

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE À  
L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
NATHALIE BISSONNETTE

LIEN ENTRE UNE TAXONOMIE DES ÉVÈNEMENTS POTENTIELLEMENT  
TRAUMATIQUES ET LE TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

AVRIL 2015

## Sommaire

Des études antérieures sur des événements tels le « *World Trade Center* », des accidents automobiles ou bien des désastres naturels, ont reconnu le lien entre l'expérience d'évènement potentiellement traumatique (EPT) et le développement et maintien des symptômes du Trouble d'Anxiété Généralisée (TAG). Peu d'études ont tenté de mieux définir et discriminer ce lien en utilisant une taxonomie des EPT et la présence ou l'absence du TAG (inquiétudes, symptômes somatiques) ainsi que les vulnérabilités cognitives associées au TAG (intolérance à l'incertitude, évitement cognitif et attitude négative face aux problèmes). Cette étude a utilisé une taxonomie basée sur trois critères: EPT de type interpersonnel, EPT de type accident et EPT de type catastrophe naturelle pour déterminer la nature du lien entre différents types d'EPT et le TAG, postulant l'existence de liens significatifs entre eux. Un échantillon de 419 participants a été recruté parmi une population adulte dans trois établissements scolaires. Les participants ont répondu à des questionnaires. Des analyses de variance (ANOVA) ainsi que des tests de khi carré, ont été faits pour apporter des réponses aux questions de recherche de la thèse. Les résultats confirment une relation significative entre une taxonomie des traumatismes, les manifestations du TAG et les vulnérabilités cognitives. L'exposition à un cumul d'accidents est impliquée dans l'étiologie du TAG. Les résultats suggèrent que l'exposition à la violence interpersonnelle induit davantage de symptômes somatiques et que ce type d'exposition favorise la tendance à s'inquiéter exagérément. La violence psychologique, par un effet de cumul, augmente également la tendance à

s'inquiéter. L'intolérance à l'incertitude a des liens avec l'exposition à des traumatismes interpersonnels et des liens avec l'effet cumulatif d'accidents. L'attitude négative face aux problèmes est en lien avec les traumatismes de violence physique ou sexuelle. L'évitement cognitif est en lien avec les traumatismes interpersonnels, avec la sous-catégorie de violence sexuelle et avec les catastrophes. Il semble que la violence sexuelle ait un grand impact sur les vulnérabilités cognitives dans le TAG et sur la tendance à s'inquiéter.

## Table des matières

Sommaire .....	ii
Table des matières.....	iv
Index des tableaux.....	vii
Remerciement .....	viii
Introduction.....	1
Contexte .....	9
Trouble d'Anxiété Généralisée .....	10
Le TAG : au-delà des symptômes, des mécanismes cognitifs particuliers .....	14
L'intolérance à l'incertitude et les croyances erronées.....	15
L'attitude inefficace ou négative face aux problèmes.....	16
L'évitement cognitif .....	17
Étiologie du TAG .....	19
Prévalence, conséquences et définition des EPT.....	24
Rôle des types de traumatismes en lien avec la nosologie psychiatrique .....	26
Rôle des types de traumatisme en lien avec différentes variables: réponses émotionnelles, capacité de régulation affective, symptômes anxieux ou dépressifs...	33
Objectif et questions de recherche.....	45
Méthodologie .....	46

Participants .....	47
Méthodologie.....	47
Instruments de mesure.....	48
Mesures des EPT .....	49
Mesures des symptômes du TAG .....	51
Mesure des vulnérabilités cognitives.....	53
Résultats .....	55
Analyses préliminaires .....	56
Exposition à un EPT et types d'EPT .....	56
Sous-catégories d'EPT de violence interpersonnelle et âge du trauma .....	58
Variables à contrôler.....	60
Analyses principales.....	61
Les types de traumas semblent-ils associés à davantage de symptômes du TAG? 61	
Les types de traumas semblent-ils associés à davantage de vulnérabilités cognitives du TAG?.....	62
Les types de traumas semblent-ils associés à davantage de présence du TAG? ....	70
Discussion .....	72
Est-ce qu'un type de traumatisme particulier est associé à davantage de symptômes du TAG (c.-à-d., inquiétudes, symptômes somatiques)? .....	75

Est-ce qu'un type de traumatisme particulier est associé davantage à l'intolérance à l'incertitude ou à l'attitude négative face aux problèmes?.....	78
Est-ce qu'un type de traumatisme particulier est associé davantage au recours à des stratégies d'évitement cognitif?.....	80
Limites.....	84
Retombées possibles et pistes de recherche future.....	88
Conclusion .....	94
Références.....	98
Appendice A: Sommaire des variables.....	113
Appendice B: Formulaires sociodémographiques .....	119
Appendice C: Formulaire de consentement .....	121

## **Index des tableaux**

### Tableaux

1. Nombre de participants rapportant chacun des types principaux d'EPT ..... 58
2. Nombre de participants rapportant chacun des sous-types d'EPT de violence  
interpersonnelle..... 59
3. Statistiques descriptives pour les variables continues ..... 60
4. Comparaison entre les groupes d'EPT sur les mesures de symptômes du TAG ... 64
5. Comparaison entre les groupes d'EPT sur les mesures de vulnérabilité cognitive du  
TAG ..... 67
6. Comparaison entre les groupes d'EPT sur la mesure du TAG ..... 71

## **Remerciement**

J'aimerais reconnaître et exprimer ma gratitude envers tous ces gens qui m'ont supportée durant l'écriture de ma thèse et la complétion de mon doctorat pour psychologues en exercice.

J'aimerais d'abord remercier chaleureusement mon directeur de thèse, M. Patrick Gosselin, pour son support constant, sa foi en mes capacités (si pauvre en statistiques) et ses qualités d'enseignant. M. Gosselin a été des plus généreux en temps et en expertise. Il nous a toujours accueillis avec bienveillance et chaleur lors de nos déplacements entre St-Bruno et Sherbrooke, nous indiquant même les restaurants où aller et où être servis rapidement. Il ne souffre pas, à l'évidence, de l'anxiété qui s'est généralisée, par moment, chez moi.

Merci également à toute l'équipe impliquée dans le programme de doctorat pour les psychologues en exercice de l'Université de Sherbrooke. Je remercie également un de mes premiers professeurs, il y a longtemps, et que j'ai retrouvé avec plaisir lorsque j'ai entrepris ce programme. M. Claude Charbonneau est parti à la retraite avant la fin de mon cheminement. Sans lui, je n'aurais pu aller plus loin que ma deuxième année doctorale de motivation, d'énergie et faute de trouver un directeur de thèse.

Enfin, je remercie mon conjoint, Guy, sans qui le projet n'aurait pu se terminer. Son intérêt tantôt feint tantôt réel, son enthousiasme pour que j'atteigne les plus hauts standards de la profession, m'ont soutenue pendant ces années. La famille a dû s'adapter à de longues heures de travail, à mes escapades à l'université les week-ends, à mes pleurs, à mes angoisses. Je remercie tout mon entourage de m'avoir permis d'accomplir ce que j'avais en tête depuis bien longtemps, le doctorat.

