulé depuis le premier événement traumatique vécu par les participants était de 21.4 ans (ÉT = 19) alors que le temps écoulé depuis le dernier événement traumatique était de 18 ans en moyenne (ÉT = 18.2 ans). Le TSPT est survenu en différé pour 47% des participants. En ce qui a trait à la détresse subjective estimée chez les participants, la majorité d'entre eux (40%) présentait une détresse clairement présente et d'intensité modérée (bien que gérable), 26% une détresse grave et considérable, 20% une détresse légère et 14% une détresse extrême et invalidante.

En ce qui concerne l'impact négatif en lien avec le fonctionnement social, la majorité des participants [72%] étaient aux prises avec un déficit léger (37%) ou modéré où certains aspects du fonctionnement demeuraient préservés (35%). Les autres participants étaient confrontés à un déficit grave où peu d'aspects du fonctionnement demeuraient préservés (25%) ou à un déficit extrême où il y avait une altération majeure du fonctionnement social (3%). Concernant l'impact

occupationnel, la majorité des participants [68%] présentaient un déficit grave où peu d'aspects du fonctionnement demeuraient préservés (44%) ou modéré où certains aspects du fonctionnement demeuraient préservés (24%). Les autres participants étaient confrontés à un déficit léger (20%) ou à un déficit extrême où il y avait une altération majeure du fonctionnement social (12%). Finalement, une cote de gravité globale a été estimée pour chacun des participants et la grande majorité d'entre eux [79%] se retrouvaient dans une situation où il y avait de la détresse et un impact fonctionnel grave (39%), modéré (33%) ou extrême (7%). Seul environ un cinquième des participants (21%) présentait une gravité globale qualifiée de légère.

#### *Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF)*

La majorité des participants (60%) présentait un fonctionnement global inférieur ou égal à 50 (niveau de gravité et de détérioration qualifié de sérieux). Les autres participants présentaient une gravité et un niveau de détérioration de leur fonctionnement global modérés (29%), légers (10%) ou transitoires et prévisibles (1%).

Le Tableau 2 fait la synthèse des analyses menées pour l'ensemble des participants et de même qu'en fonction des sous-groupes cliniques (style d'attachement et type de soutien social) de cette étude. Afin de déterminer s'il y a des différences significatives, des ANOVAs ont été utilisées.

Tableau 2. Présentation des variables cliniques et analyses des différences significatives en regard de ces dernières en fonction des sous-groupes clinique (type d'attachement et type de soutien social) – ANOVAs (pour les variables continues) et Chi-carrés (pour les variables catégorielles).

Variables	Groupe total (N=100)	Sous-groupes « Attachement »			Sous-groupes « Soutien social »				
		Séculaire (n=11)	Inséculaire (n=89)	Différence	Quantité↑ Qualité ↑ (n=30)	Quantité↓ Qualité ↑ (n=7)	Quantité↑ Qualité ↓ (n=34)	Quantité↓ Qualité ↓ (n=29)	Différence
<b>Symptomatologie psychotraumatique</b>									
PCL-S - Score total	60.1 (17.9)	38.2 (11.2)	62.8 (16.7)	$F(1, 98) = 22.41,$ $p < .001^{**}$ $\eta^2_{\text{partiel}} = .19$	50.2 (16.9)	54.4 (19.3)	60.6 (17.0)	71.2 (13.5)	$F(3, 96) = 8.59,$ $p < .001^{**}$ $\eta^2_{\text{partiel}} = .21$
CAPS-5 - Score total	27.4 (13.1)	20.3 (6.4)	28.2 (13.5)	$F(1, 98) = 3.69$ $p = .06$ $\eta^2_{\text{partiel}} = .04$	21.8 (10.1)	22.7 (13.1)	26.8 (11.4)	34.9 (14.7)	$F(3, 96) = 6.07,$ $p = .001^{**}$ $\eta^2_{\text{partiel}} = .16$
<b>Niveau de fonctionnement</b>									
- EGF (axe 5)	52.1 (9.0)	60.9 (7.4)	51.0 (8.6)	$F(1, 98) = 13.24,$ $p < .001^{**}$ $\eta^2_{\text{partiel}} = .12$	55.8 (6.0)	55.0 (8.7)	52.9 (11.2)	46.6 (6.0)	$F(3, 96) = 6.69,$ $p < .001^{**}$ $\eta^2_{\text{partiel}} = .17$

Le nombre entre parenthèses correspond à l'écart-type. \*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$

## Vérification des hypothèses de recherche

Afin de pouvoir vérifier la première hypothèse, une analyse de variance multivariée (MANOVA) a été effectuée dans le but de déterminer si les deux variables indépendantes (attachement et soutien social) avaient un impact significatif (et combiné) sur les deux composantes du fonctionnement des participants de cette étude (symptomatologie psychotraumatique et fonctionnement global). Les effets multivariés ont été évalués à l'aide de la méthode du lambda de Wilks.

Le calcul de l'Êta-carré partiel ( $\eta^2$ ) a été, quant à lui, utilisé pour estimer la taille des effets observés. Cet indice varie entre 0 et 1 et les balises suivantes ont été élaborées par Cohen (1988) pour guider son interprétation : autour de .01 = effet de petite taille, autour de .06 = effet de taille moyenne et autour de .14 et plus = effet de grande taille. Des analyses de comparaison a posteriori (Tukey-b ou Dunnett T3 selon la pertinence) ont finalement été utilisées en temps opportun. Un calcul de la puissance statistique a aussi été effectué. Finalement, des analyses de variance univariées ont été effectuées afin de permettre la vérification des autres hypothèses de recherche.

### *Hypothèse 1*

Les variables indépendantes ne démontrent pas un effet multivarié significatif sur les variables dépendantes combinées [ $F(6, 182) = 1.34, p = .24 ; \eta^2_{\text{partiel}} = .04$  et ce, via une puissance statistique de .52].

### *Hypothèse 2. Style d'attachement (sécurisant vs insécurisant) et PCL-S, CAPS-5 et ÉGF*

Les résultats d'une première analyse de variance montrent que la variable style d'attachement a un impact significatif sur la variable symptomatologie psychotraumatique en ce qui concerne le **PCL-S** [ $F(1, 98) = 22.4, p = .001 ; \eta^2_{\text{partiel}} = .19$  et ce, via une puissance statistique de .99], ce qui correspond à une grande taille d'effet. Il semble donc qu'un style d'attachement sécurisant (score moyen au PCL-S de 38.2) soit en lien avec une moins grande

symptomatologie psychotraumatique en comparaison à un style d'attachement insécurisant (score moyen au PCL-S de 62.8).

Les résultats obtenus lors d'une deuxième analyse de variance montrent que le style d'attachement ne semblerait pas avoir un impact significatif sur la variable symptomatologie psychotraumatique en ce qui a trait au **CAPS-5** [ $F(1, 98) = 3.69, p = .06 ; \eta^2_{\text{partiel}} = .04$  et ce, via une puissance statistique de .48]. Cela dit, une tendance (d'une taille d'effet quasiment moyenne) est observable à l'effet qu'un style d'attachement sécurisant (score moyen au CAPS-5 de 20.3) pourrait être en lien avec une moins grande symptomatologie psychotraumatique en comparaison avec un style d'attachement insécurisant (score moyen au CAPS-5 de 28.2).

Les résultats obtenus lors d'une troisième analyse de variance montrent que le style d'attachement a un impact significatif sur la variable fonctionnement global en lien avec l'**ÉGF** [ $F(1, 98) = 13.24, p = .001 ; \eta^2_{\text{partiel}} = .12$  et ce, via une puissance statistique de .95], ce qui correspond à une taille d'effet pratiquement grande. Il semble donc qu'un style d'attachement sécurisant (score moyen à l'ÉGF de 60.9) soit en lien avec un niveau global de fonctionnement plus élevé par rapport à un style d'attachement insécurisant (score moyen à l'ÉGF de 51.0).

### *Hypothèse 3. QUANTITÉ de soutien social (adéquate/élevée vs faible) et PCL-S, CAPS-5 et ÉGF*

Une quantité adéquate/élevée de soutien social (SS) semble en lien avec une moins grande symptomatologie psychotraumatique au **PCL-S** par rapport à une quantité faible [ $F(1, 98) = 11.9, p = .001 ; \eta^2_{\text{partiel}} = .11$  et ce, via une puissance statistique de .93] ce qui correspond à une taille

d'effet modérée ; pratiquement grande. Il semble donc qu'un SS à quantité ↑ (score moyen au PCL-S de 55.7) soit en lien avec une moins grande symptomatologie psychotraumatique en comparaison avec un SS à quantité ↓ (score moyen au PCL-S de 67.9).

De même, une quantité adéquate/élevée de SS semble en lien avec une moins grande symptomatologie psychotraumatique au **CAPS-5** par rapport à une quantité faible [ $F(1, 98) = 9.39, p = .003 ; \eta^2_{\text{partiel}} = .09$  et ce, via une puissance statistique de .86], ce qui correspond à une taille d'effet modérée (score moyen au CAPS-5 de 24.5 pour le SS à quantité ↑ et de 32.5 pour le SS à quantité ↓).

Finalement, une quantité adéquate/élevée de SS semble en lien avec un meilleur niveau de fonctionnement global en lien avec l'**ÉGF** par rapport à une quantité faible [ $F(1, 98) = 11.68, p = .001 ; \eta^2_{\text{partiel}} = .11$  et ce, via une puissance de .92] ce qui correspond à une taille d'effet modérée (score moyen à l'ÉGF de 54.3 pour le SS à quantité ↑ et de 48.2 pour le SS à quantité ↓).

#### *Hypothèse 4. QUALITÉ de soutien social (adéquate/élevée vs faible) et PCL-S, CAPS-5 et ÉGF*

Une qualité adéquate/élevée de SS semble en lien avec une moins grande symptomatologie psychotraumatique au **PCL-S** par rapport à une qualité faible [ $F(1, 98) = 17.73, p = .001 ; \eta^2_{\text{partiel}} = .15$  et ce, via une puissance statistique de .99] ce qui correspond à une grande taille d'effet (score moyen au PCL-S de 51.0 pour un SS à qualité ↑ et de 65.4 pour un SS à qualité ↓).

Par ailleurs, une qualité adéquate/élevée de SS semble en lien avec une moins grande symptomatologie psychotraumatique au **CAPS-5** par rapport à une qualité faible de SS [ $F(1, 98) = 10.83, p = .001 ; \eta^2_{\text{partiel}} = .10$  et ce, via une puissance statistique de .90] ce qui correspond à une taille d'effet modérée (score moyen au CAPS-5 de 22 pour le SS à qualité ↑ et de 30.5 pour le SS à qualité ↓).

Finalement, une qualité adéquate/élevée de SS semble en lien avec un meilleur niveau de fonctionnement global (**ÉGF**) par rapport à une qualité faible de SS [ $F(1, 98) = 10.07, p = .002 ; \eta^2_{\text{partiel}} = .09$  et ce, via une puissance statistique de .88] ce qui correspond à une taille d'effet modérée (score moyen à l'ÉGF de 55.7 pour un SS à qualité↑ et de 50.0 pour un SS de qualité↓).

*Hypothèse 5. COMBINAISON QUANTITÉ et QUALITÉ de soutien social (faible-faible, adéquate/élevée-faible, faible-adéquate/élevée et adéquate/élevée-adéquate/élevée) mesuré en fonction du PCL-S, du CAPS-5 et de l'ÉGF*

Les résultats d'une première analyse de variance montrent que la variable SS combinée (quantité et qualité) semble avoir un impact significatif sur la variable symptomatologie traumatique mesurée par le **PCL-S** [ $F(3, 96) = 8.6, p = .001 ; \eta^2_{\text{partiel}} = .21$  via une puissance statistique de .99] ce qui correspond à une grande taille d'effet. Puisque l'homogénéité des variances est respectée en fonction de la statistique de Levene ( $W(3, 96) = 1.3, p = .3$ ), il est possible d'utiliser les analyses de comparaison à posteriori selon la statistique de Tukey-b. Il en ressort que le SS de type quantité↓ - qualité↓ est en lien avec une plus grande symptomatologie psychotraumatique que les types de SS quantité↑ - qualité↑ et SS quantité↓ - qualité↑ qui se ne se

différencient pas statistiquement entre eux. Le type de SS quantité↑ - qualité↓, quant à lui, ne se différencie significativement pas ni d'un groupe, ni de l'autre.

