

La violence émotionnelle à l'enfance et les symptômes de stress post-traumatiques chez les femmes: le rôle médiateur de la pleine conscience

STÉPHANIE LAFORTE¹, CAROLINE DUGAL^{1,3,4}, CLAUDE BÉLANGER^{1,2,3}, PH. D., & NATACHA GODBOUT^{1,3}, PH. D.
Université du Québec à Montréal¹, McGill University², Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS)³, Unité de recherche et d'intervention sur les traumatismes et le couple⁴

Plus du tiers des adultes rapportent avoir subi de la violence émotionnelle à l'enfance, ce qui constitue l'un des traumatismes interpersonnels les plus répandus. Bien que les survivants de traumatismes interpersonnels soient à risque de développer des symptômes de stress post-traumatique, peu d'études ont examiné spécifiquement les liens entre la violence émotionnelle à l'enfance et les symptômes de stress post-traumatique à l'âge adulte. Des études récentes soulignent le rôle de la pleine conscience comme variable clé permettant de comprendre comment les traumatismes interpersonnels peuvent être associés aux symptômes de stress post-traumatique à long terme (Godbout, Bigras, & Dion, 2016). La présente étude vise à examiner le rôle médiateur de la pleine conscience dans la relation qui unit la violence émotionnelle à l'enfance et les symptômes de stress post-traumatique. L'échantillon est composé de 354 femmes de la communauté ayant répondu à des questionnaires auto-rapportés en ligne. Les résultats d'analyses de régression multiple révèlent que la relation entre la violence émotionnelle à l'enfance et les symptômes de stress post-traumatique est expliquée par une diminution des capacités de pleine conscience. Dans l'ensemble, les résultats soulignent le rôle de la pleine conscience comme mécanisme permettant d'expliquer partiellement les impacts des traumatismes interpersonnels à l'enfance.

Mots-clés : violence émotionnelle à l'enfance, symptômes de stress post-traumatique chez les adultes, pleine conscience

More than one-third of adults report having experienced emotional abuse in childhood, which is one of the most common interpersonal traumas. Although survivors of interpersonal trauma are at risk of developing post-traumatic stress symptoms, few studies have specifically examined the links between childhood emotional abuse and symptoms of post-traumatic stress in adulthood. Recent studies highlight the role of mindfulness as a key variable in understanding how interpersonal traumas can be associated with long-term post-traumatic stress symptoms (Godbout, Bigras, & Dion, 2016). The purpose of this study is to examine the mediating role of mindfulness in the relationship between emotional abuse in childhood and post-traumatic stress symptoms. The sample consisted of 354 women from the community who responded to self-reported online questionnaires. The results of multiple regression analyses show that the relationship between emotional abuse in childhood and symptoms of post-traumatic stress is explained by a decrease in mindfulness capacities. Overall, the results highlight the role of mindfulness as a mechanism partially explaining the impacts of interpersonal traumas in childhood.

Keywords: emotional abuse in childhood, symptoms of post-traumatic stress in adults, mindfulness

La violence émotionnelle à l'enfance (VEE) implique l'expérience répétée d'humiliations, de blâmes, de critiques, de menaces ou d'insultes de la part d'une figure parentale (Bremner, Bolus, & Mayer, 2007). Selon une méta-analyse réalisée par

Le premier auteur tient à remercier ses directeurs de thèse d'honneur, Claude Bélanger Ph. D. et Natacha Godbout Ph.. D. ainsi que la doctorante Caroline Dugal, pour leur confiance, conseils et rigueur, ayant permis la réalisation de cet article. Merci spécialement à toute l'équipe du JIRIRI qui a aidé à bonifier et publier l'article. Cette étude a été en partie financée par une subvention des *Fonds de recherche du Québec - Santé* (FRSQ) octroyée à Natacha Godbout. Merci d'adresser toute correspondance concernant cet article à Stéphanie Laforte (courriel : laforte.stephanie@courrier.uqam.ca).

Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink et van Ijzendoorn en 2015, la VEE touche plus du tiers (36.30%) de la population générale et constitue l'un des traumatismes interpersonnels les plus répandus, surtout chez les femmes (Dias, Sales, Hessen, & Kleber, 2015; Koenen & Widom, 2009). Or, la VEE n'a reçu que très peu d'attention de la part des chercheurs (Haferkamp, Bebermeier, Möllering, & Neuner, 2015; Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink, & Van Ijzendoorn, 2012). Il est toutefois reconnu que, chez les femmes, la VEE est associée à des répercussions délétères à l'âge adulte, dont le développement d'un trouble ou de traits de personnalité limite (Kuo, 2014), des difficultés de régulation émotionnelle (Lilly,

London, & Bridgett, 2014), des symptômes dissociatifs (Haferkamp et al., 2015) et des symptômes de stress post-traumatique (SSPT) associés au trouble diagnostique de l'état de stress post-traumatique (ÉSPT; Burns, Jackson, & Harding, 2010; Haferkamp et al., 2015; Lilly et al., 2014). Il semble donc y avoir diverses trajectoires possibles, composées de multiples facteurs permettant d'expliquer la relation entre les traumas à l'enfance et la psychopathologie à l'âge adulte chez la femme (Burns et al., 2010). La présente étude vise, dans cette perspective, à explorer la pleine conscience comme mécanisme explicatif de la relation entre les survivantes de VEE et les symptômes de stress post-traumatique à l'âge adulte.

Symptômes de stress post-traumatique: définition et prévalence

Les SSPT incluent la reviviscence (p. ex., cauchemars, pensées intrusives, *flashbacks*), l'évitement des stimuli associés au trauma (p. ex., évitement des endroits, des individus ou des pensées remémorant le trauma), des altérations cognitives et émotionnelles (p. ex., restriction des affects, anhédonie) et une hyperactivation du système nerveux (p. ex., hypervigilance, sursauts exagérés; American Psychiatric Association, 2013; Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff, & Joly, 2009; Prins et al., 2003). Au cours d'une vie, les chances de présenter le trouble diagnostique de l'ÉSPT varient de 7 à 12% (Hunsley et al., 2013). Certains auteurs suggèrent que les femmes seraient particulièrement à risque de développer des SSPT suite à l'expérience de violence physique, sexuelle ou de négligence à l'enfance (Koenen & Widom, 2009). Parallèlement, les résultats de certaines études affirment également que les individus avec un ÉSPT rapportent davantage de VEE (Dias, Sales, Cardoso, & Kleber, 2014). Haferkamp et ses collègues (2015) suggèrent que la VEE représente l'un des traumas qui est le plus fortement associé aux symptômes dissociatifs présents dans l'ÉSPT. Bien que plusieurs études confirment la relation entre différents types de traumas précoces et les SSPT (Earley et al., 2014; Hill, Vernig, Lee, Brown, & Orsillo, 2011; Wolfsdorf & Zlotnick, 2001), très peu abordent l'impact spécifique que peut exercer la VEE sur les SSPT à l'âge adulte chez les femmes (Haferkamp et al., 2015).