## **Introduction**

Le Trouble d'Anxiété Généralisée (TAG) est le trouble anxieux le moins étudié quoique le plus fréquent (Allgulander, 2009; Kessler, Walters & Wittchen, 2004; Dugas 2000). La plupart des études sur le sujet décrivent les symptômes et le meilleur traitement pour lever ces symptômes. Les facteurs étiologiques liés au maintien et au développement du TAG, quant à eux, en sont moins le centre d'intérêt. Des revues de littérature non exhaustive (Gosselin & Laberge, 2003; Hudson & Rapee, 2004) ont identifié des facteurs liés à des aspects génétiques et à la personnalité, à certaines influences environnementales intrafamiliales ainsi qu'à des facteurs externes. Pour notre part, la recherche qui nous intéresse est plus particulièrement en lien avec l'influence des événements externes, les événements potentiellement traumatiques (EPT) sur le développement du TAG.

Les études qui établissent et supportent un lien entre la symptomatologie du TAG et l'exposition à un EPT ont plus souvent des échantillons de participants exposés à un seul type d'évènement traumatique. Suite à l'évènement du 11 septembre 2001, par exemple, Ghafoori et al. (2009) ont mis en relation l'attaque du World Trade Center (WTC) et la prévalence du TAG. Ils démontrent qu'il existe un lien entre les deux et que cette association n'est pas due à la prévalence d'autres désordres puisqu'ils ont contrôlé les niveaux des symptômes pour l'état de stress post-traumatique (ESPT), de la dépression, du désordre panique et de l'abus de substance. Ceux qui ont été diagnostiqués

positivement par le TAG avaient deux fois plus de chance d'avoir perdu un être cher dans l'attaque, d'avoir eu quelqu'un sur le site du WTC ou d'avoir connu quelqu'un qui travaillait aux efforts de recherche et sauvetage suite aux événements. Il semble que l'attaque du 11 septembre ait contribué (10,5 %) à la survenue du TAG chez une population à majorité féminine, célibataire, mi-quarantaine et pauvre. Cette étude est cohérente avec les résultats associant traumatisme d'assaut violent de type terrorisme et TAG (Jordan, et al., 2004; Murphy, 2010), associant les désastres naturels et le TAG (Acierno et al., 2007; Murphy, 2010; Palinkas, Downs, Peterson, & Russel, 1993; Shore, Tatum, & Vollmer, 1986).

Les études visant à mesurer seulement le lien entre l'EPT et le TAG sont peu nombreuses, souvent orientées davantage sur l'investigation de la co morbidité entre l'état de stress post-traumatique (ESPT), la dépression majeure (DM) et le TAG, sur des échantillons de population ciblés. Toutefois, il semble que chaque étude établisse un lien entre EPT et TAG. Neria, Besser, Kiper et Westphal (2010), ont effectué une étude longitudinale sur les conséquences de la guerre Israël-Gaza entre 2008 et 2009, sur une population civile majoritairement féminine (84 %); une guerre qui a duré 22 jours, lors d'une invasion des forces militaires israéliennes sur les territoires de la bande de Gaza. Les participants rapportaient, en moyenne, avoir été exposés à huit tirs de missile avant l'attaque, et à cinq tirs durant la guerre. Les auteurs ont mené cette étude en trois temps afin de mesurer l'impact de cette guerre sur la prévalence des trois syndromes cliniques, chez des sujets civils israéliens. Ils ont choisi d'exclure le critère d'inclusion du 6 mois

pour le TAG. Les résultats en temps de guerre, à deux et à quatre mois après le cessez-le-feu, démontrent une diminution de la prévalence pour les trois groupes. Pour les symptômes apparentés au TAG, la prévalence passe de 57,8 % durant les 22 jours de guerre à 21,5 % à deux mois et à 12,6 % à quatre mois. Ce résultat à la baisse, est sans surprise. Au début de l'attaque, la vie des participants est en danger et la plupart des participants (61,5 %) ont rapporté une réponse de peur, d'effroi et d'impuissance durant ces 22 jours. L'intensité de la réponse au stress est maximale et les symptômes anxieux sont beaucoup plus présents que par la suite; ce qui peut s'expliquer par une capacité impressionnante de recouvrer la santé suite à des changements externes (comme un cessez-le-feu). Considérant que le TAG requiert une durée de 6 mois, les résultats de cette étude ne permettent pas de conclusions concernant un lien entre ce type d'EPT et le TAG.

Amstadter et al., (2009), ont étudié la prévalence de l'ESPT, de la dépression (DM), du désordre de la panique (AP) et du TAG au sein d'une population vietnamienne suivant le typhon *Xangsane* de 2006. Le séisme a interrompu une étude portant sur 4,982 individus au Vietnam. Suivant le désastre, 798 participants ont été sélectionnés et interviewés à nouveau afin de déterminer la prévalence des quatre syndromes cliniques précités. Les facteurs de risque étaient différents pour chacun des groupes diagnostiques, mais généralement, ils étaient liés à une forte exposition au typhon, à un cumul de traumatismes et au contraire d'autres études, un âge avancé, mais pas de différence entre les femmes et les hommes. La prévalence pour chacun des désordres se situe sous les

10 % à 6 mois d'intervalle suivant le typhon. Le TAG, de façon plus particulière, a une incidence de 2,2 % suivant les 6 mois. Bien que ce résultat n'appuie pas nécessairement le lien entre événement traumatique et TAG, il importe de noter que souvent ces populations ont déjà été exposées à d'autres traumatismes et possèdent une cohésion sociale différente de la nôtre, ce qui limite la généralisation des résultats obtenus pour une population nord-américaine.

DeMond, Beck, Marques, Palyo et Clapp (2008) ont étudié une population clinique souffrant de l'ESPT, du TAG et de la DM, suivant un accident d'automobile. Un échantillon de 228 survivants avaient tous expérimenté une peur intense, un sentiment d'impuissance et d'horreur ainsi qu'ils avaient tous cru en mourir. De plus, les participants ayant expérimenté un traumatisme crânien étaient sévèrement suicidaires, rapportaient des symptômes psychotiques et satisfaisaient les critères d'abus de substances ou de dépendance, durant la dernière année. De cet échantillon, 131 (57,5 %) satisfaisaient les critères de l'ESPT, 67 (29,4 %) satisfaisaient les critères de la DM et 72 (31,6 %) satisfaisaient les critères du TAG. Le but de l'étude visait à découvrir la structure de la détresse suivant un traumatisme, en utilisant une approche dimensionnelle. L'ESPT, la DM et le TAG sont les désordres les plus communément développés suite à un événement traumatique. Les chercheurs se sont posé deux questions: tout d'abord, qu'elle est la meilleure structure opérationnalisant l'ESPT, la DM et le TAG en utilisant une comparaison entre quatre modèles. Le premier modèle évalue une solution à un facteur basé sur les résultats de neuf tests (CAPS, PSS, IES- intrusion,