Les résultats d'une deuxième analyse de variance montrent que la variable de SS combinée (quantité – qualité) semble avoir un impact significatif sur la variable symptomatologie traumatique mesurée par le **CAPS-5** [ $F(3, 96) = 6.1, p = .001$  ;  $\eta^2_{\text{partiel}} = .16$  via une puissance statistique de .95] ce qui correspond à une grande taille d'effet. Puisque l'homogénéité des variances est aussi respectée en fonction de la statistique de Levene ( $W(3, 96) = 2.2, p = .1$ ), il est possible d'utiliser les analyses de comparaison à posteriori selon la statistique de Tukey-b. Il en ressort que le SS de type quantité↓ - qualité↓ est en lien avec une plus grande symptomatologie psychotraumatique que les sous-types de SS quantité↑ et qualité↑ et SS quantité↓ - qualité↑ qui ne se différencient pas entre eux. Le type de SS quantité↑ - qualité↓, quant à lui, ne se différencie significativement, ni d'un groupe, ni de l'autre.

Les résultats de la troisième analyse de variance montrent que la variable de SS combinée (quantité – qualité) semble avoir un impact significatif sur la variable fonctionnement global mesurée par l'**ÉGF** [ $F(3, 96) = 6.7, p = .001$  ;  $\eta^2_{\text{partiel}} = .17$  et ce, via une puissance statistique de .97] ce qui correspond à une grande taille d'effet. Puisque l'homogénéité des variances n'est pas respectée en fonction de la statistique de Levene ( $W(3, 96) = 7.2, p = .001$ ), il fut décidé d'utiliser les analyses de comparaison à posteriori selon la statistique de Dunnett T3 (qui repose sur une correction sévère pour réduire le risque d'erreur de type1). Il en ressort que le SS de type quantité↓ - qualité↓ est en lien avec un moins bon niveau global de fonctionnement que les types de SS quantité↑ - qualité↑ et SS quantité↑ - qualité↓ qui se ne se différencient pas entre eux. Le

type de SS quantité↓ - qualité↑, quant à lui, ne se différencie significativement pas ni d'un groupe, ni de l'autre.

## **Discussion**

### *Retour sur les hypothèses de recherche*

La première hypothèse est rejetée et montre qu'il ne semble pas y avoir d'effet multivarié significatif des variables indépendantes (attachement et soutien social) sur les variables dépendantes (symptomatologie psychotraumatique et fonctionnement global). Il importe toutefois de noter ici que cette analyse a dû être réalisée avec une puissance statistique inférieure à ce qui est habituellement recommandé d'après Cohen (1988).

En admettant que la première hypothèse soit effectivement rejetée, ceci irait à l'encontre de certaines données qui circulent dans la littérature dans le domaine et qui prônent, par exemple, qu'une combinaison attachement sécurisant et soutien social adéquat soit optimale en termes de facteurs de protection contre le développement d'un TSPT (voir entre autres Collins & Feeney, 2004; Mikulincer & Shaver, 2007; Vogel & Wei, 2005). Le résultat de la première hypothèse met en évidence toute la pertinence de poursuivre les recherches propres à cette question, pour le moins chez une population clinique et/ou francophone.

La deuxième hypothèse de recherche est acceptée (ou pour le moins partiellement acceptée) puisque le style d'attachement semble avoir un impact significatif (grande taille d'effet) sur la symptomatologie psychotraumatique (un style d'attachement sécurisant serait en lien avec

une moins grande symptomatologie psychotraumatique par rapport à un style d'attachement insécurisant) et sur le fonctionnement global (un style d'attachement sécurisant serait en lien avec un niveau global de fonctionnement plus élevé par rapport à un style d'attachement insécurisant). Le concept de partiellement accepté renvoie ici à l'idée que seule une tendance a pu être constatée en ce qui a trait au CAPS-5 dans la présente étude. Cela étant dit, il importe de souligner que l'analyse des données en lien avec cet instrument a dû ici être réalisée avec une puissance statistique inférieure à ce qui est habituellement recommandé d'après Cohen (1988).

Les résultats semblent donc confirmer ce qui a été précédemment trouvé auprès d'autres populations (Armour, Elklit & Shevlin, 2011; Declercq & Willemsen, 2006; Escolas et al., 2012; Sharp, Fonagy & Allen, 2012) ; c'est-à-dire qu'un style d'attachement sécurisant en tant que variable pré-traumatique est associé à une moindre symptomatologie post-traumatique et à un meilleur niveau de fonctionnement global post événement traumatique.

De plus, l'échantillon à l'étude se caractérise par une composition hétérogène, c'est-à-dire par sa diversité de traumatismes (e.g., agression physique, accident d'automobile, etc.), alors que peu d'études se sont intéressées aux traumatismes variés. Ceci amène donc des pistes de réflexion sur l'hétérogénéité de la population psychotraumatique.

En fait, il pourrait ici être bénéfique de procéder à une certaine adaptation dans la mise en application des approches psychothérapeutiques généralement recommandées (*PE for PTSD*, *CPT for PTSD*, etc.) au sens où une emphase plus particulière pourrait être placée sur la question du style d'attachement que ce soit en général ou encore en lien avec l'aménagement de la relation

thérapeutique comme tel (élément d'ailleurs jugé important par plusieurs cliniciens et chercheurs).

En référence aux travaux de Bowlby sur les modèles internes opérants (1979), il semble ici possible d'avancer l'idée que chaque individu aux prises avec un TSPT possède des modèles mentaux le représentant et représentant les autres qui sont activés dans ses relations interpersonnelles ; particulières en situation de détresse. Dans le cas d'un style d'attachement sécurisant, ces modèles mentaux seraient positifs en ce qui a trait à la représentation de soi et des autres. Cela constituerait une base plus solide pour entreprendre le travail thérapeutique propre au champ de la psychotraumatologie. Dans le cas d'un attachement insécurisant, les modèles internes opérants seraient par nature plus détériorés et impliqueraient des combinaisons Soi-Autres plus négatives où certaines lacunes relationnelles seraient présentes. Ainsi, il pourrait être possible de dégager trois combinaisons potentielles de représentations mentales : (1) Soi positive et Autres négative ; (2) Soi négative – Autres positive et (3) Soi négative – Autres négative. Bien que non révolutionnaire, la considération de ces éléments de vulnérabilités dans la prise en charge thérapeutique semble être primordiale. Des études complémentaires seront ici nécessaires pour mieux comprendre les subtilités.

Pour le moment, le tableau 3 présente une possibilité de mise en application des services en psychotraumatologie adaptée au style d'attachement des individus qui consultent.

Tableau 3. Proposition d'une conduite clinique à tenir en fonction du style d'attachement

<p style="text-align: center;"><b>Style d'attachement « SÉCURISANT »</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Style d'attachement « INSÉCURISANT »</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'il n'y a pas d'enjeu significatif d'instabilité et/ou d'addiction, il serait possible de passer directement à la phase de traitement focalisé sur le trauma après la période d'évaluation approfondie de la situation du client et de ses traumatismes.</li> <li>• Il serait aussi possible de considérer une implication de l'entourage significatif du client dans le traitement (à titre de support d'accompagnement lors des expositions <i>in vivo</i> par exemple).</li> <li>• Il serait également envisageable de considérer une offre de service de type psychothérapie de groupe (surtout en contexte de contraintes administratives et/ou financières).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il serait bien d'offrir une phase préalable de traitement en lien avec l'aménagement graduel du lien thérapeutique. L'idée est de permettre l'acquisition d'une certaine « base de sécurité » chez le client afin qu'il puisse ultérieurement explorer ses traumatismes avec le support de son thérapeute.</li> <li>• Il faudra s'assurer que le client est en sécurité dans sa vie quotidienne et l'orienter vers des services externes appropriés si nécessaires (hébergement pour personnes abusées, etc.).</li> <li>• De même, il faudrait s'assurer que le client n'évolue pas au sein d'une ou de plusieurs relation(s) abusive(s) que ce soit sur le plan amical, amoureux et/ou professionnel.</li> <li>• Si nécessaire, il pourrait être bien de procéder ensuite à une phase de stabilisation du fonctionnement général.</li> <li>• Une fois la mise en place d'un lien thérapeutique stable et sécuritaire, il pourrait être possible de mettre en application la thérapie focalisée sur le trauma en prenant bien soin de suivre le rythme d'assimilation et</li> </ul>

	<p>d'accommodation du client. Il serait peut-être aussi nécessaire d'offrir un accompagnement en personne lors des exercices d'exposition <i>in vivo</i>. Il s'agirait aussi de ne pas être rigide dans la mise en application des devoirs et du protocole d'intervention et de faire preuve d'une certaine souplesse. Il semblerait aussi important de s'assurer que le client puisse vivre des succès thérapeutiques ; si minimales soient-ils.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finalement, il faudrait soutenir le client dans sa phase post-intervention de reconnexion avec la communauté.</li> </ul>
--	---

Par ailleurs et en termes de charge thérapeutique à porter par les cliniciens, il semble possible que la lourdeur clinique puisse être plus importante chez les individus ayant un style d'attachement insécurisant. En fait, il est envisageable qu'un client présentant un style d'attachement insécurisant pourrait être porteur d'une symptomatologie traumatique plus importante et d'un fonctionnement global moins adéquat ; le tout résultant en une prise en charge thérapeutique théoriquement plus lourde (l'inverse étant aussi vraisemblable). Il semble donc qu'une estimation même très rapide (bien que forcément parcellaire) du style d'attachement pourrait être bénéfique dans la pratique clinique en psychotraumatologie.

La troisième hypothèse, quant à elle, est acceptée. En effet, il semblerait qu'une quantité adéquate ou élevée de soutien social soit en lien (taille d'effet modérée) avec une moins grande symptomatologie psychotraumatique (PCL-S et CAPS-5) et un meilleur niveau global de

fonctionnement global (ÉGF). Ceci semble venir confirmer les écrits dans le domaine. Les implications propres à la troisième hypothèse seront considérées plus en profondeur à la lumière des hypothèses 4 et 5 qui suivent.

La quatrième hypothèse est aussi acceptée. Ainsi, une qualité adéquate ou élevée de soutien social serait associée à une symptomatologie psychotraumatique moindre (PCL-S = grande taille d'effet et CAPS-5 = taille d'effet modérée) et à un meilleur niveau de fonctionnement global (taille d'effet modérée). Ceci semble aussi aller dans le même sens que les données probantes antérieures. Les implications propres à cette hypothèse seront aussi considérées à la lumière des résultats propres aux hypothèses 3 et 5.

La dernière hypothèse de recherche est rejetée. En fait et en fonction d'une combinaison d'analyse des paramètres à l'étude [quantité (↑ ou ↓) et qualitative (↑ ou ↓) du soutien social (SS)], il en ressort qu'un SS de quantité↓ - qualité↓ est en lien avec une plus grande symptomatologie psychotraumatique que le type de SS quantité↑ - qualité↑ ou le type de SS quantité↓ - qualité↑ qui ne se différencient pas entre eux. Par ailleurs et en ce qui a trait au niveau global de fonctionnement, il en ressort qu'un SS de quantité↓ - qualité↓ est en lien avec un plus bas niveau global de fonctionnement que le type de SS quantité↑ - qualité↑ ou le type de SS quantité↑ - qualité↓ qui ne se différencient pas entre eux.

Il ne semblerait donc pas nécessaire que le soutien social soit à la fois adéquat ou élevé en termes de quantité et de qualité (le seul paramètre quantité↑ ou qualité↑ pouvant aussi être suffisant bien que ne produisant pas les mêmes résultats) pour avoir un impact bénéfique sur la

symptomatologie psychotraumatique ou le fonctionnement global des individus aux prises avec un TSPT.

Ainsi, il semblerait que la qualité du SS soit une condition importante et nécessaire pour avoir un impact significatif sur une moindre symptomatologie psychotraumatique (une quantité adéquate ou élevée seule de SS ne semblant pas avoir d'impact significatif sur cette variable dépendante). Il s'agirait donc de miser sur la qualité du SS lorsqu'il est question de chercher à diminuer la symptomatologie psychotraumatique comme cible thérapeutique. Il est postulé ici que la qualité du SS est importante dans le rétablissement psychotraumatique étant donné la nature même des difficultés rencontrées (bien souvent un traumatisme de nature interpersonnelle ou impliquant d'autres individus comme dans le cas d'un accident d'automobile sans mauvaise intention) et qu'il y aurait quelque chose à corriger (ou à reconsidérer) au niveau interpersonnel dans le contexte de la psychotraumatologie et que cela puisse vraisemblablement se faire via un soutien interpersonnel de qualité et satisfaisant pour l'individu concerné. Les cliniciens auraient ici vraisemblablement avantage à s'enquérir de la satisfaction retirée du soutien social (en parallèle du processus thérapeutique) des individus qui les consultent. Ce résultat semble aussi venir confirmer l'importance accordée à l'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité.

Par ailleurs, il apparaît donc aussi que la quantité du SS soit une condition importante et nécessaire pour avoir un impact significatif sur le niveau global de fonctionnement des individus qui consultent en psychotraumatologie (une qualité adéquate ou élevée seule de SS ne semblant pas avoir un impact significatif sur cette autre variable dépendante).