Mécanismes explicatifs des liens entre la violence émotionnelle à l'enfance et les symptômes de stress post-traumatique

Les hommes et les femmes survivants d'événements traumatiques qui présentent des SSPT tendent à utiliser des stratégies d'évitement expérientiel dysfonctionnelles face aux situations, aux individus ou aux pensées associés aux traumas qu'ils ont vécus (Briere, Hodges, & Godbout, 2010). L'évitement expérientiel dysfonctionnel pourrait, en

somme, expliquer pourquoi certains survivants de VEE rapportent des SSPT à l'âge adulte alors que d'autres n'en rapportent pas. Par exemple, l'évitement peut se manifester lorsqu'un individu tente volontairement de supprimer des pensées intrusives et des souvenirs qui le hantent en lien avec son trauma, ou encore évite des situations ou des personnes qui pourraient éveiller en lui des souvenirs aversifs associés au trauma.

Les symptômes dissociatifs constituent également des stratégies d'évitement expérientiel. En effet, ils permettent à l'individu de se déconnecter, de se dépersonnaliser ou de se couper de la réalité et de ses expériences émotionnelles stressantes. Cette stratégie peut cependant être dysfonctionnelle, car elle entrave la capacité de vivre certaines expériences agréables (Briere, 2002; Godbout, & Bigras, 2014; Godbout, Bigras, & Dion, 2016; Haferkamp et al., 2015). Lorsque les comportements d'évitement expérientiel se cristallisent, ils empêchent l'individu de fonctionner dans son quotidien, ce qui génère des comportements d'évitement expérientiel dysfonctionnels. Ainsi, malgré le fait que ces comportements d'évitement procurent typiquement un soulagement temporaire aux survivants d'événements traumatiques, ils sont associés à d'autres difficultés (Follette, Palm, & Hall, 2004). Certaines recherches indiquent que ces comportements impliquent aussi des effets paradoxaux, soit le fait d'augmenter les pensées intrusives et l'intensité des expériences émotionnelles négatives (Clark, Ball, & Pape, 1991; Wegner, Shortt, Blake, & Page, 1990). De plus, des recherches récentes affirment l'existence d'un lien entre les symptômes dissociatifs et les SSPT (Haferkamp et al., 2015).

Selon Briere (2002), les comportements d'évitement agiraient comme mécanismes en réponse au trauma et auraient une difficulté à assimiler rationnellement l'événement traumatique sur une période de temps étendue. Ainsi, au lieu d'identifier les états internes et de les traiter efficacement, les symptômes d'intrusion ou de reviviscence (p. ex., rêves répétés et *flashbacks*) feraient épisodiquement remonter en surface les éléments affectifs, cognitifs et comportementaux associés au trauma. L'objectif est de les réexaminer et de les assimiler en congruence avec l'expérience de l'individu, afin que les caractéristiques du trauma propres à déclencher la détresse s'estompent (Godbout et al., 2016). La réactivation post-traumatique ne permet pas cette assimilation pour l'individu en raison des stratégies d'évitement mises en place. La conséquence de ces stratégies est que les survivants de traumas interpersonnels utilisent des comportements qui reflètent un rétrécissement de leur répertoire comportemental en réponse aux expériences internes aversives (Follette, Palm, & Pearson, 2006; Frewen, Dozois, Neufeld, & Lanius, 2012; Seligowski, Lee,

Barden, & Orcutt, 2015). Les survivants qui utilisent ce registre de comportements afin de soulager leur souffrance voient donc leurs pensées intrusives, leurs altérations cognitives et émotionnelles, de même que leurs symptômes dissociatifs, associés aux SSPT, augmenter (Follette et al., 2006).

Pleine conscience

Selon certains auteurs, les comportements d'évitement expérientiel utilisés par les survivants de traumatismes pourraient être assimilés à un déficit de pleine conscience (Follette et al., 2004, Follette et al., 2006; Godbout et al., 2016). Ce concept de pleine conscience réfère à une capacité inhérente de conscience qui se caractérise par la présence ou l'absence d'attention et de prise de conscience à l'égard d'une expérience qui prend place dans le moment présent (Black, Sussman, Johnson, & Milam, 2012; Brown & Ryan, 2003). La pleine conscience représente également l'habileté à pouvoir prendre conscience, ici et maintenant, des stimuli internes (p. ex., pensées et émotions) et externes (p. ex., des situations, des individus, de l'univers). Cette prise de conscience se fait sans jugement, sans tenter de supprimer, contrôler ou analyser ces stimuli, mais plutôt en les observant, les acceptant et les accueillant tels qu'ils surviennent (Bigras, Godbout, Hébert, Runtz, & Daspe, 2015; Carmody, 2015; Follette, Palm et al., 2004; Follette et al., 2006; Follette & Vijay, 2009). L'état de pleine conscience favorise le contact avec l'expérience tout en permettant de créer une distance face aux perturbations internes, délivrant du même coup une partie de l'influence de ceux-ci sur l'individu (Follette et al., 2006). Or, l'expérience des traumatismes interpersonnels à l'enfance, causant de telles perturbations internes, pourraient entraver les capacités de pleine conscience des survivants (Godbout et al., 2016).

Pleine conscience et traumatismes interpersonnels.

Les survivants de traumatismes interpersonnels à l'enfance, en raison de pensées/sensations post-traumatiques douloureuses peuvent démontrer des comportements d'évitement dysfonctionnels et des difficultés à agir efficacement (Briere, 2002; Godbout et al., 2016; Godbout & Bigras, 2014; Haferkamp et al., 2015). À l'inverse, la pleine conscience, en raison de la prise de conscience et de l'acceptation qui la sous-tendent, améliore la flexibilité psychologique (c.-à-d., attitude d'ouverture composée de curiosité) et pourrait permettre d'élargir le répertoire de stratégies d'adaptation face aux événements traumatiques passés (Bigras et al., 2015; Godbout et al., 2016). Un déficit de pleine conscience chez les survivants de traumatismes pourrait ainsi, en partie, expliquer leurs SSPT (Bigras et al., 2015; Chambers, Gullone, & Allen, 2009;

Kimbrough, Magyari, Langenberg, Chesney, & Berman, 2010).

Pleine conscience et symptômes de stress post-traumatique. Certains auteurs soulignent l'intérêt de développer les capacités de pleine conscience des survivants de traumatismes dans le but de diminuer leurs SSPT (Earley et al., 2014; Follette et al., 2004; Kimbrough et al., 2010). Les capacités quotidiennes de pleine conscience permettent d'adopter une attitude calme et stable qui pourrait se révéler fondamentale à l'adaptation post-traumatique (Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006). Tel que discuté, la pleine conscience peut se rapprocher d'une technique d'exposition ayant pour conséquence de réduire les pensées intrusives et les comportements d'évitement couramment associés aux SSPT (Follette et al., 2006). Notamment, les thérapies basées sur la pleine conscience sembleraient utiles dans le traitement des SSPT (Schoorl, Van Mil-Klinkenberg, & Van Der Does, 2015). En effet, les thérapies qui incluent un travail sur le développement de la pleine conscience sont de plus en plus prônées et utilisées dans le traitement des SSPT (Godbout et al., 2016). Ces interventions favorisent l'acceptation plutôt que le changement des comportements et des études indiquent des résultats significatifs (Baer, 2003; Teasdale, 1999). Plusieurs auteurs émettent ainsi l'hypothèse que les thérapies basées sur la pleine conscience seraient utiles en clinique afin de traiter les SSPT chez les survivants de traumatismes (Earley et al., 2014; Follette et al., 2004; Kimbrough et al., 2010).