IES- évitement, ADIS-IV (symptômes dépressifs, symptômes anxieux, BDI et TCQ). Le deuxième modèle évalue les trois constructions nosologiques selon les critères du DSM, le troisième modèle combine la construction du ESPT et de la DM ensemble et le quatrième modèle combine la construction de la DM et du TAG ensemble. Quatre indices ont été utilisés pour évaluer la pertinence du modèle, rendant cette étude plus robuste. Ensuite, basé sur le modèle, les chercheurs se sont questionnés sur la structure des symptômes associés à l'ESPT, la DM et le TAG. Le modèle deux, évaluant les trois constructions nosologiques selon les critères du DSM, après manipulations, a été retenu. Puis, de façon plus spécifique au TAG, les symptômes de la fatigue, tension musculaire, fatigabilité, irritabilité, difficulté de concentration et difficulté à trouver le sommeil ou à rester endormi sont les indicateurs retenus. L'intérêt de cette étude n'est pas tant le lien entre l'EPT et le TAG, mais plutôt que l'étude démontre que le TAG est relativement indépendant des autres désordres et suggère que le TAG, même en présence de la DM ou du ESPT, doit conserver sa constellation unique de symptômes (le TAG n'était diagnostiqué que lorsque le contenu des inquiétudes n'était pas lié à l'accident afin de conserver leur indépendance face aux autres symptômes). Cette étude met donc l'accent sur l'importance de considérer d'autres désordres (autre que l'ESPT) suivant l'expérience d'un EPT. Finalement, les résultats montrent que les victimes d'accidents de la route souffrent ensuite davantage du TAG que de la DM.

Considérant que le TAG requiert une durée de 6 mois, que plusieurs recherches ont été faites sur le lien entre un EPT et trois ou quatre syndromes cliniques, que souvent un

seul type d'EPT est mis en lien avec le TAG ou que les conclusions des études ne permettent pas la généralisation, il y a place à la recherche future visant une meilleure compréhension du rôle des facteurs externes de type EPT en lien avec le TAG. Par ailleurs, notre recension des écrits ne nous a pas permis de découvrir des études qui se sont penchées sur l'effet spécifique d'un type de traumatisme dans l'étude du lien entre la présence d'un événement potentiellement traumatique et le TAG. Par exemple, des auteurs précisent que les événements traumatiques peuvent se décliner en plusieurs types (p.ex., causé par l'homme ou non) (Brière, 2005; Brillon, 2005; Kira, 2001, & Terr, 2003). Nous n'avons pas trouvé d'études mettant en lien un type spécifique de traumatisme et les variables cognitives généralement associées au TAG (p.ex., intolérance à l'incertitude). Il est possible que de tenir compte de ce facteur amène une compréhension plus fine du lien entre événement traumatique et TAG.

Cette thèse vise à vérifier la présence de lien entre l'exposition à un type particulier d'EPT et la symptomatologie du TAG. Elle cherche à mettre en lumière le rôle qu'une taxonomie des traumatismes peut jouer dans l'apparition et le maintien des symptômes du TAG, de même qu'avec les variables cognitives généralement associées au TAG: l'intolérance à l'incertitude, l'évitement cognitif et l'attitude face aux problèmes.

L'intolérance à l'incertitude, et l'évitement cognitif sont les cibles du traitement du TAG mis de l'avant par Dugas, Gagnon, Ladouceur, et Freeston (1998). Les auteurs ont développé un modèle explicatif du TAG suite à des études faites sur des populations

cliniques et non cliniques. Depuis plus de vingt ans, les meilleures pratiques basées sur les données probantes donnent encore raison aux chercheurs. L'importance de ces variables de même que la valeur explicative de ces vulnérabilités cognitives nous amène à nous intéresser davantage à l'étiologie du TAG.

Le contexte théorique relié au TAG est d'abord présenté puis les questions de recherche sont discutées. Ensuite la méthodologie est présentée en détail ainsi que les résultats. L'interprétation et la discussion sur les résultats obtenus fait suite pour ensuite conclure. Enfin, une liste des références ainsi qu'une liste des appendices sont incluses.

**Contexte**

Afin de donner un meilleur aperçu du Trouble d'Anxiété Généralisée, il convient d'abord d'en présenter un simple compte rendu, puis ensuite d'établir les critères diagnostiques, l'épidémiologie, la comorbidité et les conséquences associées, de même que l'état de la recherche concernant le TAG. Le rôle de l'intolérance à l'incertitude est discuté. Les facteurs étiologiques sont décrits par la suite, plus particulièrement l'impact des événements potentiellement traumatiques (EPT) sur le TAG.

### **Trouble d'Anxiété Généralisée**

**Description.** Le Trouble d'Anxiété Généralisée (TAG) (APA, 2013) est caractérisé par de l'anxiété et des inquiétudes excessives (appréhensions) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois. Mennin, Heimburg, et Turk (2004) mettent l'accent sur l'inquiétude pathologique pour bien comprendre le TAG. Ils font la différence entre l'inquiétude et l'anxiété, entre l'inquiétude et l'obsession et entre l'inquiétude et la rumination. L'inquiétude est essentiellement un phénomène cognitif avec une valeur négative alors que l'anxiété serait davantage physique, une expérience somatique (Borkovec, Ray, & Stober, 1998). L'inquiétude est conceptualisée en tant que stratégie d'évitement cognitif pour éviter les images négatives reliée à une situation menaçante perçue et doublée d'un état émotif. Comme l'inquiétude est une forme d'évitement cognitif, il a été suggéré qu'elle prévient ou empêche le traitement émotionnel, la régulation affective adéquate requise pour surmonter l'anxiété ou la peur associée à la

situation anticipée (Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004; Dugas et al., 1998; Roemer, Salters, Raffa, & Orsillo, 2005).

L'inquiétude pathologique se définit comme une inquiétude qui entraîne de longues périodes d'introspection et de retrait social; le processus ne stimule aucun nouvel apprentissage ou de possibilités de généralisation à d'autres sphères de vie; et l'inquiétude devient autosuffisante au point de promouvoir un sentiment d'impuissance chez l'individu qui s'inquiète (Mennin, Heimburg, & Turk, 2004). Celles-ci concernent un certain nombre d'activités ou d'évènements, tels le travail, la famille, la santé, la performance à l'école ou le futur en général. La différence entre une inquiétude dite « normale » et pathologique réside dans une différence au niveau de l'intensité et de son côté insidieux. De plus, au-delà des inquiétudes, il existe d'autres variables qui s'ajoutent et qui jouent un rôle discriminant telles : l'intolérance à l'incertitude, l'évitement cognitif et l'attitude négative face aux problèmes.