Lorsque possible, il s'agirait donc de miser sur la quantité du SS lorsqu'il est question de chercher à augmenter le niveau global de fonctionnement comme cible thérapeutique. Il est intéressant de constater ici qu'il semble que ce soit la quantité de SS qui soit important dans une perspective d'amélioration du niveau global de fonctionnement ; un peu comme si les multiples occasions d'interactions sociales favorisaient un meilleur rétablissement et ce, peu importe leur qualité ou la satisfaction qui en est retirée. Un parallèle avec les bénéfices de l'exposition *in vivo* pourrait ici être fait au sens où la répétition des expositions en contexte social permettrait possiblement une plus grande utilisation ou disponibilité (via un processus de support direct ou indirect) du SS. Ceci pourrait aussi faire écho aux bénéfices constatés dans de nombreux groupes d'entraide par et pour les pairs.

#### *Retombées fondamentales en lien les trois dernières hypothèses*

La mise en évidence que la présence simultanée des deux paramètres (quantité et qualité) du SS n'est pas nécessaire pour retirer le maximum de bénéfices sur les plans de la symptomatologie psychotraumatique (diminuer la détresse) et du niveau global de fonctionnement (augmenter le fonctionnement et indirectement le bien-être subjectif) est en soi fort intéressante. Elle soulève un questionnement théorique et clinique sur la valeur incrémentielle de la qualité du soutien social par rapport à sa simple quantité et vice versa en fonction de la cible thérapeutique visée. Ceci est porteur d'espoir au sens où il ne semble pas nécessaire de compter sur un SS de quantité et qualité adéquates pour espérer se rétablir. Évidemment, une combinaison des deux paramètres d'analyse (quantité et qualité du SS) est certes souhaitable mais non obligatoire.

Ces résultats semblent aussi ouvrir la voie à la mise en application d'une démarche séquentielle en lien avec l'utilisation du SS en contexte psychotraumatique. Il semble donc d'abord logique de favoriser une qualité de SS (y incluant le lien thérapeutique et ce, sans nécessairement se soucier de l'importance de la quantité de ce SS) en début de processus thérapeutique et ce, afin de venir consolider les efforts de réduction de la symptomatologie traumatique. Une fois cette étape importante franchie, il faudrait viser à augmenter la quantité de SS (et ce, sans trop se soucier de la qualité de ce dernier avec peut-être le bémol par rapport à l'exclusion des relations clairement nocives) pour favoriser le fonctionnement global et le rétablissement.

Évidemment, reste à déterminer ici les meilleures façons pour accéder au soutien social pour des personnes souvent négativement marquées par les interactions avec les autres.

L'étude du soutien social semble finalement permettre de compléter tant peu soit-il la réflexion sur la question parfois mitigée du traitement du TSPT en groupe (par opposition à un traitement individuel) où la composante interpersonnelle multiple pourrait vraisemblablement être bénéfique au niveau de la facilitation du rétablissement fonctionnel (le tout étant sous le contrôle d'un(e) clinicien(ne)). Dans la perspective d'une démarche séquentielle, il serait peut-être bien de viser une démarche individuelle dans un premier temps pour ensuite pouvoir offrir une opportunité de groupe.

## **Forces et limites de l'étude**

En termes de limites de l'étude, il importe de souligner la petite taille de l'échantillon considérée, ce qui réduit les possibilités en termes d'analyses et peut expliquer le manque de puissance statistique pour certaines analyses. À l'origine du projet, il avait été envisagé d'inclure un plus grand nombre de participants ; ce qui n'a pas pu être réalisé étant donné la fermeture des services en psychotraumatologie pour des raisons administratives et hors des personnes responsables de cette étude. Cela dit, l'échantillon est représentatif de la population générale qui vient consulter dans une clinique spécialisée pour les psychotraumatismes, ce qui augmente la validité écologique et constitue une force de l'étude puisque 100 patients sur 102 ayant consécutivement consultés ont été inclus.

Une autre limite de l'étude est l'absence d'un groupe contrôle (par exemple, un groupe de participants anglophones ayant un TSPT ou un groupe de patients aux prises avec un autre type de trouble psychologique) afin de pouvoir comparer les niveaux de soutien social.

Évidemment, plusieurs modifications et/ou ajouts à la présente étude auraient aussi pu être considérés comme l'étude indépendante de la nature des événements traumatiques (simple vs complexe, situationnel vs interpersonnel) ou les comparaisons selon le genre, les caractéristiques culturelles, etc.

De plus, le type de devis utilisé ne permet pas l'étude de liens longitudinaux car il privilégie la prise d'une seule mesure dans le temps. Ainsi, il aurait été intéressant de pouvoir

suivre l'évolution des variables à l'étude en fonction de l'exposition à un programme psychothérapeutique ou pharmaco-thérapeutique par exemple.

D'autres études devront suivre afin d'enrichir et augmenter les données auprès de la population clinique psychotraumatique hétérogène.

**Déclaration de liens d'intérêts** : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

**Remerciements** : La présente étude a pu être réalisée grâce à une bourse d'études doctorales accordée à la première auteure par l'Institut de recherche de l'Hôpital Montfort (IRHM).

### **Références**

Voir la dernière section de cet essai doctoral pour les références.

## **CHAPITRE V**

### **DISCUSSION GÉNÉRALE**

Dans l'ensemble, il importe tout d'abord de mentionner cet essai doctoral a pu allier la clinique et la recherche pour en arriver à mieux comprendre les individus souffrant de TSPT. Bien que l'objectif principal de cet essai ne visait pas à proposer ou tester une nouvelle intervention, les résultats de cet essai doctoral pourraient possiblement servir de piste de réflexion pour le développement d'interventions thérapeutiques en psychotraumatologie (par exemple, en ouvrant la porte à certaines adaptations des programmes thérapeutiques présentement offerts pour le mieux-être de tous).

#### **Le TSPT et le niveau de fonctionnement global**

Il importe tout d'abord de souligner que cet essai doctoral a permis d'allier l'étude scientifique des symptômes de stress post-traumatiques au sein d'un environnement clinique et que cela peut être avantageux pour tous (cliniciens et chercheurs) et surtout pour le bénéfice des personnes confrontées à des événements traumatiques qui souffrent quotidiennement.

Cet essai doctoral s'intéresse au TSPT et au niveau global de fonctionnement tels que formellement définis dans le DSM mais pourrait aussi être vraisemblablement appliqué à d'autres types de traumatismes psychiques qui sont exclus de la nosographie DSM (comme par exemple, le harcèlement psychologique et/ou sexuel) qui ont, tout de même, des impacts sur ceux qui les vivent.

## Attachement

Il relève du sens commun qu'un style d'attachement sécurisant permet d'avoir une meilleure emprise sur les événements traumatiques auxquels une personne est confrontée et de là, pouvoir bénéficier d'un meilleur fonctionnement global. En fait, il paraît aller de soi qu'une personne ayant un style d'attachement sécurisant dans ses attachements significatifs ait de meilleures chances de s'adapter aux embûches que la vie lui présente. Cela dit, que penser de la possibilité que certains individus aux prises avec un style d'attachement insécurisant aient pu développer une meilleure capacité d'autonomie et possiblement même de résilience en comparaison avec ceux présentant un style d'attachement sécurisant et qu'ils pourraient possiblement être plus aptes à faire face aux événements traumatiques ? Aussi, que penser de la possibilité que des individus au style d'attachement sécurisant puissent avoir un choc lorsqu'ils sont confrontés à des événements traumatiques qui viendraient déstabiliser leur monde interne (jusque-là possiblement stable) et ce, tout particulièrement si les événements traumatiques sont de nature interpersonnelle et inattendue ?

Cet essai doctoral a pu venir confirmer les connaissances actuelles en démontrant qu'un style d'attachement sécurisant semble être associé à moins de symptômes de stress post-traumatique et à un meilleur fonctionnement global en comparaison avec un style d'attachement insécurisant. En effet, plusieurs études ont fait la démonstration d'une association entre le TSPT et la présence d'un dysfonctionnement dans plusieurs sphères psychosociales (voir entre autres Bovin et al., 2018 ; Holowka & Marx, 2011 ; Sayer, Carlson & Schnurr, 2011).

Cela ne signifie toutefois pas qu'il relève de l'impossible d'aider les individus ayant un attachement insécurisant et un TSPT. Les résultats découlant de cette étude peuvent nous faire considérer que l'évaluation du style d'attachement des individus et la prise en compte de ce type de fonctionnement serait important et permettrait d'adapter les approches thérapeutiques de manière ciblée. Ainsi, une sorte d'arbre décisionnel pourrait séparer (a) les individus au style d'attachement sécurisant et pour qui le travail thérapeutique de type *trauma-processing* pourrait débiter assez rapidement après la phase d'accueil et d'évaluation initiale de (b) les individus aux prises avec un style d'attachement insécurisant et pour qui, un travail d'aménagement du lien relationnel pourrait constituer une étape préliminaire et pratiquement indispensable.

À ce propos, il pourrait être intéressant de considérer non seulement le style d'attachement des clients qui viennent consulter mais également celui des thérapeutes qui les aident ainsi que l'interaction ou l'agencement entre les deux. Selon certains auteurs, les comportements et/ou les stratégies de gestion du stress qui accompagnent les différents styles d'attachement (par exemple, les stratégies d'hyper-activation de type recherche de proximité physique et/ou émotionnelle ou les stratégies de désactivation de type évitement ou mise à distance) doivent être identifiées chez les deux protagonistes et utilisées à bon escient. Ainsi, le pairage entre des stratégies d'activation différentes mais complémentaires chez le client et son thérapeute pourraient avoir un impact positif sur la qualité de la relation thérapeutique, le cours de la thérapie (e.g., en termes d'abandon par exemple) et potentiellement sur l'issue positive du traitement psychothérapeutique (Tyrrell, Dozier, Teague & Fallot, 1999).

En fait, Tyrrell et ses collaborateurs (1999) ont démontré que des différences entre les styles d'attachement complémentaires pourraient potentiellement aider les clients à remettre en

question leurs croyances en lien avec les relations et même modifier leurs comportements dans leurs relations interpersonnelles (à l'intérieur et à l'extérieur de la thérapie), ce qui amènerait l'apprentissage de nouvelles façons de réguler la détresse et une meilleure gestion des relations. Un pairage client-thérapeute ayant des styles d'attachement stratégiquement sélectionnés pourrait donc possiblement avoir un impact sur l'issue de la thérapie et potentiellement même sur les relations sociales en générale des individus.

Il semble aussi que les professionnels de la santé au style d'attachement insécurisant pourraient renforcer les schémas d'attachement insécurisant de leurs clients, alors que les thérapeutes avec un style d'attachement sécurisant pourraient contrebalancer cet effet (Dozier, Cue & Barnett, 1994). Ceci semble pointer vers des pistes de réflexion sur l'alliance thérapeutique et les liens potentiels avec le pairage des styles d'attachement. Dans ce contexte, l'attachement perçu et vécu par le client à l'égard de son thérapeute est décrit comme un aspect important de l'alliance thérapeutique et de la confiance nécessaire à l'émergence d'une évolution thérapeutique positive par plusieurs auteurs (voir entre autres : Brisch, 1999 ; Diamond et al., 2003 ; Dunkel & Friedlander, 1996 ; Ligiero & Gelso, 2002 ; Meissner, 2007; Rubino, Barker, Roth & Fearon, 2000 ; Sauer, Lopez & Gormley, 2003).

Grotstein (1990) est même allé jusqu'à dire que le processus par lequel s'établit l'alliance thérapeutique est comparable à celui via lequel un enfant développe un attachement avec sa mère; ce qui laisserait croire que les enjeux en lien avec l'attachement des patients qui consultent doivent être considérés non seulement dans l'immédiateté de la consultation psychothérapeutique mais aussi dans son évolution. Ceci semble porteur d'espoir au sens où un nouvel aménagement

relationnel pourrait potentiellement se développer et évoluer au sein d'un processus thérapeutique efficace et bénéfique pour le client qui consulte.

Des liens pourraient ici être faits avec les concepts de réactions transférentielles et contre-transférentielles au sens où certaines dynamiques d'attachement, particulièrement celles en lien avec un style d'attachement insécurisant, pourraient devenir problématique dans le processus de traitement psychothérapeutique des psychotraumatismes. Cela pourrait être en lien avec la possibilité que certains modèles internes opérants (MIOs), qu'ils appartiennent au client et/ou au thérapeute, peuvent engendrer un jeu de transfert et de contre-transfert particulier dans la dyade thérapeutique.

Tout ceci semble confirmer l'importance de s'intéresser au style d'attachement des individus impliqués dans le traitement des psychotraumatismes et, bien entendu, la recherche dans le domaine doit se poursuivre afin de préciser les enjeux et de peaufiner les adaptations à apporter aux divers protocoles d'interventions basés sur les preuves actuellement disponibles.