Lacunes des études actuelles

En dépit des données probantes indiquant que la VEE demeure le trauma le plus prévalent chez les femmes, peu d'études ont traité des répercussions de cette dernière à l'âge adulte (Hakerkamp et al., 2015; Stoltenborgh et al., 2012). La pénurie de données probantes est d'autant plus problématique lorsqu'il est question de comprendre les relations entre la VEE, la pleine conscience et les SSPT. Les résultats de deux études suggèrent un rôle potentiel de la pleine conscience. En effet, les études de Thompson, Arnkoff et Glass (2011) puis Vujanovic, Youngwirth, Johnson et Zvolensky (2009) révèlent que l'adoption d'une attitude d'acceptation sans jugement est associée à une diminution des symptômes d'évitement, d'intrusion et d'hyperactivation — soit des SSPT — chez les survivants de traumatismes interpersonnels. Ces résultats suggèrent un rôle potentiel de la pleine conscience pour expliquer l'impact du trauma de VEE sur les SSPT, mais cette hypothèse demeure à vérifier. En effet, ces études n'ont pas évalué la VEE parmi les traumatismes considérés. De ce fait, la présente recherche est parmi les premières qui examinent les différentes

associations entre la VEE, la pleine conscience et, en finale, les SSPT.

La présente étude : violence émotionnelle à l'enfance, pleine conscience et symptômes de stress post-traumatique

Malgré l'inexistence d'études antérieures sur les mécanismes explicatifs de la pleine conscience et l'association entre la VEE et les SSPT, les études mettent en lumière des liens entre les traumatismes interpersonnels à l'enfance, les capacités de pleine conscience et les SSPT à l'âge adulte. Par exemple, Kimbrough et ses collègues (2010) ont examiné l'impact d'un programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience chez des survivants d'agressions sexuelles à l'enfance. Avant de débiter l'étude, les participants rapportaient en moyenne des capacités de pleine conscience relativement basses ainsi que des SSPT (Kimbrough et al., 2010). À la fin de ce programme ainsi que deux ans et demi plus tard, les résultats ont indiqué que le programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience contribue à augmenter les capacités de pleine conscience et à réduire les SSPT chez les survivants de traumatismes à l'enfance (Earley et al., 2014; Kimbrough et al., 2010). Ces résultats démontrent que ces traumatismes sont associés négativement aux capacités de pleine conscience et positivement aux SSPT; puis que lorsque les capacités de pleine conscience augmentent, à l'aide des thérapies basées sur la pleine conscience, les SSPT diminuent. Thompson et Waltz (2010) montrent que les capacités de pleine conscience et l'évitement expérientiel prédisent la sévérité des symptômes d'évitement au sein des SSPT, et non l'évitement expérientiel seul. Les résultats de cette étude indiquent également que le non-jugement, sous-facette de la pleine conscience, explique une plus grande variance des symptômes d'évitement dans les SSPT, au-delà de la contribution de l'évitement expérientiel. La pleine conscience, comparativement à l'évitement expérientiel, agirait en définitive comme un mécanisme explicatif des SSPT chez les survivants de traumatismes.

Sur la base du modèle théorique qui inspire cette étude et des données probantes (p. ex., Godbout et al., 2016), la présente étude propose la pleine conscience comme mécanisme médiateur de la relation entre la VEE et les SSPT chez les femmes. Cette recherche offre donc un regard novateur sur les mécanismes par lesquels la VEE influence les SSPT, tout en examinant le trauma interpersonnel spécifique de la VEE.

Objectif et hypothèses de recherche

L'objectif de la présente étude vise à explorer le rôle médiateur de la pleine conscience dans la relation qui unit la VEE et les SSPT chez les femmes. Il est

attendu que : 1) la VEE sera positivement associée aux SSPT, 2) les capacités de pleine conscience seront négativement associées aux SSPT, et 3) la pleine conscience agira comme médiateur dans le lien unissant la VEE et les SSPT chez les femmes.

Méthode

Participants

L'étude a été acceptée par le comité éthique de l'établissement affilié au chercheur principal. Le recrutement, effectué sur une base volontaire, a été réalisé en ligne par l'envoi d'une publicité aux membres de différentes associations universitaires, de recherche ou professionnelles (p. ex., Centre de Recherche Interdisciplinaire sur les Problèmes Conjugaux et Agressions Sexuelles — CRIPCAS), Association des Inspecteurs en Bâtiment du Québec et via les médias sociaux (p. ex., page *Facebook*). Chaque publicité comportait le lien internet permettant d'accéder au questionnaire en ligne, hébergé par le logiciel sécurisé *Survey Monkey*. Ces publicités invitaient les individus âgés de plus de 18 ans, célibataires ou en couple, à participer à une étude sur les déterminants des relations interpersonnelles et amoureuses.

Un échantillon de 354 femmes âgées entre 18 et 69 ans issues de la population générale a participé à l'étude ($M = 28$, $É.-T. = 9.24$). Plus de la moitié (59%) de l'échantillon étaient des étudiantes et moins du tiers (32%) étaient des travailleuses à temps plein. La majorité des participantes (77%) a rapporté détenir un diplôme d'études universitaires, ainsi qu'un revenu annuel inférieur à 20 000\$ (52%). Dix pourcent des participantes étaient mariées, 41% vivaient en union de fait, 29% étaient en relation avec un partenaire régulier, alors que 20% étaient célibataires.

En répondant au questionnaire, les participantes couraient la chance de gagner un tirage de deux cartes-cadeau *Starbucks* d'une valeur de 25\$, ainsi qu'un certificat cadeau de 50\$ dans un restaurant de leur choix au sein d'une liste (p. ex., *St-Hubert*). Si les participantes le désiraient, une rencontre bilan d'une heure avec une psychologue leur était aussi offerte.

Matériel

Questionnaire sociodémographique. Ce questionnaire évaluait la date de naissance de la participante, son lieu de naissance, son âge, son occupation, son niveau de scolarité, sa langue maternelle, son niveau salarial et son statut marital.

La violence émotionnelle à l'enfance. La VEE a été examinée à l'aide de trois items provenant de *l'Inventaire des événements stressants (Early Trauma Inventory-Self-Report)*: Bremner, Bolus, & Mayer,

2007; traduit en français par Cyr & Hébert, 2009) correspondant aux énoncés suivants : « *Au moins l'un de mes parents m'a humiliée, rabaissée ou ridiculisée, fait sentir comme si je ne comptais pas, dit que j'étais bonne à rien ou des choses blessantes* ». En se basant sur une année typique avant l'âge de 18 ans, les participantes devaient indiquer la fréquence à laquelle elles ont expérimenté chacune des situations énumérées sur une échelle de type Likert en 7 points de 0 (*jamais*) à 6 (*chaque jour ou presque*). Dans la version originale du questionnaire, les trois items possèdent une bonne cohérence interne (Bremner et al., 2007: $\alpha = .84$) et dans la présente étude, la cohérence interne de ces items est excellente ($\alpha = .92$).