Il est important pour nous de créer un parallèle entre une nosographie nord-américaine du TAG (APA, 2013) et une nosographie européenne (ICID-10, 1992) (Slade & Andrews, 2001). La définition du ICD-10 semble expliquer davantage et en meilleurs termes, à notre avis, ce qu'est une inquiétude, en utilisant plusieurs synonymes. Pour les Européens, « l'attente anxieuse » ou sentiment d'appréhension est le premier critère diagnostique pour le TAG. Cette « attente » peut être définie comme un état d'alerte et

de tension permanente et forte, une inquiétude durable, sans objet défini, pouvant surgir et se concrétiser pour n'importe quel prétexte. La symptomatologie peut s'exprimer sous différentes formes : sentiment d'insécurité, attente d'une menace imprécise, exagération, majoration du moindre souci et interrogations sur l'avenir. Cette caractéristique est commune aux deux classifications, mais ici s'arrêtent les aspects communs puisque les perspectives de ces deux nosographies concernant le TAG, proviennent de perspectives divergentes. Dans le DSM, le critère « excessif » ou « hors de proportion » des inquiétudes est beaucoup plus discriminant que l'ICD-10. De plus les inquiétudes dites "normales" ne sont habituellement pas accompagnées de symptômes somatiques. L'APA (2013) a déterminé que le diagnostic du TAG devait être associé à au moins trois des six symptômes suivants : agitation ou sentiment d'être survolté, fatigabilité ou se fatiguer facilement, difficulté à se concentrer ou difficulté à maintenir une activité intellectuelle (« *blank mind* »), irritabilité, tension musculaire et perturbation du sommeil (APA, 2013; Ladouceur & Dugas, 1999; Mennin et al., 2004). L'ICD-10, quant à lui décrit des symptômes somatiques beaucoup plus large et varié, tels des symptômes liés à des attaques de panique (APA, 2013), par exemple. Comme l'étude et la plupart des données sont basées sur des critères diagnostiques de l'APA, seul ce document sera dorénavant, utilisé dans nos explications et discussions à venir.

Les études ont démontré que le TAG a une prévalence à vie se situant entre 2,9 % et 9 %. La population féminine a deux fois plus de chance de développer un TAG que la population masculine et les jeunes adultes ou les personnes d'autres ethnies seraient

également plus à risque. La prévalence du diagnostic atteint un sommet à l'âge moyen, pour décliner par la suite (APA, 2013; Bruce, Machan, Dyck, & Keller, 2001; Kessler, Berglund, Demler, Jin, & Walters, 2005; Kessler et al., 2004; Leahy & Holland, 2000). Typiquement, la maladie débute entre la mi-adolescence et la fin de la vingtaine. Il semble que la prévalence à vie soit en ascension lorsque nous comparons les données de cohorte en cohorte depuis les derniers cinquante ans (Kessler et al., 2004). Il existe également une certaine corrélation entre le TAG et les données socio-économiques lorsque les critères de l'ICD-10, sont utilisés.

Le TAG semble, de fait, le trouble le plus fréquemment observé au sein des unités de soins de première ligne (Allgulander, 2009; Kessler et al. 2004). Le pourcentage est souvent plus élevé lorsqu'une étude utilise des mesures autorapportées au sein d'une population non clinique (Belleville, Bélanger, Ladouceur, & Morin, 2008). Ceci, combiné au faible taux de réponse aux traitements, fait en sorte que certains chercheurs et cliniciens considèrent le TAG comme une condition chronique, comme le diabète ou l'hypertension, dont la sévérité fluctue dans le temps (APA, 2013; Angst, Gamma, Baldwin, Adjacic-Gross, & Rossler, 2009; Leahy & Holland, 2000).

Conséquemment, le TAG a pour effet une dégradation du fonctionnement général chez les personnes qui en souffrent. Souvent, la vie sociale et le niveau de satisfaction dans la vie en général semblent être affectés par le TAG (Roemer, Orsillo, & Barlow, 2004). Gosselin et Laberge (2003) rapportent que les gens qui en souffrent sont souvent

exténués et désespérés. Ils surconsommeraient la médication pour augmenter leur qualité de vie, consulteraient régulièrement en cabinet médical et tendraient à s'absenter souvent du travail

### **Le TAG : au-delà des symptômes, des mécanismes cognitifs particuliers**

La fin des années 90 et les années 2000 ont vu émerger des modèles explicatifs pour le TAG, validés empiriquement (Dugas et al., 1998; Heimburg, Turk, & Mennin, 2004). Dugas (2000) a aussi observé que, dans le cas du TAG, la plupart des études publiées portent sur la nature ou le traitement du trouble, laissant de côté l'explication des symptômes ou des mécanismes cognitifs associés. Le modèle le plus documenté et le plus étudié jusqu'ici est celui de Dugas et al. (1998). Ce modèle propose quatre mécanismes cognitifs principaux présents chez les patients souffrant du TAG et constituerait des vulnérabilités menant au développement ou à l'exacerbation des inquiétudes excessives. Ces mécanismes ou vulnérabilités cognitives sont: (a) l'intolérance à l'incertitude (Ladouceur, Gosselin, & Dugas, 2000; Dugas, Gosselin, & Ladouceur, 2001; Buhr et Dugas, 2006), (b) les croyances erronées concernant l'inquiétude (Gosselin et al., 2004), (c) l'attitude inefficace ou négative face aux problèmes (Dugas, Freeston, & Ladouceur, 1997; Dugas, Marchand, & Ladouceur, 1999), et (d) l'évitement cognitif (Borkovec et al., 1998; Borkovec et al., 2004; Roemer et al., 2005).

### **L'intolérance à l'incertitude et les croyances erronées**

L'intolérance à l'incertitude serait le meilleur indice précurseur de la tendance à s'inquiéter (Laugesen, Dugas, & Bukowski, 2003). Elle est décrite comme une tendance à considérer inacceptable la possibilité, si minime soit-elle, qu'un événement négatif incertain puisse se produire (Gosselin et Laberge, 2003). Dugas, Buhr et Ladouceur (2004) ont découvert que, face aux événements incertains, les sujets ayant une faible tolérance à l'incertitude sont plus concernés, interprètent la menace à la hausse et ont des biais perceptifs qui peuvent occasionner des erreurs dans les situations incertaines. Les personnes intolérantes à l'incertitude sont également celles qui démontrent une certaine inefficacité dans la résolution de problèmes (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994). L'intolérance à l'incertitude contribue aussi à la formation de croyances positives erronées face aux inquiétudes. Les personnes qui tolèrent peu l'incertitude renforcent les croyances suivantes: s'inquiéter aide à prévenir et à résoudre les problèmes, s'inquiéter a une influence sur les autres, s'inquiéter permet de réduire les conséquences émotionnelles négatives, s'inquiéter peut empêcher ou provoquer un événement et s'inquiéter est un trait immuable de la personnalité. Finalement, l'intolérance à l'incertitude favorise l'évitement cognitif des images mentales inquiétantes et laisse place à un discours interne. Les recherches ont démontré que les personnes souffrant du TAG sont plus intolérantes à l'incertitude que ceux souffrant d'autres troubles anxieux (Lachance, Ladouceur, & Dugas, 1999). En fait, de façon plus

spécifique, c'est le concept d'intolérance à l'incertitude issu des études sur le TAG qui nous aide à mieux comprendre l'étiologie et le traitement des troubles anxieux.