## **Soutien social**

Les recherches récentes et passées ont pu faire la démonstration que le caractère adéquat ou non du soutien social est directement reliée à la sévérité des symptômes psychologiques (voir entre autres : Lambert, 2015). Ainsi, il apparaît que la présence de relations interpersonnelles solides et positives permet de venir diminuer l'impact de la détresse psychologique et pourrait même améliorer l'efficacité de la psychothérapie en tant que telle (Thoits, 1986 ; Zimet et al., 1988).

Dans le cas présentement à l'étude, il semblerait que la qualité du soutien social devrait être priorisée si l'objectif thérapeutique visé est en lien avec la diminution des symptômes de stress post-traumatique ; ce que l'on dénomme dans la clinique de tous les jours, le *trauma-processing* en référence à la terminologie anglaise souvent non traduite en français (le terme thérapie focalisée sur le trauma semble être un terme potentiellement adéquat). Si c'est plutôt l'amélioration du fonctionnement global qui est recherché, il semblerait que ce soit la quantité de soutien social qu'il faille prioriser.

Avant de discourir davantage sur les implications de ce résultat qui n'était pas attendu au point de départ, il semble important de souligner au passage que l'association entre les symptômes de stress post-traumatique et le soutien social est vraisemblablement réciproque au sens où le soutien social influence le bien-être psychologique mais aussi et d'un autre côté, la présence de psychopathologie sérieuse comme le TSPT peut venir altérer la capacité à rechercher et à trouver du soutien social. Le problème ici est que les liens de causalité sont difficiles à démêler et que des études complémentaires (via, par exemple, des analyses par équations structurales) seront nécessaires si l'on veut pouvoir y arriver. En fait, il est possible que le manque de soutien social et les conflits interpersonnels viennent renforcer une certaine sensibilité interpersonnelle, de la solitude ou bien même une symptomatologie dépressive (souvent présente avec le TSPT) mais il est aussi possible que le statut de santé mentale d'un individu vienne négativement marquer la qualité de ses relations sociales (Lambert, 2015) ; ne serait-ce que par le fameux stigma social qui entoure encore malheureusement la santé mentale et le processus de consultation en général. De plus, bien que le soutien social s'avère généralement positif pour les individus ayant un TSPT, ces derniers ont parfois une expérience négative en lien avec le soutien social. En effet, l'entourage et la communauté peuvent parfois nuire au lieu d'aider en

contribuant au maintien des symptômes du TSPT tel que rapporté par Charuvastra et Cloitre (2008).

Par ailleurs, il faudrait ici aussi considérer certaines autres variables qui n'ont pas été couvertes dans le cadre de cet essai doctoral comme les enjeux potentiels en lien avec la personnalité et les troubles de la personnalité, par exemple, qui peuvent avoir un impact significatif sur les risques d'exposition à des événements traumatique, les symptômes de stress post-traumatique en tant que tels et le soutien social perçu et/ou même offert.

Donc et en revenant plus directement sur la cinquième hypothèse de recherche de cet essai doctoral, celle qui semble la plus riche en éléments à considérer, il apparait que la combinaison qualité et quantité du soutien social n'est pas absolument nécessaire (bien que théoriquement préférable) pour venir en aide aux personnes aux prises avec des psychotraumatismes. Cela offre premièrement de l'espoir au sens où il peut paraître difficile de non seulement avoir des personnes dans son entourage significatif sur qui il est possible de compter mais en plus de devoir se soucier d'en avoir assez et que ces relations soient, en plus, de qualité.

Ceci pourrait permettre une utilisation stratégique de son réseau de soutien social et présente l'avantage non négligeable de pouvoir espérer diversifier et par conséquent ne pas épuiser les personnes qui le composent et qui sont sollicitées. Ainsi et en guise de première étape, il est envisageable qu'il serait stratégique de viser la qualité dans notre sélection des personnes qui composent le réseau de soutien social d'un individu aux prises avec un TSPT et ce, avec comme objectif de diminuer la souffrance symptomatique. Évidemment, la sélection d'un(e) professionnel(le) compétent(e) et disponible semble constituer le cœur de ce qui est ici à

prioriser. En ce qui a trait à l'entourage immédiat, un simple support exprimé en lien avec la démarche de consultation pourrait être suffisant à première vue. De toute façon, les membres de cet entourage significatif ne doivent pas se substituer au thérapeute. Ils doivent demeurer ce qu'ils sont : un(e) conjoint(e), un parent, un ami et ne pas se mettre de pression. Ces derniers devraient donc être informés de la démarche de consultation et se faire mentionner la nature du processus à venir et la possibilité, par exemple, que les choses ne s'aggravent au lieu de s'améliorer une fois que la boîte de pandore sera ouverte. Idéalement, la personne qui consulte devrait pouvoir compter sur la présence d'au moins une personne stable qui aurait comme principale fonction de supporter la personne dans sa démarche de consultation et ce, en étant disponible pour l'écouter si nécessaire sans devoir porter la charge émotionnelle inhérente. Il est intéressant de souligner ici au passage que certains participants de cette étude ont justement identifié leur thérapeute en santé mentale comme étant source de soutien social dans leur façon de compléter librement le SSQ-6.

Dans une démarche ultérieure, lorsqu'une diminution significative des symptômes de stress post-traumatique serait atteinte, une quantité plus grande de soutien social devrait être envisagée et ce, sans devoir se soucier outre mesure de la qualité de ce dernier. L'objectif serait alors de viser une réinsertion sociale et de pouvoir augmenter le niveau global de fonctionnement. La participation à des groupes de support semble ici intéressante dans cette optique mais il est assumé que ce rôle pourrait être également assumé par les membres d'autres types de groupes (e.g., groupe de loisirs, groupes de rencontres sociales à saveur culturelle et/ou religieuse, etc.). C'est aussi ici que la fameuse exposition *in vivo* pourrait prendre tout son sens.

Évidemment, différents éléments sont à considérer dans la sélection du soutien social envisagé et ce, particulièrement en considération des différents types de psychotraumatismes, notamment les traumatismes perpétrés par d'autres êtres humains et plus particulièrement impliquant une grande violence (e.g. agression sexuelle, trafic humain, etc.) comparativement aux traumatismes qualifiés de plus simples (e.g. accidents de voiture, catastrophe naturelle, etc.). Davantage de recherches seront nécessaires afin de déterminer la conduite thérapeutique à tenir dans le cas où le traumatisme serait causé par un autre être humain et où la sélection du soutien social pourrait être particulièrement important pour la victime en soi mais également pour la ou les personnes qui l'accompagnent (afin, par exemple, de ne pas être trop affectées par la nature, les caractéristiques et l'impact indirect pour eux des traumatismes vécus par la personne qu'ils tentent de supporter). Des recherches devront ici être effectuées afin de préciser si les symptômes de stress post-traumatique sont plus importants et le niveau global de fonctionnement moindre pour ce type de psychotraumatisme impliquant des êtres humains en comparaison avec d'autres types de traumas n'impliquant pas les êtres humains. Chose certaine, il y a lieu de porter assistance aux personnes qui souffrent et c'est pourquoi nous ouvrirons la discussion sur le type d'aide ou d'assistance qui est disponible et qui devrait être favorisé.

Au fil du temps, différentes techniques d'assistance dans la gestion des événements particuliers ont pu être identifiées (Lazarus & Folkman, 1984 ; Pearlin & Schooler, 1978 ; Thoits, 1986) à savoir, la gestion focalisée sur (a) le problème, (b) la perception et (c) les émotions. Ces diverses techniques semblent pouvoir s'appliquer très bien au contexte de la psychotraumatologie et sont brièvement présentées dans les lignes qui suivent.

Dans le cas de la gestion focalisée sur le problème, une personne significative et/ou un ami supportant en vient qu'à exercer une forme quelconque de contrôle situationnel en intervenant directement pour enlever et/ou altérer les circonstances de vie qui sont perçues comme menaçantes soit temporairement (une mauvaise fréquentation interpersonnelle par exemple, ou une dette financière), soit de façon plus permanente (par exemple, un problème d'addiction à l'alcool, aux drogues et/ou au jeu pathologique). Il est avancé ici que ce type de technique de gestion ne devrait pas être assumé à priori par les professionnelles de la santé (censés demeurer neutres dans leur intervention) mais plutôt par des proches de l'entourage de la personne qui consulte. Des exemptions peuvent évidemment être faites comme par exemples dans le cadre d'un traitement résidentiel où les sources de comportements addictifs sont contrôlées ou encore lors de moment de crise où la liberté décisionnelle peut être temporairement suspendue.

Dans le contexte de la gestion focalisée sur la perception, une personne significative aide la personne victime de trauma à pouvoir réinterpréter les situations vécues afin qu'elles deviennent moins stressantes et/ou moins traumatisantes et à mettre l'emphase sur les perceptions et/ou interprétations moins menaçantes et/ou plus adaptées. Ce type de technique est évidemment au cœur du travail thérapeutique en psychotraumatologie et devrait être réservée aux professionnels de la santé dûment formés. L'entourage significatif non-professionnel devrait s'en tenir ici à des choses simples comme le fait de raconter une histoire distrayante lors des moments émotionnels intenses mais ne devrait pas s'aventurer trop loin dans le travail psychique à effectuer.

Finalement, la gestion focalisée sur les émotions permet aux personnes significatives d'aider la personne victime de trauma à changer ses sensations psychologiques via diverses options telles que la recherche de clarification par rapport à une situation ambiguë, la pratique de la méditation, la mise en place d'un processus d'exposition et de désensibilisation, la mise en application de techniques de restructuration cognitive, etc. Dans ce cas-ci, les professionnels de la santé et les membres de l'entourage significatifs peuvent vraisemblablement travailler de concert.

Évidemment, la sélection des personnes significatives (que ce soit la-le thérapeute ou les membres de l'entourage significatifs) doit se faire de façon stratégique. À titre d'exemple, il peut être bien de considérer certaines similarités socio-culturelles et/ou situationnelles permettant de faciliter la compréhension et la résolution des enjeux en cours.

### **Implications cliniques**

En termes de principale implication clinique possible découlant des résultats de cet essai, il est proposé que les cliniciens pourraient avoir avantage à préciser le style d'attachement et le type de soutien social des individus aux prises avec un TSPT qui viennent les consulter (pour orienter par exemple, le traitement en fonction de ces paramètres, en prévoir la durée ou mettre en place une démarche par étapes [1- offrir une phase préliminaire pour permettre l'instauration d'une solide alliance thérapeutique si le style d'attachement est insécurisant, 2- exposition au trauma et 3- reconnexion avec la communauté et le réseau social], etc.).

## Les limites de l'étude

Bien sûr, tel que mentionné dans l'article, ce projet comporte plusieurs limites pouvant avoir un impact sur la généralisation des résultats obtenus. Tout d'abord, l'outil ayant servi à mesurer le niveau global de fonctionnement des participants à l'étude (EGF), comporte certaines limites. En effet, il semblerait que la formation et la performance de l'évaluateur sont essentielles à la fiabilité de l'EGF. Ainsi, une formation appropriée améliorerait à la fois la fiabilité et la validité de cet outil. Dans le cadre de cet essai doctoral, nous avons tenté de minimiser ce type de limite en sélection un psychologue dûment formé à l'EGF et ayant une longue expérience clinique en lien avec l'utilisation de cette échelle.

De plus, la validité des scores attribuées à l'EGF est souvent davantage corrélée avec la sévérité des symptômes qu'avec les niveaux fonctionnels, en particulier lorsque la gravité des symptômes et le degré de dysfonctionnement ne sont pas congruents. La combinaison de la sévérité des symptômes, y compris de la dangerosité pour soi-même ou pour autrui, et des difficultés fonctionnelles en un seul score d'évaluation globale semble, par ailleurs, diminuer la validité de construit de l'EGF. Finalement, nous savons maintenant que l'EGF a été retirée du DSM-5 pour être remplacée par le WHODAS 2.0, qui n'était pas réellement en cours d'utilisation au moment de préparer cette étude. Il importe de rappeler ici que l'EGF avait été choisi pour mesurer le niveau global de fonctionnement puisque nous étions en transition vers le DSM-5 au moment où l'étude a été réalisée (juin 2013).

Il importe aussi de souligner que, tel que mentionné dans l'article, la petite taille de l'échantillon considéré, ce qui réduit les possibilités en termes d'analyses et peut expliquer le

manque de puissance statistique pour certaines analyses. À l'origine du projet, il avait été envisagé d'inclure un plus grand nombre de participants, ce qui n'a pas pu être fait pour des raisons administratives. Afin de maximiser les chances d'avoir une puissance statistique adéquate, tous les participants de cette étude ont été inclus dans les analyses et ce, même s'ils ne n'atteignaient pas le seuil clinique au PCL-s par exemple. Cela dit, tous les participants avaient un diagnostic de TSPT confirmé. C'est aussi en fonction d'un souci de puissance statistique que des analyses secondaires n'ont pas été considérées comme par exemple, l'étude indépendante de ce qui peut être conceptualisé comme un TSPT simple versus un TSPT complexe.