Les symptômes de stress post-traumatique. Une adaptation francophone du *Primary Care-PTSD Screen*: Prins et al., 2003) a été utilisée (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff, & Joly, 2009). Ce questionnaire est constitué de quatre items de type binaire (*oui/non*) mesurant les quatre catégories, spécifiques aux SSPT, liées aux expériences traumatiques vécues: la reviviscence (p. ex., « *Avez-vous fait des cauchemars ou pensé à cette expérience alors que vous ne le vouliez pas ?*»), l'évitement (p. ex., « *Vous êtes-vous efforcée à ne pas y penser ou vous vous êtes donné du mal pour éviter des situations qui vous rappellent cette expérience ?*»), l'hyperactivation du système nerveux (p. ex., « *Avez-vous été constamment sur vos gardes, vigilante, ou facilement surprise ?*») et finalement, les altérations cognitives et émotionnelles (p. ex., « *Vous êtes-vous sentie engourdie ou détachée de vos émotions, des autres, des activités ou de votre environnement ?*») (Ouimette, Wade, Prins, & Schohn, 2008; Prins et al., 2003). Le score total varie entre zéro et quatre, un score élevé représentant des SSPT plus élevés (c.-à-d., variable continue). Un score de deux correspond au seuil clinique qui permet d'identifier les participantes à risque de présenter un ÉSPT ou non (c.-à-d., variable dichotomique), avec une sensibilité optimale pour détecter les vrais positifs (Hébert et al., 2009; Prins et al., 2003; Van Dam, Ehring, Vedel, & Emmelkamp, 2010). Cette échelle présente une bonne fidélité test-retest ($r = .80$; Kimerling, Trafton, & Nguyen, 2006; Prins et al., 2003). La présente étude indique une cohérence interne de .77. Plusieurs études affirment que cet instrument est très utile pour identifier les patients à risque de présenter un ÉSPT (Calhoun et al., 2010; Ouimette et al., 2008; Prins et al., 2003; Van Dam et al., 2010).

La pleine conscience. Une adaptation francophone du *Mindful Attention Awareness Scale* (Brown & Ryan, 2003; traduit et validé par Jermann et al., 2009) en 15 items a été utilisée afin d'évaluer les capacités de pleine conscience : l'ouverture, la conscience et

l'attention à ce qui se présente dans le moment présent. Les participantes devaient indiquer la fréquence à laquelle elles expérimentent, dans la vie quotidienne, chacun des items énoncés à l'aide d'une échelle de type Likert de 1 (*presque jamais*) à 6 (*presque toujours*). Un score global élevé indique une disposition favorable à la pleine conscience. La cohérence interne de la version originale ainsi que celle de la version francophone traduite, varie de .84 à .89 alors que celle de la présente étude est .91. L'instrument possède de bonnes propriétés psychométriques (Brown & Ryan, 2003; Jermann et al., 2009; MacKillop & Anderson, 2007; Schroevers, Nykliček, & Topman, 2008).

Procédure

La collecte de données, sur une base volontaire, a été effectuée en ligne à l'aide d'un sondage internet. Cette technique suit les recommandations de Whisman et Snyder (2007), selon lesquelles il est préférable d'utiliser des questionnaires informatiques lorsqu'une étude examine des sujets délicats ou intimes, comme la VEE. En effet, l'anonymat et la confidentialité assurés par les questionnaires en ligne permettent d'obtenir des résultats plus fiables (Hamby, Sugarman, & Boney-McCoy, 2006). Les données des participantes ont été enregistrées sur la plateforme *Survey Monkey* (1999-2017), puis exportées vers une base de données accessible exclusivement par l'équipe de recherche. Les participantes qui le souhaitaient pouvaient également répondre aux questions via un format papier du questionnaire. Ces questionnaires papier étaient remis aux participantes avec une enveloppe de retour préaffranchie. Le formulaire de consentement devait être signé et retourné par la poste avec le questionnaire. Les réponses provenant de ces questionnaires ont été entrées manuellement dans la banque de données sécurisée.

Sur la première page du questionnaire, en format papier et électronique, des renseignements étaient donnés aux participantes concernant l'étude, les risques éventuels et les avantages liés à la participation, leur participation était décrite comme volontaire et confidentielle et la possibilité de quitter l'étude à tout moment sans préjudice était clairement énoncée. Avant de débiter l'étude, d'une durée d'environ 45 minutes, les participantes devaient avoir pris connaissance de ces informations, puis devaient signer un formulaire de consentement où étaient indiquées les coordonnées de la responsable de la recherche et des responsables du comité d'éthique.

Préparation des données, devis de recherche, méthodes d'analyses statistiques

Le devis de cette recherche est corrélationnel et

factoriel, puisque l'étude comprend deux variables indépendantes continues, soit la VEE et les capacités de pleine conscience. Tout d'abord, une analyse de puissance de type a priori a été réalisée à l'aide du logiciel G*POWER 3.1.9.2. (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) afin d'établir la taille d'échantillon nécessaire pour effectuer les analyses statistiques envisagées. La taille d'effet utilisée pour l'analyse de puissance a été obtenue conformément aux suggestions de l'étude de Burns et de ses collègues (2016) portant sur le lien entre la VEE et les SSPT à l'âge adulte. En se basant sur les résultats de cette étude, une taille d'effet de .13, combinée à un α de .05 et une puissance de .80 nécessite un échantillon d'au moins 85 participants pour obtenir des résultats significatifs. La taille échantillonnale de cette étude, comprenant 354 participants, est donc suffisante. Notons finalement que les participantes n'ayant pas répondu à tous les questionnaires ont été retirées de l'étude ($n = 6$). Puisque les variables de la VEE et des SSPT présentaient une asymétrie positive, ces variables ont été normalisées à l'aide d'une transformation de type racine carrée. Les taux de prévalence de la VEE et des SSPT dépassant le seuil clinique (c.-à-d., variable dichotomique) ont été évalués à l'aide d'analyses descriptives et d'un test chi-carré. Le test de chi-carré permet d'examiner une potentielle différence significative entre deux variables catégorielles, soit dans la présente étude, le lien entre la présence ou l'absence de VEE et la présence ou l'absence de SSPT. Le test de chi-carré permet ainsi d'examiner si les survivantes de VEE présentent des SSPT et, à l'opposé, si les participantes qui possèdent des SSPT tendent aussi à rapporter avoir subi de la VEE.

Des corrélations ont été réalisées entre la VEE, les SSPT (c.-à-d., variable continue) et la pleine conscience afin d'examiner les relations bivariées entre les variables à l'étude. Afin de répondre à l'objectif de l'étude, soit d'évaluer le rôle médiateur de la pleine conscience dans la relation qui unit la VEE et les SSPT à l'âge adulte, la macro-commande PROCESS de Preacher et Hayes (2004) a été utilisée afin d'effectuer, dans un premier temps, des analyses de régression multiple hiérarchique et, dans un deuxième temps, d'examiner l'effet indirect de la pleine conscience dans la relation qui associe la VEE aux SSPT. Cette macro-commande a permis de réaliser, en premier lieu, une régression linéaire avec le score total normalisé de la VEE et le score total des SSPT, puis, en second lieu, une régression linéaire avec la VEE et le score global de la pleine conscience et, finalement, une régression hiérarchique avec le score total de la VEE et le score global de la pleine conscience.