L'intolérance à l'incertitude a été associée comme facteur de maintien dans plusieurs troubles psychologiques : le TAG (Dugas et al., 2001; Freeston et al., 1994); le trouble obsessionnel compulsif (Holaway, Heimberg, & Coles, 2006; Tolin, Abramowitz, Brigidi, & Foa, 2003); l'anxiété sociale (Butzer & Kuiper, 2006; Holaway et al., 2006); l'hypocondrie (Langlois, Pelletier, Ladouceur, & Boucher, 2005) et la dépression (Dugas, Schwartz, & Francis, 2004).

### **L'attitude inefficace ou négative face aux problèmes**

Plusieurs recherches ont démontré qu'une difficulté à résoudre les problèmes de la vie courante est associée au développement et au maintien du TAG (Dugas et al., 1998; Gosselin et al., 2004). Toute situation problématique pouvant se produire dans la vie de tous les jours (dispute, perte d'emploi, travail à faire, etc.) peut devenir un problème social si la personne ne possède pas les habiletés nécessaires pour y faire face. (D'Zurrilla & Nezu, 1999). Selon Maydeu-Olivares et D'Zurrilla (1996), la résolution des problèmes sociaux s'appuie sur des processus cognitifs et comportementaux tels que: l'attitude négative ou positive face aux problèmes, la résolution rationnelle ou au contraire une impulsivité voire une négligence et des stratégies d'évitement en tant que style d'appréhension des problèmes.

C'est l'attitude négative face aux problèmes qui est la seule composante où les déficits sont vraiment observés dans la pathologie du TAG. L'attitude négative face aux problèmes est une tendance à voir les problèmes comme une menace à son bien-être, associé à un pessimisme et à des doutes quant à la capacité à bien maîtriser les habiletés nécessaires à la résolution du problème. Cette attitude négative se trouve également liée aux symptômes de la sphère dépressive ainsi que dans les tendances suicidaires chez les enfants et les adolescents (Gosselin, Ladouceur, & Pelletier, 2005). L'intolérance à l'incertitude peut donc mener à adopter une attitude négative face aux problèmes en affectant à la fois la capacité à bien percevoir le problème ainsi que la capacité à le résoudre. Tous les problèmes contiennent une part d'incertitude. La personne souffrant du TAG tend à tourner son attention sur certains aspects du problème et à les interpréter comme étant menaçants (Dugas et al., 1997; Dugas et al., 2004). De plus, l'intolérance à l'incertitude peut conduire au stress, à de l'anxiété et à de la frustration face à certains problèmes ce qui peut diminuer l'accès aux ressources cognitives et émotionnelles nécessaires à la résolution de problème. Les gens souffrant du TAG démontrent peu de confiance en leur capacité à résoudre des problèmes (Dugas et al., 1999) ce qui peut entraîner de l'inquiétude catastrophique (Dugas et al. 2004).

### **L'évitement cognitif**

Plusieurs troubles psychiatriques sont caractérisés par la présence d'intrusions cognitives récurrentes et persistantes. Par exemple, les obsessions dans le trouble obsessionnel compulsif (TOC), les inquiétudes dans le TAG, la reviviscence dans l'état

de stress post-traumatique (ESPT), les idées noires dans la dépression (DM), la peur du jugement dans la phobie sociale. Ces pensées entraînent une souffrance importante chez les sujets et le mécanisme de défense de l'évitement sera utilisé très souvent.

Dans les années 90, l'évitement a été considéré comme la cause qui pouvait entraîner très souvent des effets pervers, dont un « effet rebond » des pensées intrusives et donc une exacerbation de la souffrance émotionnelle. Tout un corpus de recherches et de traitements a été produit pour diminuer les effets de rebond, avec des résultats équivoques (Purdon, 1999). Les traitements d'exposition aux pensées dérangeantes que l'on retrouve dans le TAG (de même que pour toutes les autres pathologies ayant pour symptômes, l'intrusion des pensées), arrivent à de bons résultats ce qui, paradoxalement, confirme la thèse que l'évitement cognitif pourrait contribuer au maintien de la symptomatologie du TAG (Dugas et Ladouceur, 2000; Ladouceur et al., 2000). Les stratégies d'évitement cognitif ou de suppression de pensées sont définies comme telles: évitement de stimuli déclencheurs de pensées désagréables, distraction, suppression de pensée, substitution de pensée et transformation d'images en pensée.

Nous distinguons l'évitement cognitif de l'évitement émotionnel même si l'un ne va pas sans l'autre. L'évitement émotionnel se retrouve en tant que stratégie de régulation des émotions difficiles telles que l'anxiété, la honte ou la frustration. L'on retrouve l'évitement cognitif en tant que stratégie de régulation affective chez Webb, Miles et Sheeran (2012).

## Étiologie du TAG

Il existe plusieurs facteurs étiologiques pour le TAG. Hudson et Rapee (2004) ont effectué une revue de littérature plutôt exhaustive sur les facteurs de développement du TAG. Nous allons brièvement faire la synthèse de chacun des facteurs pour faciliter la compréhension du lecteur et introduire notre sujet d'intérêt pour cette étude. Ces auteurs notent que peu d'études amènent à comprendre comment se développent les troubles anxieux, puisque ces études doivent s'échelonner sur plusieurs années. Il importe d'étudier les facteurs qui peuvent en être à l'origine. Outre l'influence génétique et les effets du modèle parental sur l'apprentissage, dans le maintien et le développement des troubles anxieux, l'impact des événements négatifs de la vie a également une influence et augmente le risque de développer un TAG.

Un des premiers facteurs étudiés pour ce genre de questionnement est celui de la génétique. Existe-t-il ou non, une transmission héréditaire de l'anxiété. À partir des années 80, plusieurs études sur des paires de jumeaux ont été effectuées. Ces études suggèrent à la fois une prédisposition générale à l'anxiété et à la dépression, sans gène spécifique, ainsi qu'à des facteurs génétiques purs. Une étude sur des jumeaux a démontré une hérédité de 31 % (Hettema, Neale, & Kendler, 2001) sans identifier, elle, de gènes spécifiques. Une étude plus récente semble pointer vers une interaction entre un gène spécifique identifié pour l'anxiété, et l'environnement (Amstader et al., 2010). Les recherches sur les familles semblent suggérer, quant à elles, que l'environnement joue un rôle particulier et non la génétique. Par exemple, les enfants du premier degré de

parents atteints du TAG ont davantage de chance de développer le TAG eux-mêmes (Hudson & Rapee, 2004).

Pour expliquer ce dernier résultat, les chercheurs se sont attardés sur le rôle tempérament de l'enfant et le développement subséquent d'un trouble anxieux. Le tempérament se définit, par exemple, selon certains critères tels: une approche soit positive, soit négative face aux situations nouvelles, des schémas de prise de repas ou d'heures de sommeil plus ou moins réguliers, des crises de larmes ou de colères ou bien une lenteur d'adaptation face aux changements. Le tempérament peut être qualifié de facile à difficile en passant par « lent à se réchauffer ». Un des critères plus important au niveau du tempérament est lié aux comportements d'inhibition: réaction de retrait, d'évitement, de timidité et de méfiance. Les résultats ont démontré que souvent, les patients adultes souffrant de TAG rapportent des manifestations graduelles et prétendent avoir été anxieux toute leur vie (Rapee, 1991). Les enfants qualifiés de tempérament « difficile » par leurs mères ont été diagnostiqués cliniquement anxieux (Rapee & Szollos, 1997). Les enfants de parents anxieux ont démontré des différences significatives au niveau de l'activation psychophysiologique (Merikangas, Avenevoli, Dierker, & Grillon, 1999). Les études longitudinales examinant le lien entre l'anxiété et le tempérament ont démontré que les enfants ayant des comportements d'inhibition stables avaient plus de chance de développer un trouble anxieux (Biederman et al., 2001; Kagan, Snidman, Zentner, & Peterson, 1999). Ces comportements sont importants dans

le maintien et le développement de l'anxiété. Nous nous y attarderons plus en détail plus loin.