De plus, l'échantillon à l'étude se caractérise par une composition hétérogène, c'est-à-dire par sa diversité de traumatismes (e.g., agression physique, accident d'automobile, etc.), alors que peu d'études se sont intéressées aux traumatismes variés. Comme tous les types de traumas ont donc été regroupés en un seul groupe plutôt qu'en plusieurs sous-groupes, cela peut amener un biais dans les résultats obtenus et ainsi minimiser leur généralisation.

Finalement, plusieurs modifications et/ou ajouts à la présente étude aurait aussi pu être considérés comme l'étude indépendante de la nature des événements traumatiques (simple vs complexe, situationnel vs interpersonnel) ou les comparaisons selon le genre, les caractéristiques culturelles, etc. Le fait de ne pas avoir contrôlé certaines variables telles la période développementale durant laquelle sont survenus le ou les traumatisme(s), la nature des traumatismes (par exemple, un traumatisme interpersonnel vs un autre type de traumatisme) ou encore le nombre de traumatismes (trauma unique vs traumas multiples) peuvent avoir influencé les résultats et ainsi rendre difficile leur généralisation.

## CHAPITRE VI

### CONCLUSION

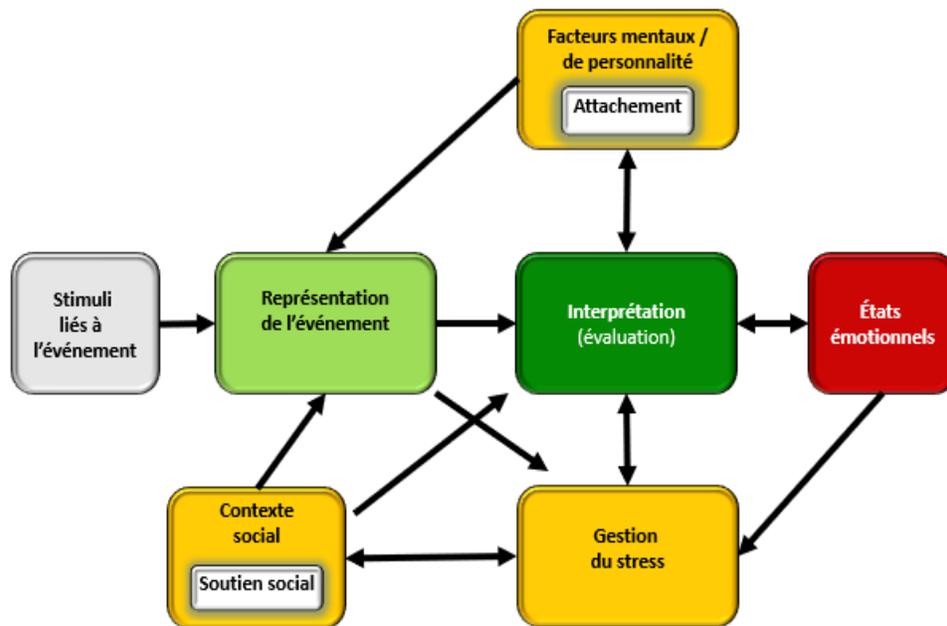
#### **Bilan du travail accompli**

Afin de procéder à l'expérimentation, cent (N = 100) participants ont été recrutés dans une procédure dite consécutive ou continue. Ces participants originaires de milieux socio-économiques variés mais possèdent tous une caractéristique commune c'est-à-dire, qu'ils sont des francophones de la région d'Ottawa. Les participants ont tous été évalués dans un programme de santé mentale et de psychiatrie au sein d'un hôpital communautaire à vocation universitaire. La population à l'étude se veut donc une population dite clinique qui présente la caractéristique d'être complexe à la base en termes de psychopathologie présentée et de milieu de consultation en tant que tel.

#### **Nouvelles pistes de recherche**

Il semble nécessaire de poursuivre la recherche dans le domaine des symptômes de stress post-traumatiques, du fonctionnement global, de l'attachement et du soutien social. Il s'agit en effet d'une sphère de recherche relativement nouvelle qui mérite d'être explorée davantage. Tout en s'inspirant des modèles explicatifs du TSPT existants déjà dans la littérature scientifique, cet essai doctoral propose un modèle bonifié du TSPT inspiré de celui de Williams, Joseph et Yule (1995), qui est ici humblement présenté.

Figure 7. Modèle explicatif du TSPT adapté de Joseph, Williams et Yule (1995)



Adapté de Joseph, Williams & Yule, 1995

Note. Figure 7. Modèle de Joseph, William et Yule (1995). Représentation graphique adaptée de *Comment aider les victimes de stress post-traumatique* (p. 59), par P. Brillon, 2017, Montréal, Québec : Les Éditions Québec-Livre. Copyright (2017) par Groupe Librex Inc.

Plus particulièrement, il est nécessaire de se pencher davantage sur le lien existant entre les conséquences des psychotraumatismes et le volet relationnel, que ce soit dans une perspective interne propre au déploiement du style d'attachement et/ou dans une perspective externe en lien avec la perception, la recherche, l'utilisation et le maintien du soutien social. Avec une meilleure compréhension des liens entre ces variables lors d'études futures, il sera possible de peaufiner et possiblement de créer de nouveaux programmes thérapeutiques individuels et de groupe.

Il importe également de souligner l'impact possible des facteurs ethnoculturels sur la représentation et l'évaluation de l'évènement traumatique ainsi que sur les états émotionnels associés. En effet, les résultats de l'étude peuvent possiblement avoir été influencés par une

hétérogénéité ethnoculturelle à l'intérieur de l'échantillon, puisque les participants de l'étude appartenaient à différents groupes ethniques (origines autochtone, caucasienne, arabe, hispanique et africaine). Il a d'ailleurs été démontré que les différences ethniques/culturelles peuvent avoir un impact sur l'expression des symptômes du TSPT (voir entre autres Bracken, Giller & Summerfield, 1995 ; Friedman & Jaranson, 1994 ; Marsella, Friedman, Gerrity & Scurfield, 1996; Terheggen, Stroebe & Kleber, 2001). Ces particularités culturelles et ethniques pourraient être investiguées davantage pour ensuite être prises en considération dans l'élaboration d'un traitement psychologique adapté aux besoins spécifiques des individus qui consultent pour un TSPT.

Par ailleurs, il pourrait être bien de considérer un élargissement des variables jusqu'alors considérées pour, par exemples, inclure d'autres variables à caractère interpersonnel au niveau pré et post-traumatique mais aussi de s'intéresser à certaines variables péri-traumatiques et de nature sociale comme la présence d'autres individus durant la survenu de l'événement traumatique qu'ils soient directement impliqués (par exemple, un témoin de la scène) ou indirectement touchés par ce qui se produit (par exemple, un(e) conjoint(e) qui réagira forcément en positif et/ou en négatif face à une situation d'agression de son ou sa partenaire de vie). À ce propos, il semble aussi adéquat de considérer davantage l'importance du soutien social en psychothérapie en y incluant, par exemple, les personnes significatives de l'entourage social.

Finalement et dans une perspective longitudinale, les rôles respectifs (mais aussi combinés) de l'attachement et du soutien social pourraient être explorés davantage lors de recherches futures afin de pouvoir déterminer si ces facteurs ont un impact sur la disparition ou à l'inverse la rechute des symptômes du TSPT (et par le fait même sur le niveau global de

fonctionnement) ainsi que sur le maintien des acquis thérapeutiques. Dans le même ordre d'idée, il serait bien de s'intéresser à l'implication de l'entourage significatif et à la mobilisation du soutien social avant, pendant et après le suivi thérapeutique afin de déterminer les éléments significatifs à considérer et/ou à chercher à favoriser dans une perspective de rétablissement post-traumatique.

## RÉFÉRENCES

- Aas, I. H. (2011). Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). *Annals of General Psychiatry, 10*, 1-11. doi: 10.1186/1744-859X-10-2
- Afroz, Q., & Taghizadeh, H. (2014). Comparison of perceived social support and mental health of mothers of children with and without hearing-impairment. *Journal of Exceptional Education, 2*(124), 7-17.
- Ainsworth, M.D.S, Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alexander, P. C., Anderson, C. L., Brand, B., Schaeffer, C. M., Grelling, B. Z., & Kretz, L. (1998). Adult attachment and long-term effects in survivors of incest. *Child Abuse & Neglect, 22*(1), 45-61. doi: 10.1016/S0145-2134(97)00120-8
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3e éd.). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4e éd. texte révisé). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5e éd.). Washington, DC: Auteur.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress, 16*(4), 421-7. doi: 10.1023/A:1024478305142
- Andrews, E., & Hicks, R. E. (2017). Dealing with anxiety: Relationships among interpersonal attachment style, psychological wellbeing and trait anxiety. *International Journal of Psychological Studies, 9*(4), 53-64. doi: <https://doi.org/10.5539/ijps.v9n4p53>

- Arikan, G., Stopa, L., Carnelley, K. B., & Karl, A. (2015). The associations between adult attachment, posttraumatic symptoms, and posttraumatic growth. *Anxiety Stress Coping*, 29(1), 1-20. doi: 10.1080/10615806.2015.1009833
- Armour, C., Elklit, A., & Shevlin, M. (2011). Attachment typologies and posttraumatic stress disorder (PTSD), depression and anxiety: a latent profile analysis approach. *European Journal of Psychotraumatology*. Advance online publication. doi: <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.6018>
- Ataullah, M.S.M., & Jehangir, S. (2012). Global assessment of functioning of patients with schizophrenia a cross-sectional study. *Pakistan armed forces medical journal*, 62(1), 111-115.
- Athanasiadou-Lewis, C. (2017). A critical evaluation of the conceptual model and empirical evidence for current cognitive behavioral approaches to post-traumatic stress disorder from a counseling psychology perspective. *Edorium Journal of Psychology*, 3, 1-9. doi: 10.5348/P13-2017-10-RA-1
- Barrera, M. (1988). Models of social support and life stress: beyond the buffering hypothesis. Dans Cohen, L. H. (Ed.), *Life Events and Psychological Functioning* (pp. 211-236). Beverly Hills, CA: Sage.
- 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, 226-244. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bartholomew, K., Kwong, M. J., & Hart, S.D. (2001). Attachment. Dans J. Livesey (Ed.), *The Handbook of Personality Disorders* (pp. 196-230). New York: Guilford.
- Beauregard, L., & Dumont, Serge. (1996). La mesure du soutien social. *Service social*, 45(3), 55-76. doi : <https://doi.org/10.7202/706737>

- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, *109*(2), 186-204.
- Blanchard, E.B., Jones-Alexander, J., Buckley, T.C., & Forneris, C.A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, *34*(8), 669-673. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00033-2](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(96)00033-2)
- Bogaerts, S. S., Kunst, M. J. J. M. J., & Winkel, F. W. F. W. (2009). Dismissive attachment and posttraumatic stress disorder among securely and insecurely attached Belgian security workers. *Psychological Reports*, *105*(3), 889-899. doi: 10.2466/PR0.105.3.889-899
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (2002). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie*. Paris: Masson.
- Bovin, M. J., Black, S. K., Rodriguez, P., Lunney, C. A., Kleiman, S. E., Weathers, F. W., . . . Marx, B. P. (2018). Development and validation of a measure of PTSD-related psychosocial functional impairment: *The Inventory of Psychosocial Functioning*. *Psychological Services*, *15*(2), 216-229. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/ser0000220>
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *The International Journal of Psychoanalysis*, *39*, 350-373.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Volume 1*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.

- Boyd, J. E., Protopopescu, A., O'Connor, C., Neufeld, R. W. J., Jetly, R., Hood, H. K., McKinnon, M. C. (2018). Dissociative symptoms mediate the relation between PTSD symptoms and functional impairment in a sample of military members, veterans, and first responders with PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1463794. doi: 10.1080/20008198.2018.1463794
- Bracken, P.J., Giller, J.E., & Summerfield, D. (1995). Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Social science & medicine*, 40(8), 1073-1082.
- Brennan, K. A., & Bosson, J. K. (1998). Attachment-style differences in attitudes toward and reactions to feedback from romantic partners: An exploration of the relational bases of self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24(7), 699-714. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0146167298247003>
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. Dans J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York, NY, US: Guilford Press.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 626-632. doi: 10.1001/archpsyc.55.7.626
- Brewin, C., Andrews, B., & Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors for Posttraumatic Stress Disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766. doi: 10.1037//0022-006X.68.5.748
- Brillon, P. (2013). Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique. Montréal: Les Éditions Québec-Livres.