Résultats

Statistiques descriptives et corrélations

Au sein de l'échantillon de la présente étude, la moitié (52%; $n = 183$) des participantes ont rapporté avoir vécu au moins une expérience de VEE lors de chaque année typique avant 18 ans. La proportion des participantes présentant des SSPT au-dessus du seuil clinique était de 29% ($n = 104$). L'échantillon est caractérisé par un score moyen de pleine conscience de 67.47 ($\bar{E.-T.} = 14.18$). Une analyse de chi-carré de Pearson ($\chi^2 = 5.71, p < .05$), indique que 61.50% ($n = 64$) des participantes ayant vécu de la VEE possèdent des SSPT cliniquement élevés et, à l'inverse, 35% ($n = 64$) de celles qui indiquent des SSPT cliniquement élevés rapportent avoir vécu de la VEE. Les corrélations bivariées entre la VEE, la pleine conscience et les SSPT se retrouvent dans le Tableau 1.

Régressions linéaires

Premièrement, une régression linéaire a été effectuée avec la VEE et les SSPT. Les résultats démontrent que la VEE explique une partie significative, c'est-à-dire 2% de la variabilité totale (1% ajusté) des SSPT ($F(1, 35) = 5.98, p < .05$), puis est significativement liée aux SSPT, $\beta = .13, t(352) = 2.45, p < .05$. Une seconde régression linéaire a été réalisée avec la VEE et la pleine conscience. Les résultats indiquent que la VEE est significativement reliée à la pleine conscience $\beta = -.19, t(352) = -3.64, p < .01$ et explique 4% (3% ajusté) de sa variabilité totale ($F(1, 35) = 13.28, p < .01$). Troisièmement, une régression multiple de type hiérarchique a été exécutée avec la VEE, la pleine conscience ainsi que les SSPT. Afin d'observer l'effet de la pleine conscience sur la relation qui unit la VEE et les SSPT, les résultats d'analyses de Preacher et Hayes (voir Figure 1), sans la valeur 0 à l'intérieur de l'intervalle de confiance ($b = .06, 95\% BCa CI [0.03, 0.11]$), indiquent que la pleine conscience agit comme médiateur dans la relation qui unit la VEE et les SSPT, avec une taille d'effet indirecte de la médiation relativement faible, $\kappa^2 = .06, 95\% BCa CI [0.03, 0.11]$. L'intervalle de confiance pour l'effet indirect est un *BCa Bootstrapped CI* basé sur 1000 échantillons. Bien qu'il soit recommandé d'interpréter le bootstrap de l'intervalle de confiance, tel que celui de Preacher et Hayes (2004), plutôt que le test formel de la significativité (Field, 2013), le test de Sobel révèle, lui aussi, un effet de médiation complet ($z = 3.11, p < .05$). L'effet modérateur potentiel de la pleine conscience dans la relation entre la VEE et les SSPT a aussi été examiné. à l'aide de la macro méthode de Preacher et Hayes, et n'indiquent aucune relation de modulation significative, $b = -0.00, 95\% CI [-0.0024, 0.0019], t = -0.21, p = .84$.

Table 1

Scores moyens et corrélations bivariées entre la VEE, la pleine conscience et les SSPT

	1	2	3	M	É.-T.
1. VEE	-	-	-	3.03	4.67
2. Pleine conscience	-.19**	-	-	67.47	14.18
3. SSPT	.13*	-.33**	-	0.99	1.32

Note. VEE = Violence émotionnelle à l'enfance; SSPT = Symptômes de stress post-traumatique; * $p < .05$, ** $p < .001$.

Discussion

La présente étude avait pour objectif d'examiner le rôle médiateur de la pleine conscience dans la relation unissant la VEE et les SSPT. Plus précisément, cette recherche se penchait en premier lieu sur l'association entre la VEE et les SSPT, en second lieu sur le lien entre les capacités de pleine conscience et les SSPT, et finalement sur l'effet des capacités de pleine conscience sur le lien entre la VEE et les SSPT dans un modèle de médiation. Les résultats de cette étude offrent un apport intéressant aux travaux portant sur les répercussions de la VEE à l'âge adulte. En démontrant l'effet indirect de la pleine conscience dans la relation qui unit la VEE et les SSPT, cette étude offre une nouvelle conceptualisation de la pleine conscience en tant que facteur pouvant expliquer une partie des répercussions négatives des traumatismes à l'enfance. En effet, les résultats confirment l'hypothèse selon laquelle la VEE est associée à une diminution des habiletés quotidiennes de pleine conscience, ce qui est, en retour associé à une augmentation des SSPT.

La première hypothèse était que la VEE était positivement associée aux SSPT. La deuxième hypothèse était que les capacités de pleine conscience étaient négativement associées aux SSPT. Finalement, la dernière hypothèse était que les capacités de pleine conscience agissent comme médiateur dans la relation liant la VEE et les SSPT. Toutes ces hypothèses ont

été confirmées. Conformément aux objectifs et hypothèses de l'étude, les résultats démontrent que la VEE est positivement associée aux SSPT et que les capacités de pleine conscience sont aussi associées négativement aux SSPT. Les résultats concernant la relation positive entre la VEE et les SSPT concordent avec les études sur le sujet. Celles-ci mentionnent, en effet, que les traumatismes à l'enfance, notamment les agressions sexuelles, la violence physique et la négligence, augmentent le risque de rapporter des SSPT à l'âge adulte (Dias et al., 2014; Kendall-Tackett, 2002; Koenen & Widom, 2009). Les études évaluant l'impact spécifique de la VEE sur les SSPT demeurent toutefois peu nombreuses (Haferkamp et al., 2015; Mauritz, Peter, Goossens, Draijer, & Van Achterberg, 2013; Stoltenborgh et al., 2012). Bien que la violence émotionnelle demeure un sujet de recherche peu étudié, les résultats de la présente étude corroborent ceux des écrits scientifiques dans le domaine (Burns et al., 2010; Godbout et al., 2016; Haferkamp et al., 2015). Les résultats indiquent que 52% des participantes ont rapporté avoir subi de la VEE, représentant un pourcentage supérieur à celui révélé dans une méta-analyse réalisée par Stoltenborgh et ses collègues (2015), qui était de 36%. Cette différence peut en partie s'expliquer par le fait que le présent échantillon était uniquement constitué de femmes et que ce type de trauma est davantage rapporté chez cette population (Burns et al., 2016). Un phénomène similaire est observable en ce qui

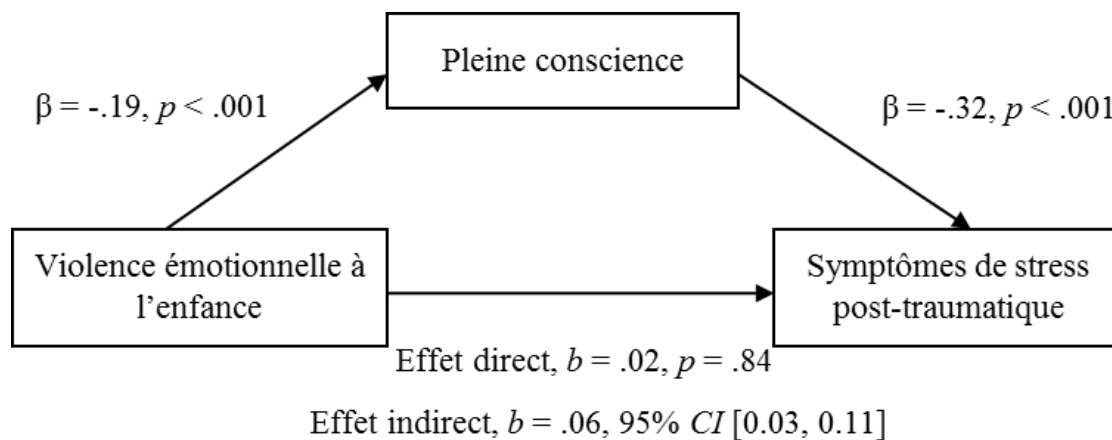


Figure 1. Résultats d'analyses de médiation au sein du modèle global de la violence émotionnelle et des symptômes de stress post-traumatique, médiés par la pleine conscience.