Du côté de l'environnement familial, les études se sont penchées sur les comportements des parents. Les trois questions sont: est-ce que le parent supporte l'évitement chez son enfant, est-ce que le parent transmet des signaux de danger inappropriés, est-ce que le parent possède les qualités d'autorégulation nécessaire pour faire face au danger réel. Les parents d'enfants anxieux tendent souvent à en faire trop, sont intrusifs dans leur façon d'apporter leur aide lors d'une tâche donnée à l'enfant, donnent plus d'aide que les parents d'enfants sans anxiété. Ces parents semblent vouloir éviter que leurs enfants expérimentent de la détresse au lieu de leur permettre de trouver, seuls, la solution au problème (Hudson & Rapee, 2001; Rapee, 1997). Le comportement parental est lié au tempérament de l'enfant (Bell, 1977). Pour les enfants « difficiles » ou « hautement réactifs » (haut niveau d'activité motrice, haut niveau de pleurs), le comportement parental hyper protecteur (prenant l'enfant dans les bras alors que l'enfant n'a pas besoin d'aide) couplé à la haute réactivité de l'enfant, est un indice précurseur des peurs infantiles (Kagan, Snidman, Arcus, & Reznick, 1994). Les études concernant les styles d'attachement ont également conduit à des résultats positifs. Par exemple, pour un enfant ayant un attachement de type ambivalent, 28 % ont développé un trouble anxieux à l'adolescence, et ce, même si l'anxiété maternelle et le tempérament de l'enfant étaient pris en compte (Warren, Huston, Egeland, & Sroufe, 1997).

L'anxiété parentale semble se transmettre. Un individu peut apprendre à avoir peur ou à être anxieux dans certaines situations, simplement en regardant quelqu'un d'autre avoir peur ou être anxieux. C'est l'effet du « *modeling* » et l'enfant peut internaliser cette règle générale que « le monde est dangereux ». Nous savons maintenant que l'anxiété maternelle est un facteur qui contribue à l'insécurité dans l'attachement et qu'il est un « modèle » pour l'enfant. Des enfants anxieux ont plus de chance d'avoir des parents anxieux (Gerull & Rapee, 2002).

Un dernier facteur étiologique est l'impact des événements extérieurs. Cela inclut les événements stressants de la vie courante ainsi que des événements plus intenses, potentiellement traumatiques (EPT). L'expérience de stressors durant l'enfance a clairement un lien avec un risque accru de développer un trouble anxieux. Plusieurs études ont examiné le lien entre un événement potentiellement traumatique et le TAG (Gosselin & Laberge, 2003; Hudson & Rapee, 2004; Beck & Emery, 1985; Zuellig, Newman, Alcaine & Behar, 1999; Roemer, Molina, Litz, & Borkovec, 1997b). D'autres études rétrospectives se sont penchées sur les réponses émotives suite au traumatisme (Kaysen, Morris, Rizvi & Resick, 2005; Amstadter & Vernon, 2008). L'impact de ces événements négatifs est influencé par la vulnérabilité individuelle à l'anxiété et à l'impression de contrôlabilité que peut avoir un individu sur les événements externes. Un faible contrôle sur l'environnement, comme pour le cas d'un enfant, accroît sa vulnérabilité à développer un trouble anxieux. La perception du contrôle a également un effet c'est-à-dire qu'un individu percevant qu'il n'a que peu de contrôle, augmente les

comportements d'inhibition ce qui résulte en perte de sentiment de sécurité. Plus un individu a du contrôle sur les événements ou la perception d'en avoir, moins il aura peur, moins il sera anxieux.

Lors d'une recension des écrits sur le sujet, Gosselin et Laberge (2003) ont noté que, souvent, les gens qui souffrent du TAG associent le début de leur maladie à des événements déclencheurs particuliers tels que: l'accumulation de responsabilités, la naissance d'un enfant ou des difficultés de santé. Ils décrivent d'autres événements plus chroniques, voir traumatiques tels que: des abus dans l'enfance, la perte ou la séparation d'un parent et la négligence parentale. Beck et Emery (1985) ont suggéré que la seule exposition à un EPT peut suffire au développement du TAG. Roemer et al. (1997b) soutiennent qu'il existe un lien entre les EPT et l'étiologie du TAG. Ils ont notamment observé que les gens qui souffraient du TAG tendaient à rapporter davantage d'expositions à une variété d'EPT. Borkovec et al. (2004) proposent donc que les traumatismes passés soient souvent la cause du phénomène d'appréhension anxieuse chronique et de la perception que le monde est dangereux, ce qui peut être sous-jacent à l'émergence du TAG. À ce sujet, Duplessis et Gosselin (2009) ont aussi observé que parmi les gens se considérant intolérants à l'incertitude, près du tiers estime l'être devenu après avoir vécu un événement précis comme la maladie/mort d'un proche ou un accident. Ils rapportent que peu d'études se sont penchées sur le lien entre les EPT et le TAG ou entre les EPT et les vulnérabilités cognitives sous-jacentes.

Une seule recherche longitudinale a étudié l'interaction entre les situations de stress environnementaux et le TAG. La cohorte Dunedin a séparé les antécédents de 52 cas purs de TAG avant l'âge de 32 ans, basé sur les critères du DSM-IV, de ceux qui avaient une dépression concomitante (Moffit et al., 2007). Les cas purs différaient des groupes contrôle en ce qui a trait aux facteurs de risque : symptômes maternels internalisés, statut socioéconomique bas, mauvais traitement, symptômes internalisés chez l'enfant et problèmes de la conduite. Ils avaient également un haut score sur le tempérament inhibé et un plus grand affect négatif. Cette dernière étude identifie donc des traumatismes dans l'étiologie du TAG.

### **Prévalence, conséquences et définition des EPT**

La prévalence des événements traumatiques au cours d'une vie est surprenante et les conséquences potentielles de cette exposition varient d'aucune à l'état de stress post-traumatique (ESPT). En clinique, nous observons tous les jours que ces événements (EPT) agissent tel un virus chez l'homme. Certains y sont immunisés et ne développent pas de troubles anxieux, d'autres auront les anticorps pour le combattre et développeront des troubles tels que le TAG, le TOC ou des troubles de la personnalité par exemple et enfin, pour d'autres, le virus les terrassera et développeront un ESPT ou même un trouble dissociatif.