- Brillon, P. (2017). Comment aider les victimes de stress post-traumatique. Guide à l'intention des thérapeutes. Montréal : Les Éditions Québec-Livres.
- Brillon, P., Marchand, A., & Stephenson, R. (1996). Modèles comportementaux et cognitifs du trouble de stress post-traumatique. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 129-144. doi : <https://doi.org/10.7202/032383ar>
- Brisch, K.H. (1999). *Treating Attachment Disorders – From Theory to Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Buchanan, J. (1995). Social support and schizophrenia: A review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 68-76. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0883-9417\(95\)80003-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0883-9417(95)80003-4)
- Brummett, B. H., Babyak, M. A., Siegler, I. C., Vitaliano, P. P., Ballard, E. L., Gwyther, L. P., & Williams, R. B. (2006). Associations among perceptions of social support, negative affect, and quality of sleep in caregivers and non-caregivers. *Health Psychology*, 25(2), 220-225. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.25.2.220>
- Bryant, R. A. (2016). Social attachments and traumatic stress. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 29065. doi: <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v7.29065>
- Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2007). Psychological theories of PTSD. Dans M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 55-77). New York, NY, US: Guilford Press.
- Caplan, R.D. (1979). Social support, person-environment fit, and coping. Dans L.F. Furman & J. Gordis (Eds.), *Mental Health and the economy* (pp. 89-131). Kalamazoo: Upjohn Institute for Employment Research.
- Carlson, E. A., & Sroufe, L. A. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. Dans D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Wiley series on personality*

*processes. Developmental psychopathology, Vol. 1. Theory and methods* (pp. 581-617).  
Oxford, England: John Wiley & Sons.

Carmichael, C. L., Reis, H. T., & Duberstein, P. R. (2015). In your 20s it's quantity, in your 30s it's quality: the prognostic value of social activity across 30 years of adulthood.

*Psychology and Aging, 30*(1), 95-105. doi: 10.1037/pag0000014

Caron, J., & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec, 30*(2), 15-41. doi: 10.7202/012137

Cassel, J.C. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology, 104*, 107-123.

Charuvastra, A. & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual review of psychology, 59*, 301-328.

Clapp, J. D., & Beck, G. (2008). Understanding the Relationship Between PTSD and Social Support: The Role of Negative Network Orientation. *Behavior Research and Therapy, 47*(3), 237-244. doi: 10.1016/j.brat.2008.12.006

Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300-314.

Coble, H. M., Gantt, D. L., & Mallinckrodt, B. (1996). Attachment, social competency, and the capacity to use social support. Dans G. R. Pierce, B. R. Sarason, & I. G. Sarason (Eds.), *Handbook of Social Support and the Family*, (pp. 141-172). New York: Plenum.

Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Routledge Academic.

- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Cohen, E., Zerach, G., & Solomon, Z. (2011). The implication of combat-induced stress reaction, PTSD, and attachment in parenting among war veterans. *Journal of Family Psychology*, 25(5), 688-698. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0024065>
- Cokrin R. (1997). *Social basics of mental diseases*. Tehran: Roshd publication.
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2004). Working models of attachment shape perceptions of social support: Evidence from experimental and observational studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87,363–383. doi: 10.1037/0022-3514.87.3.363
- Cottraux J. (1996). *French version of the PTSD Checklist Scale*. Dans, J. Cottraux (éd). Les thérapies comportementales et cognitives. Paris: Masson. 1998.
- Cropanzano, R., & Dasborough, M. T. (2015). Dynamic models of well-being: implications of affective events theory for expanding current views on personality and climate. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 24(6), 844-847.
- Dalgleish, T. (1999). Cognitive theories of post-traumatic stress disorder. In W. Yule (Ed.), *Wiley series in clinical psychology. Post-traumatic stress disorders: Concepts and therapy* (pp. 193-220). New York, NY, US: John Wiley & Sons Ltd.
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive Approaches to Posttraumatic Stress Disorder: The Evolution of Multirepresentational Theorizing. *Psychological Bulletin*, 130(2), 228-260. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.130.2.228>
- Davis, T., Morris, M., & Drake, M. M. (2016). The moderation effect of mindfulness on the relationship between adult attachment and wellbeing. *Personality and Individual Differences*, 96, 115-121. doi: 10.1016/j.paid.2016.02.080

- Declercq, F., & Willemsen, J. (2006). Distress and posttraumatic stress disorders in high risk professionals: Adult attachment style and the dimensions of anxiety and avoidance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *13*, 256-263. doi: <https://doi.org/10.1002/cpp.492>
- Dekel, R., Solomon, Z., Elklit, A., & Ginzburg, K. (2004). World assumptions and combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Social Psychology*, *144*(4), 407-20. doi: 10.3200/SOCP.144.4.407-420
- Dekel, R., Solomon, Z., Ginzburg, K., & Neria, Y. (2004). Long-term adjustment among Israeli war veterans: the role of attachment style. *Anxiety Stress & Coping*, *17*(2), 141-152. doi: 10.1080/10615800410001721184
- DeLong, H. (2012). Social Support in PTSD: An Analysis of Gender, Race, and Trauma Type. *Discussions*, *8*(2). Récupéré de <http://www.inquiriesjournal.com/a?id=802>
- Diamond, D., Clarkin, J.F., Chase Stovall-McClough, K., Levy, K.N., Foelshch, P.A., Levine, H., & Yeomans, F.E. (2003). Patient-therapist attachment: Impact on therapeutic process and outcome. Dans M. Cortina & M. Marrone (Eds.), *Attachment and the Psychoanalytic Process* (pp. 127-178). London: Whurr Publishers.
- Dieperink, M., Leskela, J., Thuras, P., & Engdahl, B. (2001). Attachment style classification and posttraumatic stress disorder in former prisoners of war. *American Journal of Orthopsychiatry*, *71*(3), 374-378. doi: 10.1037/0002-9432.71.3.374
- Difede, J., Cukor, J., Jayasinghe, N., Patt, I., Jedel, S., Spielman, L., ..., & Hoffman, H. G. (2007). Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder following September 11, 2001. *Journal of Clinical Psychiatry*, *68*(11), 1639-47.
- Ditzen, B., Schmidt, S., Strauss, B., Nater, U. M., Ehlert, U., & Heinrichs, M. (2008). Adult attachment and social support interact to reduce psychological but not cortisol responses

- to stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(5), 479-486. doi:  
10.1016/j.jpsychores.2007.11.011
- Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., & Sanders, L. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222-235. doi:10.5502/ijw.v2i3.4
- Dozier, M., Cue, K., & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 793-800.
- Dufort, F. & Guay, J. (2001). *Agir au cœur des communautés : La psychologie communautaire et le changement social*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Dunkle, J.H., & Friedlander, M.L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 456-460. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.43.4.456>
- Durkheim, É. (1897). *Le suicide : Étude de sociologie*. Paris: Les Presses universitaires de France.
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38(4), 319-345.
- Ein-Dor, T., Doron, G., Solomon, Z., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2010). Together in pain: Attachment-related dyadic processes and posttraumatic stress disorder. *Journal of Counseling Psychology*, 57(3), 317-327. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0019500>
- Elklit, A. (2009). Traumatic stress and psychological adjustment in treatment-seeking women sexually abused in childhood: A follow-up. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50(3), 251-257. doi: 10.1111/j.1467-9450.2008.00706.x
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The global assessment scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of general psychiatry*, 33(6), 766-771.

- Epstein, R. S. (1989). Posttraumatic stress disorder: A review of diagnostic and treatment issues. *Psychiatric Annals, 19*, 556-563.
- Escolas, S. M., Arata-Maiers, R., Hildebrandt, E. J., Maiers, A. J., Mason, S. T., & Baker, M. T. (2012). The impact of attachment style on posttraumatic stress disorder symptoms in post deployed military members. *The Army Medical Department Journal, 54*-61.
- Eysenck, H. J. (1976). The learning theory model of neurosis: A new approach. *Behaviour Research and Therapy, 14*, 251-67.
- Eysenck, H. J. (1979). The conditioning model of neurosis. *Behavior and Brain Science, 2*, 155-199.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A. M., Riggs, D. S., & Feeny, N. C. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 953-964. doi: 10.1037/0022-006X.73.5.953
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). *Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. Psychological Bulletin, 99*(1), 20-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Foa, E.B., Steketee, G., & Rothbaum, B.O. (1989). Behavioral-cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 20*, 155-176. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80067-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80067-X)
- Foa, E. B., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2006). An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 29-43. doi: 10.1002/jts.20096
- Fraley, R.C., & Bonanno, G.A. (2004). Attachment and loss: a test of three competing models on the association between attachment-related avoidance and adaptation to bereavement.

*Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(7), 878-890. doi:

10.1177/0146167204264289

Fraley, R. C., Fazzari, D. A., Bonanno, G. A., & Dekel, S. (2006). Attachment and psychological adaptation in high exposure survivors of the September 11th attack on the World Trade Center. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 32(4)538-551. doi:

10.1177/0146167205282741

Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment and the suppression of unwanted thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1080-1091. doi:

<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.73.5.1080>

Frey, L. M., Blackburn, K. M., Werner-Wilson, R. J., Parker, T., & Wood, N. D. (2011).

Posttraumatic stress disorder, attachment, and intimate partner violence in a military sample: A preliminary analysis. *Journal of Feminist Family Therapy*, 23(3-4), 218-230.

doi: 10.1080/08952833.2011.604530

Friedman, M., & Jaranson, J. (1994). The applicability of the posttraumatic stress disorder concept to refugees. Dans A.J. Marsella, T. Bornemann, S. Ekblad, & J. Orley (Eds), *Amidst peril and pain: The mental health and well-being of the world's refugees* (pp. 207-227). Washington, D.C.: American Psychological Association.

George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *The Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, University of California: Berkeley.

Girme, Y. U., Overall, N. C., Simpson, J. A., Fletcher, & G. O. (2015). "All or Nothing": Attachment Avoidance and the Curvilinear Effects of Partner Support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108, 450-475. doi: 10.1037/a0038866

- Goldman, H.H., Skodol, A.E., & Lave, T.R. (1992). *Revising Axis V for DSM-IV: A Review of Measures of Social Functioning*. *American Journal of Psychiatry*, *149*(9), 1148-1156. doi: 10.1176/ajp.149.9.1148
- Granqvist, P., Mikulincer, M., Gewirtz, V., & Shaver, P. R. (2012). Experimental findings on God as an attachment figure: Normative processes and moderating effects of internal working models. *Journal of Personality and Social Psychology*, *103*(5), 804-818. <http://dx.doi.org/10.1037/a0029344>
- Griffin, D. & Bartholomew, K., (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*(3), 430-445. Advance online publication. doi: 10.1037/0022-3514.67.3.430
- Grills-Taquechel, A. E., Littleton, H. L., & Axsom, D. (2011). Social Support, World Assumptions, and Exposure as Predictors of Anxiety and Quality of Life following a Mass Trauma. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*(4), 498-506. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.12.003
- Grotstein, J. S. (1990). The contribution of attachment theory and self-regulation theory to the therapeutic alliance. *Modern Psychoanalysis*, *15*(2), 169-184.
- Harandi, T. F., Taghinasab, M. M., & Nayeri, T. D. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic Physician*, *25*(9), 5212-5222. doi: 10.19082/5212
- Harlow, H. F. & Zimmermann, R. R. (1958). The development of affective responsiveness in infant monkeys. *Proceedings of the American Philosophical Society*, *102*, 501 -509.
- Hassija, C. M., & Gray, M. J. (2007). Behavioral interventions for trauma and posttraumatic stress disorder. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *3*(2), 166-175. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0100797>

- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. doi:  
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Helgeson, V.S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12(1), 25-31.
- Hilsenroth, M.J., Ackerman, S. J., Blagys, M.D., Baumann, B.D., Baity, M.R., Smith, S.R.,  
Holdwick, D.J. (2000). Reliability and Validity of DSM-IV Axis 5. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1858-1863. doi: 10.1176/appi.ajp.157.11.1858
- Holeva, V., TARRIER, N., & Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy*, 32(1), 65-83. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80044-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80044-7)
- Holowka, D.W., & Marx, B. P. (2011). Assessing PTSD-related functional impairment and quality of life. Dans: Beck, G. J., & Sloan, D. M. (Eds), *Oxford handbook of traumatic stress disorders*. New York (NY): Oxford University Press.
- Horowitz, M. J. (1974). Stress Response Syndromes: Character Style and Dynamic Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 31(6), 768-781.  
doi:10.1001/archpsyc.1974.01760180012002
- Horowitz, M. J. (1979). Psychological response to serious life events. Dans V. Hamilton & D. M. Warburton (Eds.), *Human stress and cognition: An information processing approach* (pp. 235-263). Chichester, England: Wiley.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndrome* (2<sup>nd</sup> ed.). Northale, New Jersey: Jason Aronson.
- House, J.S., Umberson, D., & Landis, K.R. (1988). Structures and Processes of Social Support. *Annual Review of Sociology*, 14, 293-318. doi: <http://www.jstor.org/stable/2083320>