concerne le taux de prévalence de SSPT cliniquement significatifs. En effet, au sein de l'échantillon, 29% des femmes rapportaient des SSPT cliniquement significatifs comparativement aux taux de prévalence observés dans la population générale, avec des taux qui varient entre 7 et 12% (Hunsley et al., 2013). Ceci peut s'expliquer par le fait que la présente étude a examiné les SSPT cliniquement significatifs plutôt que la présence d'un diagnostic d'ÉSPT, qui comprend des critères plus nombreux et sélectifs. Ainsi, il est probable que les individus de la population générale rapportent davantage de SSPT qu'ils ne rapportent un diagnostic d'ÉSPT formel.

La présente étude comporte une analyse novatrice des habiletés de pleine conscience à l'âge adulte qui sont conceptualisées comme pouvant être associées à l'expérience de VEE. En effet, malgré la présence de quelques recherches affirmant que les traumatismes à l'enfance, particulièrement l'agression sexuelle, sont corrélés négativement avec les habiletés de pleine conscience (Kimbrough et al., 2010; Palm & Follette, 2011), aucune étude n'avait, à ce jour, examiné l'association de la VEE avec les habiletés de pleine conscience. Les résultats de la présente étude confirment donc que l'expérience répétée d'humiliations, de menaces, de critiques, ou d'insultes est associée à une diminution de la capacité à vivre pleinement le moment présent, sans jugement et avec ouverture face aux situations et à l'environnement.

L'association négative entre la pleine conscience et les SSPT qui a été observée dans la présente étude concorde aussi avec plusieurs études sur le sujet (Earley et al., 2014; Follette et al., 2006; Godbout et al., 2016; Kimbrough et al., 2010; Luedtke, Davis & Monson, 2015; Palm et al., 2011; Schoorl et al., 2015). Selon ces dernières, la pleine conscience permettrait de réduire les comportements d'évitement cognitif et émotionnel ainsi que les sentiments d'intrusion associés aux SSPT (Kimbrough et al., 2010; Schoorl et al., 2015) et permettrait ainsi d'exposer le sujet à ses expériences internes, y compris ses souvenirs traumatiques et ses états émotionnels affligeants (Godbout et al., 2016).

Enfin, cette étude innove également en étudiant l'effet indirect de la pleine conscience sur la relation entre la VEE et les SSPT. En effet, une médiation complète des capacités de pleine conscience a été décelée au sein de la relation liant la VEE et les SSPT.

Limites

Les résultats doivent être interprétés en considérant certaines limites. Premièrement, la nature auto-rapportée des mesures est associée à certains biais rétrospectifs ou à des distorsions lors des rappels, rendant possible une sur-évaluation ou sous-évaluation

de la portée de la victimisation et des difficultés émotionnelles. En effet, les données basées sur des souvenirs rétrospectifs, puisqu'ils peuvent être reconnus comme peu fiables ou invalides, doivent être étudiées avec précaution (Haferkamp et al., 2015). Cette limite pourrait, en partie, expliquer le pourcentage de prévalence particulièrement élevé de la VEE obtenu dans cette étude. Ceci étant dit, dans une étude approfondie sur la validité des souvenirs des adultes ayant rapportés des expériences négatives à l'enfance, Hardt et Rutter (2004) concluent que les rappels rétrospectifs peuvent être suffisamment valides lorsque d'une part les expériences négatives sont raisonnablement bien opérationnalisées et si d'autre part elles n'entraînent pas le jugement et l'interprétation des événements.

Deuxièmement, la présente recherche met l'emphase sur la VEE, et l'influence potentielle des autres types de violence (p. ex., violence physique, violence sexuelle, négligence physique) n'est pas mesurée. Or, la VEE se produit rarement en vase clos. Au contraire, une concomitance de diverses formes de violence est typique chez les enfants qui en sont victimes (p. ex., Dias et al., 2015). Les résultats obtenus peuvent ainsi résulter d'une combinaison de facteurs n'ayant pas été mesurés. Les études futures devront donc examiner l'effet de l'accumulation d'expériences de violence en enfance.

Troisièmement, puisque la présente étude comporte un devis corrélationnel, un lien de causalité entre les variables à l'étude ne peut être assumé et devra être confirmé dans des études expérimentales futures.

Quatrièmement, puisque l'échantillon recruté est constitué seulement de femmes qui, pour la majorité, ont un revenu inférieur à 20 000\$ CAN, un niveau de scolarité élevé et sont en relation de couple, ces résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population. Il serait donc important de recruter un échantillon hétérogène se composant à la fois d'hommes et de femmes, en couple ou célibataires, issus de différentes classes sociales et de niveaux de scolarité variés. Une cinquième limite porte sur la mesure qui a été utilisée pour évaluer les SSPT. Tout d'abord, le questionnaire *Primary Care-PTSD Screen* comprend des items dichotomiques; or, les mesures continues de type Likert sont reconnues comme possédant une meilleure fidélité (Vallerand & Hess, 2000). Ensuite, les critères sur lesquels se base le questionnaire *Primary Care-PTSD Screen* se retrouvent dans le DSM-IV-TR, et non au sein de sa version la plus récente, le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Plusieurs modifications aux critères de l'ÉSPT ont été apportées dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013); une attention particulière est portée aux

symptômes comportementaux de l'ÉSPT, qui comporte maintenant quatre groupes de symptômes au lieu de trois : la reviviscence, l'évitement, les émotions et cognitions négatives, et l'hypervigilance. Or, puisque cette étude visait à étudier les SSPT et non la présence d'un diagnostic de l'ÉSPT, les résultats peuvent tout de même être compris en considérant la nouvelle version du DSM. Les futures recherches auraient tout de même avantage à utiliser des échelles se basant sur les critères de la cinquième version du DSM afin d'arrimer leurs résultats avec les observations des milieux cliniques, qui utilisent cette nouvelle version.