Différentes études se sont penchées sur les liens entre les événements traumatiques et les symptômes que l'on retrouve au sein de plusieurs nosographies; le sujet est

extrêmement vaste. D'abord, Breslau, Davis, Andreski et Peterson (1991) et Vrana et Lauterbach (1994) ont mis en évidence que des échantillons non cliniques expérimentaient fréquemment des événements potentiellement traumatiques. Dû à la forte prévalence de ces événements et de leurs effets potentiellement dévastateurs, une attention accrue au niveau empirique et théorique s'est développée au sein des chercheurs afin de mieux comprendre les corrélats et conséquences de ces événements (Solomon et Davidson, 1997).

Malgré la forte prévalence à vie d'être exposé à un EPT qui varie entre 66 % (Norris, 1992; Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders, & Best, 1993) ou entre 39 % et 75 % de la population en général (Breslau, et al, 1991; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995; Norris, 1992; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003; Resnick et al, 1993), tous les individus exposés ne développent pas un ESPT, et tous les traumatismes n'occasionnent pas le même type de pathologie. La détresse psychologique suivant une exposition à un EPT est donc variable et le DSM-V en tient compte en identifiant un nouveau chapitre titré : les troubles liés aux traumatismes et aux stressants. Ces troubles incluent: le trouble réactif à l'attachement, le trouble de l'engagement social désinhibé, l'état de stress post-traumatique, l'état de stress aigu et le trouble de l'ajustement.

Les paramètres requis pour qualifier un EPT sont redéfinis. Avant (DSM-IV-TR, 2000), afin d'être qualifié d'extrême, l'événement ou la cause devait inclure la mort, la

menace de mort, les blessures physiques sérieuses, ou une menace à l'intégrité physique. Leahy et Holland, (2000) décrivent des expériences typiques : le combat, l'assaut sexuel ou physique, un accident sérieux, un désastre naturel ou fait par l'homme, l'incarcération ou la torture ou bien de recevoir le diagnostic d'une maladie incurable pouvant mener à la mort. Brière (2005) décrit un échantillon d'évènements généralement reconnu à partir de la littérature : les désastres, la violence de masse contre des non-combattants, un accident des transports à grande échelle, un accident de véhicules moteur, être exposé, car faisant partie du personnel d'urgence, la guerre, un assaut sexuel, un viol, la violence contre le partenaire dans l'intimité, le harcèlement, la torture, la prostitution ou le trafic de sexe, une maladie incurable, avoir été abusé dans l'enfance. Maintenant le DSM-V, ajoute au critère A, l'expérience directe du EPT; être le témoin, en personne, d'un EPT qui arrive à quelqu'un d'autre; apprendre qu'un EPT est arrivé à un membre de la famille ou à un ami proche (on parle ici d'un évènement violent ou accidentel) et finalement, expérimenter de façon répétée ou extrême, des détails aversifs d'un EPT (premiers répondants ramassant des restes humains, policiers exposés de façon répétée aux détails d'abus d'enfants). Nous verrons plus loin comment cette définition des EPT peut engendrer différentes taxonomies et questionnaires tant chez l'enfant que chez l'adulte.

### **Rôle des types de traumatismes en lien avec la nosologie psychiatrique**

L'évolution de la nosographie du DSM nous amène à définir d'une part le concept de trauma et d'autre part ses impacts possibles sur la vie d'un individu. Avant le milieu des années 80, les gens souffrant des effets de stressors étaient soit perçus comme n'ayant

aucun désordre psychologique ou soit recevaient un diagnostic de « réaction d'ajustement à la vie adulte » (APA, 1968). Ce terme « d'ajustement » semblait rendre floue la frontière entre une réaction post-traumatique et une détresse plus générale, associée à des conflits ou à des expériences de vie non désirées (mais pas nécessairement traumatique) (Brière, 2005). Cependant, elle rendait compte de toute une gamme possible de troubles autre que celui de l'ESPT, ce qui reflète davantage la réalité clinique.

Pendant le développement du DSM-V, plusieurs chercheurs se sont penchés sur la question de la classification des traumatismes et des désordres liés au stress (Friedman et al., 2011). Ils se sont demandés si une nouvelle catégorisation des désordres devait être créée dans une section vouée aux réponses anormales au stress et au trauma. Le trouble de l'adaptation, le stress aigu, l'état de stress post-traumatique et la dissociation en feraient partie parce que ce sont ces troubles qui sont souvent associés à l'exposition à des EPT. La question se pose puisque des symptômes tels que : l'insomnie, l'irritabilité, les difficultés de concentration ou les réactions de sursaut exagérées se présentent dans plusieurs troubles anxieux. L'exposition à des EPT et au stress peut mener, selon ces auteurs, à des réponses pathologiques anxieuses incluant les phobies (peur, hyperactivation, évitement), le trouble obsessionnel compulsif (pensées intrusives), la panique (hyper activation), mais aussi avec la dépression (dysphorie, rumination) et la dissociation (amnésie, dépersonnalisation, déréalisation). Cependant il est généralement reconnu que l'ESPT démontre moins la misère généralement associée à la détresse et à

l'anxiété que l'on retrouve dans le TAG. En effet, l'ESPT est davantage un désordre internalisé et/ou externalisé alors que le TAG est associé à une peur pathologique et à des comportements d'externalisation. Freidman et al. (2011) n'abordent pas le TAG parce que les études épidémiologiques sur le sujet sont encore insuffisantes.

Déterminer une taxonomie des traumatismes ou type de traumatismes est particulièrement important dans les études épidémiologiques. Habituellement, les chercheurs qui se penchent sur une taxonomie des traumatismes tentent de catégoriser les types de traumatismes au moyen d'une liste. Norris (1990) définit 8 rencontres violentes avec la nature, la technologie ou l'humain. Vrana et Lauterbach (1994) demandent de l'information au sujet de 11 événements ce qui est devenu un des questionnaires les plus utilisés (*Traumatic Event Questionnaire*). Le *Traumatic Life Event Questionnaire* (Kubany, 1995) évalue 17 événements et le *Stressful Life Event Screening Questionnaire* (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan et Green, 1998) identifie 13 événements principaux. La complexité d'établir une taxonomie tient au fait que cette taxonomie doit être au service de la mesure du critère A du ESPT, n'impliquant que des traumatismes physiques, faits au corps. La plupart de ces mesures ne sont pas basées sur une taxonomie claire et compréhensive.