- Jones, S.H., Thornicroft, G., Coffey, M., & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *The British Journal of Psychiatry*, *166*(5) 654-659. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.166.5.654>
- Joseph, S.A., Williams, R., & Yule, W. (1995). Psychological perspective on post-traumatic stress. *Clinical Psychology Review*, *15*(6), 515-544.
- Kafetsios, K., & Sideridis, G. (2006). Attachment, social support and well-being in young and older adults. *Journal of Health Psychology*, *11*, 863-876. doi: 10.1177/1359105306069084
- Kamran F., & Ershadi, K. H. (2000). Discovering social capital and mental health relationship. *Pojohesh Ejtemaee*, *2*(3), 29-54.
- Keane, T. M., Scott, W. O., Chavoya, G. A., Lamparski, D. M., & Fairbank, J. A. (1985). Social support in Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder: a comparative analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *53*(1), 95-102.
- Keane, T. M., Zimering, R. T., & Caddell, J. M. (1985). A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *The Behavior Therapist*, *8*(1), 9-12.
- Kessler, R. C., Price, R. H., & Wortman, C. B. (1985). Social and cultural influences on psychopathology. *Annual Review of Psychology*, *36*, 531-572.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*(12), 1048-1060.
- King, D. W., Taft, C., King, L. A., Hammond, C., & Stone, E. R. (2006). Directionality of the Association between Social Support and Posttraumatic Stress Disorder: A Longitudinal Investigation. *Journal of Applied Social Psychology*, *36*, 2980-2992. doi: <https://doi.org/10.1111/j.0021-9029.2006.00138.x>

- Kizuki, M., & Fujiwara, T. (2018). Adult Attachment Patterns Modify the Association Between Social Support and Psychological Distress. *Frontiers in Public Health*, 6, 249. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00249>
- Komorowska-Pudlo, M. (2016). The attachment style and stress coping strategies in adult men and women. *Polskie Forum Psychologiczne*, 21(4), 573-588. doi: 10.14656/PFP20160405
- Kozel, A. F., Didehbani, N., DeLaRosa, B., Bass, C., Schraufnagel, C. D., Morgan, C. R., Hart, J. (2016). Factors Impacting Functional Status in Veterans of Recent Conflicts With PTSD. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 28, 112-117. doi: 10.1176/appi.neuropsych.15070183
- Krause, E., Kaltman, S., Goodman, L., & Dutton, M. A. (2007). Longitudinal factor structure of posttraumatic stress symptoms related to intimate partner violence. *Psychological Assessment*, 19(2), 165–175. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.19.2.165>
- Laffaye, C., Cavella, S., Drescher, K., & Rosen, C. (2008). Relationships among PTSD symptoms, social support, and support source in veterans with chronic PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 21(4), 394-401. doi: 10.1002/jts.20348.
- Lakey, B. (2013). Social support processes in relationships. In J. A. Simpson & L. Campbell (Eds.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of close relationships* (pp. 711-728). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Lambert, C. (2015). Progress Feedback and the OQ-System: The Past and the Future. *Psychotherapy*, 52(4), 381-390. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000027>
- Lane, J. A., & Fink, R. S. (2015). Attachment, Social Support Satisfaction, and Well-Being During Life Transition in Emerging Adulthood. *The Counseling Psychologist*, 43, 1034-1058. doi: <https://doi.org/10.1177/0011000015592184>
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Ligiero, D.P., & Gelso, C.J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Theory, Research, Practice, Training*, 39 (1), 3-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.39.1.3>
- Lissek, S., Powers, A. S., McClure, E. B., Phelps, E. A., Woldehawariat, G., Grillon, C., & Pine, D. S. (2005). Classical fear conditioning in the anxiety disorders: A meta-analysis. *Behavior Research and Therapy*, 43(11), 1391-1424. doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.10.007>
- Lopez, G. (2014). *Prendre en charge les victimes d'agression et d'accidents – Accueillir, orienter, traiter*. Paris, France : Dunod.
- Lorenz, K. (1935). Der Kumpan in der Umwelt des Vogels. Der Artgenosse als auslösendes Moment sozialer Verhaltensweisen. *Journal für Ornithologie* 83, 137–215.
- Lussier, Y., Sabourin, S., & Turgeon, C. (1997). Coping Strategies as Moderators of the Relationship between Attachment and Marital Adjustment. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(6), 777-791. doi: <https://doi.org/10.1177/0265407597146004>
- Maguen, S., Stalnaker, M., McCaslin, S., & Litz, B. T. (2009). PTSD sub clusters and functional impairment in Kosovo peacekeepers. *Military Medicine*, 174(8), 779-85.
- Maguire, L. (1991). *Social support systems in practice: a generalist approach*. National Association of Social Workers.
- Mahmoud, S. A., Berma, A. E., & Gabal, S. A. A. S. (2017). Relationship Between Social Support and the Quality of Life among Psychiatric Patients. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders*, 1(2), 57-75.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightening and/or frightening parental behavior the linking mechanism? Dans M., Greenberg, Cicchetti, D., & Cummings, E.

- (Eds.): *Attachment in the preschool years*, Chicago University Press, Chicago, pp. 161-182.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 66-104. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/3333827>
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. Dans T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Westport, CT, US: Ablex Publishing.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for classifying infants as disorganized/ disoriented during the Ainsworth Strange Situation? Dans M., Greenberg, Cicchetti, D., & Cummings, E. (Eds.): *Attachment in the preschool years*, Chicago University Press, Chicago (pp. 121-160). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Marsella, A., Friedman, M., Gerrity, E., & Scurfield, R. (1996). *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research, and clinical implications*. Washington, D.C. : American Psychological Association.
- Martin, M., Germain, V., & Marchand, A. (2006). Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique. Dans S. Guay & A. Marchand (Eds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques : Perspectives scientifiques et cliniques*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Maunder, R. G., Lancee, W. J., Nolan, R. P., Hunter, J. J., & Tannenbaum, D. W. (2006). The relationship of attachment insecurity to subjective stress and autonomic function during standardized acute stress in healthy adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(3), 283-90. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.08.013

- McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., ... Descamps, M. (2005). Randomized Trial of Cognitive–Behavioral Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 515-524. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.515
- Meissner, W.W. (2007). Therapeutic alliance: Themes and variations. *Psychoanalytic Psychology, 24*(2), 231-254. doi : <http://dx.doi.org/10.1037/0736-9735.24.2.231>
- Meyer, B., Pilkonis, P.A., Proletti, J.M., & Egan, M. (2001). Attachment Styles and Personality Disorders as Predictors of Symptom Course. *Journal of Personality Disorders, 15*(5), 371-389. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.15.5.371.19200>
- Mickelson, K. D., Kessler, R. C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*(5), 1092-1106. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.73.5.1092>
- Mikulincer, M., Birnbaum, G., Woddis, D., & Nachmias, O. (2000). Stress and accessibility of proximity-related thoughts: exploring the normative and intraindividual components of attachment theory. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*(3), 509-23.
- Mikulincer, M., Ein-Dor, T., Solomon, Z., & Shaver, P. R. (2011). Trajectories of attachment insecurities over a 17-year period: A latent growth curve analysis of the impact of war captivity and posttraumatic stress disorder. *Journal of Social and Clinical Psychology, 30*(9), 960-984. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2011.30.9.960>
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. Dans J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 143-165). New York, NY, US: Guilford Press.

- Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(5), 817-826. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.64.5.817>
- Mikulincer, M., Gillath, O., & Shaver, P. R. (2002). Activation of the attachment system in adulthood: Threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(4), 881-895. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.83.4.881>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2008). An attachment perspective on bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 87-112). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). Attachment theory expanded: A behavioral systems approach. Dans K. Deaux & M. Snyder (Eds.), Oxford Library of Psychology. *The Oxford handbook of personality and social psychology* (pp. 467-492). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Milad, M. R., Pitman, R. K., Ellis, C.B., Gold, A. L., Shin, L. M., Lasko, N. B., ... Rauch, S. L. (2009). Neurobiological basis of failure to recall extinction memory in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 66, 1075-1082. doi: [10.1016/j.biopsych.2009.06.026](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.06.026)

Miyahira, S. D., Folen, R. A., Hoffman, H. G., Garcia-Palacios, A., & Schaper, K. M. (2010).

Effectiveness of brief VR treatment for PTSD in warfighters: a case study. *Studies in Health Technology and Informatics*, 154, 214-9.

Morgan, H. J., & Shaver, P. R. (1999). Attachment processes and commitment to romantic

relationships. In J. M. Adams & W. H. Jones (Eds.), *Perspectives on individual differences. Handbook of interpersonal commitment and relationship stability* (pp. 109-124). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers

Morowatisharifabad M. A., & Tonekaboni, R. N. (2008). Social support and self-care behaviors

in diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 9(4), 275-284.

Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.

Neustadt, E. A., Chamorro-Premuzic, T., & Furnham, A. (2011). Attachment at work and

performance. *Attachment and Human Development*, 13(5), 471-88. doi:

10.1080/14616734.2011.602254.

Nishith, P., Duntley, S., Domitrovich, P. P., Uhles, M. L., Cook, B. J., & Stein, P. K. (2003).

Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Heart Rate Variability During REM Sleep in

Female Rape Victims with PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 16(3), 247-25. doi:

10.1023/A:1023791906879

Noller, P., & Feeney, J. A. (1994). Relationship satisfaction, attachment, and nonverbal accuracy

in early marriage. *Journal of Nonverbal Behavior*, 18(3), 199-221. doi:

<http://dx.doi.org/10.1007/BF02170026>

Noller, P., & Feeney, J. A. (2002). Communication, relationship concerns, and satisfaction in

early marriage. Dans A. L. Vangelisti, H. T. Reis, & M. A. Fitzpatrick (Eds.), *Advances in*

*personal relationships. Stability and change in relationships* (pp. 129-155). New York, NY, US: Cambridge University Press.

Nutt, D.J. & Malizia, A.L. (2004). Structural and functional brain changes in posttraumatic stress disorder. *The Clinical Journal of Psychiatry*, 65(1), 11-17.

O'Connell, M. J., Kaspro, W., & Rosenheck, R. A. (2008). Rates and risk factors for homelessness after successful housing in a sample of formerly homeless veterans. *Psychiatric Services*, 59, 268-275.

O'Connor, M. & Elklit, A. (2008) Attachment styles, traumatic events and PTSD: A cross-sectional investigation of adult attachment and trauma. *Attachment and Human Development*, 10, 59-71. doi:10.1080/14616730701868597

Ogle, C. M., Rubin, D. C., & Siegler, I. C. (2015). The relation between insecure attachment and posttraumatic stress: Early life versus adulthood traumas. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 7(4), 324-32. doi: 10.1037/tra0000015

Oppenheim, H. (1989). *Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen*. Berlin: Hirschwald.

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.

Pahlevanzadeh, F., & Jarelahi, O. (2011). Investigating the effect of social factors on mental health of rural elders. *Journal of Rural development*, 3(1), 65-84.

Pasmeny G. (2009). *Social support and quality of life in adults with severe and persistent mental illness* (Unpublished Master Thesis) School of Graduate Studies, University of Lethbridge: Canada.