Implications cliniques et portée scientifique

La présente étude porte un regard nouveau en ce qui concerne l'existence d'une association entre la VEE, souvent négligée des études empiriques, et le développement de SSPT. Il est primordial de poursuivre les recherches à ce sujet afin d'approfondir les connaissances sur les répercussions spécifiques de la VEE chez les survivantes adultes. Cette recherche offre également une avancée théorique intéressante concernant les habiletés de pleine conscience en tant que mécanismes explicatifs chez les survivantes de VEE. L'émergence des thérapies basées sur la pleine conscience amène à cet égard une contribution précieuse dans la conceptualisation des relations entre les traumas interpersonnels, les répercussions s'y rattachant et la pleine conscience. Tandis que l'avancée théorique et les données probantes permettent l'élaboration de programmes préventifs et contribuent à la conception d'interventions spécifiques aux survivants de traumas interpersonnels basées sur la pleine conscience, la mise en œuvre des interventions cliniques permettent de limiter les coûts sociaux et la souffrance psychologique associés aux répercussions des traumas interpersonnels (Godbout et al., 2016). Essentiellement, les résultats de cette étude suggèrent que les programmes d'intervention basés sur la pleine conscience pourraient être bénéfiques pour les survivantes de VEE. Elles visent à augmenter l'ouverture aux nouvelles informations, à développer une plus grande sensibilité à l'environnement, à créer de nouvelles catégories afin de structurer les perceptions ainsi qu'à prendre connaissance des multiples perspectives possibles dans la résolution de problèmes (Follette et al., 2006). Par exemple, la thérapie d'acceptation et d'engagement vise à aider les individus à adopter des attitudes et comportements cohérents avec leurs valeurs afin de leur permettre de s'investir dans une vie satisfaisante. En outre, la personne apprend à se distancer, développer une compréhension holistique face à ses difficultés ou problématiques, et puis augmenter ses capacités à accepter les émotions telles qu'elles surviennent, plutôt que de les éviter (Vuille, 2007). Le programme

de réduction du stress basé sur la pleine conscience, originalement développé pour composer avec les enjeux de douleurs chroniques et les troubles liés au stress (Kabat-Zinn, 2009) à l'aide de techniques de méditation et de yoga, pourrait également être bénéfique aux survivants de VEE. Chez les survivants de traumas à l'enfance présentant des SSPT (p. ex., évitement, hypervigilance, reviviscence, difficulté à réguler les émotions), ces thérapies, basées sur la pleine conscience, pourraient permettre à la fois de prendre une saine distance et d'exposer le sujet à ses pensées, émotions et comportements. Ces buts peuvent être atteints en adoptant une attitude de pleine conscience, une attitude calme et ouverte, et sans jugement, afin de réduire les souffrances psychologiques reliées aux souvenirs négatifs (Follette et al., 2004).

Recherches futures

Les résultats de cette étude soutiennent la pertinence de concevoir la pleine conscience comme mécanisme explicatif de la relation entre la VEE et les SSPT à l'âge adulte. Ils constituent également une avancée dans le domaine clinique puisque la pleine conscience, associée à une diminution des SSPT, pourrait contribuer à traiter certains de ces symptômes chez les survivants de trauma interpersonnel.

Pour le développement de recherches futures, il serait important d'effectuer une étude semblable auprès d'une population plus étendue comprenant des hommes et des femmes et où une hétérogénéité existerait quant aux données sociodémographiques, avec l'objectif d'atteindre une meilleure représentativité de la population. La VEE et la pleine conscience expliquent simultanément seulement 11% de la variabilité des SSPT. Ceci représente un pourcentage modeste dans l'explication de la variable dépendante. Afin d'expliquer une plus grande variance des SSPT chez les survivants de VEE, des modèles intégrateurs plus complexes pourraient être développés. Ceux-ci pourraient inclure des variables, telles que la régulation émotionnelle (Burns et al., 2010; Lilly et al., 2014) ou les symptômes dissociatifs (Haferkamp et al., 2015), qui sont reconnus comme mécanismes explicatifs du lien entre la VEE et les SSPT. Il serait intéressant d'examiner ce modèle en effectuant une comparaison entre une population clinique et une population non-clinique afin d'examiner si le pourcentage de VEE rapportée demeure similaire.

En dépit d'un appui théorique confirmatoire quant au rôle de la pleine conscience dans la diminution des effets délétères des traumas interpersonnels, il est nécessaire de recueillir un nombre considérable de données probantes afin de peaufiner la compréhension du rôle qu'opère la pleine conscience chez les

survivants de traumatismes. La pleine conscience pourrait agir comme outil nécessaire, mais non suffisant, à l'égard des survivants de traumatismes dans le processus d'intégration de l'évènement traumatique en leur permettant d'effectuer un premier contact avec ce dernier. De ce fait, il serait intéressant de mener une étude portant sur l'efficacité d'une thérapie cognitive-comportementale basée sur la pleine conscience, tel qu'un programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience, une thérapie d'acceptation et d'engagement ou encore, une thérapie basée sur la pleine conscience, où les SSPT seraient évalués en pré et post traitement.

Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and Practice, 10*, 125-143.
- Bigras, N., Godbout, N., & Briere, J. (2015) Child sexual abuse, sexual anxiety, and sexual satisfaction: the role of self-capacities. *Journal of Child Sexual Abuse, 24*, 464-483.
- Bigras, N., Godbout, N., Hébert, M., Runtz, M., & Daspe, M.-È. (2015). Identity and relatedness as mediators between child emotional abuse and adult couple adjustment in women. *Child Abuse & Neglect, 50*, 85-93.
- Black, D. S., Sussman, S., Johnson, C. A., & Milam, J. (2012). Psychometric assessment of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) among Chinese adolescents. *Assessment, 19*, 42-52.
- Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the Early Trauma Inventory-Self-Report. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 211-218.
- Briere, J. (2001). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (pp. 175-404, 2nd ed.). Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Briere, J., Hodges, M., & Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of Traumatic Stress, 23*, 767-774.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 822-848.
- Burns, E. E., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2010). Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 19*, 801-819.
- Calhoun, P. S., McDonald, S. D., Guerra, V. S., Eggleston, A. M., Beckham, J. C., & Straits-Troster, K. (2010). Clinical utility of the Primary Care-PTSD screen among U.S. Veterans who served since September 11, 2001. *Psychiatry Research, 178*, 330-335.
- Carmody, J. (2015). Reconceptualizing mindfulness: The psychological principles of attending in mindfulness practice and their role in well-being. In K. W. Brown, J. D. Creswell, & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of mindfulness: Theory, Research, and Practice* (pp. 61-77). New York, NY: Guilford Press. pp.62-98.
- Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review, 29*, 560-572.
- Clark, D. M., Ball, S., & Pape, D. (1991). An experimental investigation of thought suppression. *Behavior Research and Therapy, 29*, 253-257.
- Cyr, M., & Hébert, M. (2009). *Traduction française du Early Trauma Inventory Self Report-Short Form (ETISR-SF)*. Document inédit.
- Dias, A., Sales, L., Cardoso, R. M., & Kleber, R. (2014). Childhood maltreatment in adult offspring of Portuguese war veterans with and without PTSD. *European Journal of Psychotraumatology, 5*, 1-10.
- Dias, A., Sales, L., Hessen, D. J., & Kleber, R. J. (2015). Child maltreatment and psychological symptoms in a Portuguese adult community sample: The harmful effects of emotional abuse. *European Child and Adolescent Psychiatry, 24*, 767-778.
- Earley, M. D., Chesney, M. A., Frye, J., Greene, P. A., Berman, B., & Kimbrough, E. (2014). Mindfulness intervention for child abuse survivors: A 2.5-year follow-up. *Journal of Clinical Psychology, 70*, 933-941.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*, 1149-1160.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using SPSS*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Follette, V. M., Palm, K. M., & Hall, M. L. R. (2004). Acceptance, mindfulness, and trauma. In S. C. Hayes, V. M. Victoria, & M. M. Linehan (Eds.) *Mindfulness and acceptance* (pp. 192-208). New York, NY: Guilford Press.