Paunovic, N., & Ost, L-G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behavior Research and Therapy*, 39(10), 1183-97.

doi: 10.1016/S0005-7967(00)00093-0

- Pearlin, L.I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior, 19*, 2-21. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/2136319>
- Peterson, K. C., Prout, M. F., & Schwarz, R. A. (1991). *Plenum series on stress and coping. Post-traumatic stress disorder: A clinician's guide*. New York, NY, US: Plenum Press.
- Pielage, S., Gerlsma, C., & Schaap, C. (2000). Insecure Attachment as a Risk Factor for Psychopathology: The Role of Stressful Events. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 7*(4), 296-302. doi: 10.1002/1099-0879(200010)7:4<296::AID-CPP262>3.0.CO;2-8
- Pistole, M. C. (1993). Attachment relationships: Self-disclosure and trust. *Journal of Mental Health Counseling, 15*(1), 94-106.
- Ponniah, K., & Hollon, S. D. (2009). Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a review. *Journal of Depression and Anxiety, 26*(12), 1086-109. doi: 10.1002/da.20635
- Priel, B., & Shamai, D. (1995). Attachment style and perceived social support: Effects on affect regulation. *Personality and Individual Differences, 19*(2), 235-241. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(95\)91936-T](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(95)91936-T)
- Raja, S. N., McGee, R., & Stanton, W. R. (1992). Perceived attachments to parents and peers and psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 21*(4), 471-85. doi: 10.1007/BF01537898
- Rajai, M., Aflakseyr, A. A., & Mollazadeh, J. (2012). *Predict of mental health in the elderly over 65 years old based on the Mac Kynlay spiritual model*. Shiraz: Shiraz University.
- Rasclé, N., Bruchon-Schweitzer, M., & Sarason, I.G. (2005). The short form of Sarason Social Support Questionnaire (SSQ6): A French adaptation and validation. *Psychological Reports, 97*(1), 195-202. doi: 10.2466/pr0.97.1.195-202

- Resick, P., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2007). *Cognitive processing therapy: Veteran/military version*. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 867-879.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Interpersonal violence: The practice series, Vol. 4. Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Rholes, W. S., & Simpson, J. A. (2004). Attachment theory: Basic concepts and contemporary questions: Theory, research, and clinical implications. Dans W. S. Rholes, & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 3-14). New York, NY: Guilford.
- Rodriguez, P., Holowka, D.W., & Marx, B.P. (2012). Assessment of posttraumatic stress disorder-related functional impairment: A review. *Journal of Rehabilitation Research & Development, 49*(5), 649-666.
- Ross, J., Murphy, D., & Armour, C. (2018). A network analysis of DSM-5 posttraumatic stress disorder and functional impairment in UK treatment-seeking veterans. *Journal of Anxiety Disorders, 57*, 7-15. doi: 10.1016/j.janxdis.2018.05.007
- Rubino, G., Barker, C., Roth, T., & Fearon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research, 10* (4), 408-420. doi: 10.1093/ptr/10.4.408
- Samuelson, K. W., Bartel, A., Valadez, R., & Jordan, J. T. (2017). PTSD symptoms and perception of cognitive problems: The roles of posttraumatic cognitions and trauma

coping self-efficacy. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(5), 537-544. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000210>

Sandberg, D. A. (2010). Adult Attachment as a Predictor of Posttraumatic Stress and Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(3), 293-307. doi: 10.1080/15299731003780937

Sandberg, D. A., Suess, E. A., & Heaton, J. L. (2010). Attachment anxiety as a mediator of the relationship between interpersonal trauma and posttraumatic symptomatology among college women. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(1), 33-49. doi: 10.1177/0886260508329126

Sarason, B. R., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1990). Social support: The sense of acceptance and the role of relationships. Dans B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Wiley series on personality processes. Social support: An interactional view* (pp. 97-128). Oxford, England: John Wiley & Sons.

Sarason, B.R., Shearin, E.N., Pierce, G.R., Sarason, I.G. (1987). Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 813-832. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.52.4.813>

Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G.R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0265407587044007>

Sauer, E. M., Lopez, F. G., & Gormley, B. (2003). Respective contributions of therapist and client adult attachment orientations to the development of the early working alliance: A preliminary growth modeling study. *Psychotherapy Research*, 13(3), 371-382. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ptr/kpg027>

- Sayer, N., Carlson, K., & Schnurr, P. (2011). Assessment of functioning and disability. Dans: Benedek, D. M., & Wynn, G. H. (Eds), *Clinical manual for management of PTSD* (pp. 255–287). Arlington (VA): American Psychiatric Publishing.
- Scharfe, E., & Bartholomew, K. (1994). Reliability and stability of adult attachment patterns. *Personal Relationships, 1*, 23-43. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1994.tb00053.x>
- Schnurr, P. P., Hayes, A. F., Lunney, C. A., McFall, M., & Uddo, M. (2006). Longitudinal analysis of the relationship between symptoms and quality of life in veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 707-713. doi: 10.1037/0022-006X.74.4.707
- Schnurr, P. P., Lunney, C. A., & Bovin, M. J., & Marx, B. P. (2009). Posttraumatic stress disorder and quality of life: extension of findings to veterans of the wars in Iraq and Afghanistan. *Clinical Psychology Review, 29*(8), 727-35. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.006
- Scott, S., & Babcock, J. C. (2010). Attachment as a moderator between intimate partner violence and PTSD symptoms. *Journal of Family Violence, 25*(1), 1-9. doi: 10.1007/s10896-009-9264-1
- Shakerinia, I. (2012). Effect of social assists and hopefulness in elderly health status with chronic pain. *Salmand Journal, 7*(1), 7-15.
- Sharp, C., Fonagy, P., & Allen, J.G. (2012). Posttraumatic stress disorder: A social-cognitive perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice, 19*, 229 –240. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/cpsp.12002>
- Shea, M. T., Vujanovic, A. A., Mansfield, A. K., Sevin, E., & Liu, F. (2010). Posttraumatic stress disorder symptoms and functional impairment among OEF and OIF National Guard and Reserve veterans. *Journal of Traumatic Stress, 23*(1), 100-7. doi: 10.1002/jts.20497

- Sheinbaum, T., Kwapil, T. R., Ballespí, S., Mitjavila, M., Chun, C. A., Silvia, P. J., Barrantes-Vidal, N. (2015). Attachment style predicts affect, cognitive appraisals, and social functioning in daily life. *Frontiers of Psychology, 18*, 6-296. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00296.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine, 32*(6), 705-714. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Shrestha, J. S., Shrestha, A., Sapkota, A., Sharma, R., Shrestha, S., Shrestha, S., Gautam, M. (2017). Social support, quality of life and mental health status in breast cancer patients. *Cancer Reports and Reviews, 1*(2), 1-5. doi: 10.15761/CRR.1000107
- Simpson, J. A. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*(5), 971-980. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.59.5.971>
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Nelligan, J. S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*(3), 434-446. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.62.3.434>
- Skinner, W.J., O'Grady, C.P., Bartha, C., & Parker, C. (2004). *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale : Guide d'information*. Toronto: CAMH.
- Smith, M. W., Schnurr, P. P., & Rosenheck, R. A. (2005). Employment outcomes and PTSD symptom severity. *Mental Health Services Research, 7*(2), 89-101.
- Solomon, Z., Dekel, R., & Mikulincer, M. (2008). Complex trauma of war captivity: a prospective study of attachment and post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine, 38*(10), 1427-34. doi: 10.1017/S0033291708002808

- Southwick, S., Davis, L. L., Aikins, D. E., Rasmusson, A., Barron, J., & Morgan, C. A. III. (2007). Neurobiological alterations associated with PTSD. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 166-189). New York, NY, US: The Guilford Press.
- Southwick, S., Vythilingam, M., & Charney, D.S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*(1), 255-291. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143948
- Stawicka, M. (2001). The theory of attachment in explaining auto-destruction. *Forum Oświatowe, 2*(25), 93-109.
- Stewart, S.H., & Conrod, P. (2008). *Anxiety and substances use disorders – The vicious cycle of comorbidity*. Boston: Springer.
- St-Jean Trudel, E. (2009). *Le soutien social et l'anxiété: Les prédicteurs de la santé mentale et validation d'un nouvel instrument de mesure* (Thèse de doctorat). Récupéré à partir de <https://archipel.uqam.ca/1870/1/D1765.pdf>
- Tereno, S, Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement: son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir : Revue européenne du développement de l'enfant, 19*, 151-188. doi:10.3917/dev.072.0151
- Terhakopian, A., Sinaii, N., Engel, C. C., Schnurr, P. P., & Hoge, C. W. (2008). Estimating population prevalence of posttraumatic stress disorder: an example using the PTSD checklist. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 290-300. doi: 10.1002/jts.20341
- Terheggen, M.A., Stroebe, M.S., & Kleber, R.J. (2001). Western conceptualization and eastern experiences: A cross-cultural study of traumatic stress reactions among Tibetan refugees in India. *Journal of traumatic stress, 14*(2), 391-403.

- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 416-423. doi:10.1037/0022-006X.54.4.416
- Thrasher, S., Power, M., Morant, N., & Marks, I., & Dalgleish, T. (2010). Social support moderates outcome in a randomized controlled trial of exposure therapy and (or) cognitive restructuring for chronic posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 55*, 187-190. doi: 10.1177/070674371005500311
- Tolsdorf, C. C. (1976). Social networks, support, and coping: an exploratory study. *Family Process, 15*(4), 407-17.
- Trauelson, A.M., Bendall, S., Jansen, J.E., Nielsen, H.G., Pedersen, M.B. Trier, C.H., Sumonsen, E. (2016). *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 50*(8), 770-782. doi: 10.1177/000486741565814
- Turner, R.J (1983). Direct, indirect, and moderating effects of social support on psychological distress and associated conditions. Dans H. B. Kaplan (Ed), *Psychosocial Stress: Trends in Theory and Research*, (pp. 105-155). Academic Press: New York.
- Tyrrell, C.L., Dozier, M., Teague, G.B., & Fallot, R.D. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: the importance of attachment state of mind. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 67*(5), 725-733.
- Vaiva, G. (2009). Psychotrauma et fonctionnement cérébral : perspectives thérapeutiques. *Stress et Trauma, 9*(4), 210-213.
- Van der Horst, F.C.P., LeRoy, H.A., & van der Veer, R. (2008). When Strangers Meet: John Bowlby and Harry Harlow on Attachment Behavior. *Integrative Psychological and Behavioral Science, 24*(4), 370-388.
- Van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative

data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 8-21. doi:

<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.1.8>

Ventureyra V.A.G., Yao S.-N., Cottraux J., Note, I., & De Mey-Guillard, C. (2002). The

Validation of the Posttraumatic Stress Disorder and Nonclinical Subjects. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 47-53. doi: 10.1159/000049343

Vogel, D. L., & Wei, M. (2005). Adult attachment and help-seeking intent: the mediating roles of

psychological distress and perceived social support. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 347–57. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.347>

Wallin, D. J. (2007) *Attachment in psychotherapy*. New York: The Guildford Press.

Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M.

(2013a). The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5). Instrument disponible sur le site Internet du National Center for PTSD au [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov)

Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M.

(2013b). *The Clinician –Administred PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)*. Entrevue disponible sur le site Internet du *National Center for PTSD* au [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov)

Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., . . .

Marx, B. P. (2018). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM–5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*, 30(3), 383-395. doi : <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000486>

Weathers, F.W., Litz, B.T., Herman, D.S., Huska, J.A., & Keane, T.M. (1993). *The PTSD*

Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. *Paper presented at the 9th Annual Conference of the ISTSS*, San Antonio, Texas.

Weathers, F., Litz, B., Huska, J., & Keane, T. (1994). PTSD Checklist-Specific version. Boston,

MA: National Center for PTSD. Behavioral Sciences Division.

- Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B., & Vogel, D. L. (2007). The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-short form: Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 88(2), 187-204. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00223890701268041>
- Westphal, M., Olfson, M., Gameroff, M. J., Wickramaratne, P., Pilowsky, D. J., Neugebauer, R., Neria, Y. (2011). Functional impairment in adults with past posttraumatic stress disorder: findings from primary care. *Depression and Anxiety*, 28(8), 686-95. doi: [10.1002/da.20842](http://dx.doi.org/10.1002/da.20842)
- Wills, T.A., & Fegan, M.F. (2001). Social networks and social support. Dans A. Baum, T.A. Revenson, & J.E. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 209-234). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wills, T. A., & Filer, M. (2001). Social networks and social support. Dans A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 209-234). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Woodhouse, S., Ayers, S., & Field, A. P. (2015). The relationship between Adult Attachment Style and Post-Traumatic Stress Symptoms: A Meta-Analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 35, 103-117. doi: [10.1016/j.janxdis.2015.07.002](http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.07.002)
- Woodward, M. J., Eddinger, J., Henschel, A. V., Dodson, T. S., Tran, H. N., Beck, J. G. (2015). Social support, posttraumatic cognitions, and PTSD: The influence of family, friends, and a close other in an interpersonal and non-interpersonal trauma group. *Journal of Anxiety Disorders*, 35, 60-67. doi:[10.1016/j.janxdis.2015.09.002](http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.09.002).
- Yuan, C. M., Wang, Z., Inslicht, S. S., McCaslin, S. E., Metzler, T. J., Henn-Haase, C., . . . Marmar, C. R. (2011). Protective factors for posttraumatic stress disorder symptoms in a prospective study of police officers. *Psychiatry Research*,

188(1), 45-50. doi: 10.1016/j.psychres.2010.10.034

Zalta, A. K., & Foa, E. B. (2012). Exposure therapy: promoting emotional processing of pathological anxiety. Dans: O'Donohue, W., & Fisher, J. E. (Eds), *Cognitive behavior therapy: core principles for practice* (pp.75-104). Hoboken: Wiley.

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41. doi: [http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)

Zoellner, L. A., Foa, E. B., & Brigidi, B. D. (1999). Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, 12(4), 689-700. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1024777303848>

Zoellner, T., Rabe, S., Karl, A., & Maercker, A. (2011). Post-traumatic growth as outcome of a cognitive-behavioural therapy trial for motor vehicle accident survivors with PTSD. *Journal of Psychology and Psychotherapy*, 84(2), 201-13. doi: 10.1348/147608310X520157