- Follette, V., Palm, K. M., & Pearson, A. N. (2006). Mindfulness and trauma: Implications for treatment. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 24*, 45-61.
- Follette, V. M., & Vijay, A. (2009). Mindfulness for trauma and posttraumatic stress disorder. In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 299-317). New York, NY: Springer.
- Frewen, P. A., Dozois, D. J. A., Neufeld, R. W. J., & Lanius, R. A. (2012). Disturbances of emotional awareness and expression in posttraumatic stress disorder: Meta-mood, emotion regulation, mindfulness, and inference of emotional expressiveness. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*, 152-161.
- Godbout, N., & Bigras, N. (2014). Exploring the role of mindfulness in the relation between child maltreatment and psychological health. *Dysfunctional Avoidance: Trauma, Attachment, and Mindfulness*. Symposium conducted at the 30th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS), Miami, Florida.
- Godbout, N., Bigras, N., & Dion, J. (2016). *Présence attentive et traumatismes interpersonnels subis durant l'enfance*. Quebec: Presses de l'Université du Québec (PUQ).
- Haferkamp, L., Bebermeier, A., Möllering, A., & Neuner, F. (2015). Dissociation is associated with emotional maltreatment in a sample of traumatized women with a history of child abuse. *Journal of Trauma and Dissociation, 16*, 86-99.
- Hamby, S., Sugarman, D. B., & Boney-McCoy, S. (2006). Does questionnaire format impact reported partner violence rates?: An experimental study. *Violence and Victims, 21*, 507-518.
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*, 260-273.
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *La Revue canadienne de psychiatrie, 54*, 631-636.
- Hill, J. M., Vernig, P. M., Lee, J. K., Brown, C., & Orsillo, S. M. (2011). The development of a brief acceptance and mindfulness-based program aimed at reducing sexual revictimization among college women with a history of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology, 67*, 969-980.
- Hunsley, J., Elliott, K., & Therrien, Z. (2013). The efficacy and effectiveness of psychological treatments for mood, anxiety, and related disorders. *Psychologie canadienne, 55*, 161-176.
- Jermann, F., Billieux, J., Larøi, F., d'Argembeau, A., Bondolfi, G., Zermatten, A., & Van der Linden, M. (2009). Mindful Attention Awareness Scale (MAAS): Psychometric properties of the French translation and exploration of its relations with emotion regulation strategies. *Psychological Assessment, 21*, 506-514.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, NY: Dell Publishing.
- Kendall-Tackett, K. (2002). The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse and Neglect, 26*, 715-729.
- Kimbrough, E., Magyari, T., Langenberg, P., Chesney, M., & Berman, B. (2010). Mindfulness intervention for child abuse survivors. *Journal of Clinical Psychology, 66*, 17-33.
- Kimerling, R., Trafton, J. A., & Nguyen, B. (2006). Validation of a brief screen for Post-Traumatic Stress Disorder with substance use disorder patients. *Addictive Behaviors, 31*, 2074-2079.
- Koenen, K. C., & Widom, C. S. (2009). A prospective study of sex differences in the lifetime risk of posttraumatic stress disorder among abused and neglected children grown up. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 566-574.
- Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., & Goodwill, A. (2014). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse and Neglect, 39*, 147-155.
- Lilly, M. M., London, M. J., & Bridgett, D. J. (2014). Using SEM to examine emotion regulation and revictimization in predicting PTSD symptoms among childhood abuse survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 6*, 644-651.
- Luedtke, B., Davis, L., & Monson, C. (2015). Mindfulness-based cognitive-behavioral conjoint therapy for posttraumatic stress disorder: A case study. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 45*, 227-234.
- MacKillop, J., & Anderson, E. J. (2007). Further psychometric validation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 29*, 289-293.
- Mauritz, M. W., Goossens, P. J. J., Draijer, N., & Van Achterberg, T. (2013). Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *European Journal of Psychotraumatology, 4*, 1-15.

- Ouimette, P., Wade, M., Prins, A., & Schohn, M. (2008). Identifying PTSD in primary care: Comparison of the Primary Care-PTSD screen (PC-PTSD) and the General Health Questionnaire-12 (GHQ). *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 337-343.
- Palm, K. M., & Follette, V. M. (2011). The roles of cognitive flexibility and experiential avoidance in explaining psychological distress in survivors of interpersonal victimization. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 33*, 79-86.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments and Computers, 36*, 717-731.
- Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Cameron, R. P., Hugelshofer, D. S., Shaw-Hegwer, J., & Sheikh, J. I. (2003). The primary care PTSD screen (PC-PTSD): Development and operating characteristics. *Primary Care Psychiatry, 9*, 9-14.
- Schoorl, M., Van Mil-Klinkenberg, L., & Van Der Does, W. (2015). Mindfulness skills, anxiety sensitivity, and cognitive reactivity in patients with Posttraumatic Stress Disorder. *Mindfulness, 6*, 1004-1011.
- Schroevens, M., Nykliček, I., & Topman, R. (2008). Validatie van de nederlandstalige versie van de Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). [Validation of the Dutch version of the mindful attention awareness scale (MAAS)]. *Gedragstherapie, 41*, 225-240.
- Seligowski, A. V., Lee, D. J., Bardeen, J. R., & Orcutt, H. K. (2015). Emotion regulation and posttraumatic stress symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 44*, 87-102.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 373-386.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van Ijzendoorn, M. H. (2012). The universality of childhood emotional abuse: A meta-analysis of worldwide prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 21*, 870-890.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van Ijzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review, 24*, 37-50.
- Teasdale, J. D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 53-77.
- Thompson, R. W., Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (2011). Conceptualizing mindfulness and acceptance as components of psychological resilience to trauma. *Trauma, Violence, and Abuse, 12*, 220-235.
- Thompson, B. L., & Waltz, J. (2010). Mindfulness and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress disorder avoidance symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 409-415.
- Vallerand, R. J., & Hess, U. (2000). *Méthodes de recherche en psychologie*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Van Dam, D., Ehring, T., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. G. (2010). Validation of the Primary Care Posttraumatic Stress Disorder Screening Questionnaire (PC-PTSD) in civilian substance use disorder patients. *Journal of Substance Abuse Treatment, 39*, 105-113.
- Vuille, P. (2007). Thérapie d'acceptation et d'engagement: émotion, contexte et action. *Thérapies cognitives et émotions: troisième vague, 1*, 83-95.
- Vujanovic, A. A., Youngwirth, N. E., Johnson, K. A., & Zvolensky, M. J. (2009). Mindfulness-based acceptance and posttraumatic stress symptoms among trauma-exposed adults without Axis I psychopathology. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 297-303.
- Wegner, D. M., Shortt, J. W., Blake, A. W., & Page, M. S. (1990). The suppression of exciting thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 409-418.
- Whisman, M., & Snyder, D. K. (2007). Sexual infidelity in a national survey of American women: Differences in prevalence and correlates as a function of method of assessment. *Journal of Family Psychology, 21*, 147-54.
- Wolfsdorf, B. A., & Zlotnick, C. (2001). Affect management in group therapy for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 169-181.

Reçu le 22 juin 2016
Révision reçue le 21 septembre 2016
Accepté le 28 octobre 2016 ■