Kira (1997, 2001) ainsi que son équipe (2008) ont critiqué cette limitation du critère A qui exclut tous les autres traumatismes des catégories « non-physique ». L'effet prolongé de l'exposition à du harcèlement, l'abandon, tous les types d'abus sexuel, de

même que des traumatismes collectifs tels le génocide ou l'Holocauste, sont des traumatismes qui vont plus loin qu'une atteinte à l'intégrité physique d'un individu. Les traumatismes complexes ou d'autres types de traumas comme le racisme (stresseur constant), la transmission intergénérationnelle d'une extrême pauvreté, la torture ou un génocide (atteinte à l'Identité collective), sont pour lui une classe à part de traumatismes. Il est, à notre connaissance, le seul chercheur qui s'est vraiment intéressé à développer une taxonomie plus claire. Pour lui, une revue plus exhaustive de la théorie des traumatismes est plus intéressante, mais il reste plutôt seul avec cette taxonomie dont nous ne trouverons aucun autre écho au sein de la littérature. Dans cette nouvelle taxonomie, chaque évènement externe ou séquence d'évènements mènent à différents symptômes. Il aborde sa taxonomie par le biais d'une théorie de réponse spéciale au stress. Il s'appuie sur deux modèles: le modèle d'acquisition et d'évaluation à partir des valeurs de Lazarus et Folkman (1984) et le modèle de stress à deux voies de Zuckerman (1999). De même que sur l'hypothèse de la sensibilité au stress suggérant qu'une exposition répétée à des traumatismes accroît la possibilité de développer une réponse pathologique.

D'abord, les travaux de Lazarus et Folkman (1984) ont développé le concept que l'être humain fonctionne comme un processeur informatique; il évalue constamment. Ce système de traitement s'acquiert au cours du développement humain de l'enfance à l'adulte. L'expérience humaine contribue au développement du soi. Les évènements qui sont hors de l'ordinaire y contribuent également soit en créant un système plus

développé de stratégies d'adaptation qui est capable de mieux faire face aux événements externes, soit y contribue de façon à perturber le développement de soi et des valeurs dans l'enfance.

Pour ce qui est de Zuckerman (1999), ce dernier a remarqué qu'un symptôme peut réapparaître chez une personne vulnérable suite à une situation de stress relativement mineure, alors qu'une catastrophe (ou EPT) peut induire des réactions similaires chez une personne non vulnérable. Les effets additifs, selon lui, fragilisent une personne et donc un simple événement potentiellement traumatique pourra, après des années, déclencher des symptômes qui s'apparentent à l'ESPT.

En combinant ces deux aspects de réponses aux événements externes, Kira (2001) et Kira et al. (2008) créent une classification complexe des traumatismes afin de rendre compte du rôle des types de traumatismes dans la pathologie. La première dimension de sa taxonomie est basée sur les théories du développement humain et classe les traumatismes sur cette base : l'attachement (abandon parental), l'individuation ou identité personnelle: viol, abus physique, psychologique; collectif: génocide, holocauste, esclavage, discrimination), l'interdépendance (indirecte : être témoin de la violence; vicariat: violence exposée par les médias), actualisation de soi (perte des économies en vue de la retraite, échec de l'entreprise, mise à pied soudaine, échec ou abandon scolaire et la survie physique (accident de véhicule à moteur sévère). La seconde dimension est basée sur des caractéristiques objectives : ce qui ressemble davantage à ce qui est mesurable, à

ce que l'on conçoit des traumas au sein de la littérature présente. Les traumatismes de stress cumulés (des ennuis répétés et prolongés); traumatisme interne (douleurs traumatiques, sévère condition médicale); les traumatismes liés à des événements de la nature (ouragan, tsunami, tremblements de terre), les traumatismes faits de main d'hommes (incluant des situations sociales : pauvreté extrême, violence face aux minorités) les traumatismes de « main d'homme » se divise en deux parties : un seul épisode (trauma type I) et trauma complexe qui s'est terminé (abus sexuel-trauma type II) et le trauma complexe toujours en cours (racisme-trauma type III). Le type IV est un trauma cumulatif, une séquence de traumatismes semblables ou non, qui est arrivée à un individu. Malheureusement, malgré tout l'intérêt d'une telle démarche, cette taxonomie est encore difficilement applicable au niveau de la recherche et il semble que peu de chercheurs, comme nous l'avons dit précédemment, auraient été tentés de valider cette classification.

Pour d'autres expérimentateurs, les traumatismes se déclinent autrement et beaucoup plus simplement. Par exemple, Brillon (2005), développe une catégorisation basée sur trois catégories d'évènements. Les actes de violence interpersonnels tels que les agressions physiques, psychologiques, sexuelles ainsi que les guerres, la torture ou la séquestration sont les traumatismes ayant le plus fort potentiel de développer un ESPT et forment une première catégorie de traumatismes. Ensuite, viennent les accidents causés par la main de l'homme tels les accidents de voiture, les explosions ou incendies puis, en troisième catégorie, les catastrophes naturelles.

Terr (2003) est une pédopsychiatre qui s'est particulièrement intéressée au traumatisme vécu par l'enfant. Sa classification a été considérée très importante par l'APA. Elle propose même un diagnostic basé sur les types de traumatismes. Elle catégorise les traumas ainsi : trauma type 1- est le résultat d'un seul évènement soudain. C'est le traumatisme classique décrit par Anna Freud. Le trauma type 2- est le résultat de conditions traumatiques répétées et échelonnées sur une longue période. Malgré d'apparentes similitudes avec Kira (2001) et Kira et al. (2008), Terr diffère par sa simplicité. Un viol est un traumatisme de type 1 et l'inceste est un traumatisme de type 2. Cette dernière catégorisation est celle qui est le plus souvent utilisée par les chercheurs.

Classiquement, le diagnostic de ESPT survient suite à un trauma de type 1. Les traumatismes de type 2 ou 3 ou 4 (selon Kira et al., 2008) sont différents : ils sont cumulatifs. Pour ces derniers, des diagnostics tels que désordre de la conduite, déficit de l'attention, dépression ou désordre dissociatif chez l'enfant (Terr, 2003), conviennent davantage. Chez l'adulte, un praticien expérimenté pourrait poser les diagnostics de : trouble de la personnalité limite, dépendante, obsessionnelle compulsive, troubles liés à des dépendances aux substances, troubles anxieux non spécifiés, troubles dissociatifs.

**Rôle des types de traumatisme en lien avec différentes variables: réponses émotionnelles, capacité de régulation affective, symptômes anxieux ou dépressifs.**

Peu d'études se basent sur une taxonomie des traumatismes. Habituellement, un seul évènement externe (ouragan, inondation, guerre) est mis en relation avec différents troubles psychologiques. Quelques études semblent vouloir étudier l'influence des types de traumatismes, non pas seulement en lien avec un diagnostic, mais également en lien avec soit des émotions qui y sont liées, soit la régulation émotionnelle ou bien certains processus cognitifs spécifiques tel l'intolérance à l'incertitude. En voici quelques-unes, présentées chronologiquement, qui étaient l'hypothèse d'un lien entre une taxonomie des traumatismes et le TAG.

Gibb, Butler et Beck (2003) ont fait une étude avec une population clinique externe ( $N = 552$ ) dont, 49,5 % souffre de dysthymie et de dépression, 32,1 % souffre de TAG ou du trouble panique et 18,3 % souffre d'autres affections. Ils ont questionné l'échantillon au sujet des évènements traumatiques survenus dans l'enfance en utilisant une question type « *Avez-vous déjà expérimenté des abus émotionnels ou verbaux en tant qu'enfant?* », etc. (abus émotionnel ou verbal, abus physique et abus sexuel) afin de déterminer si un type d'abus est davantage lié à des symptômes de la sphère dépressive ou à la sphère anxieuse. Ces traumatismes ont été mis en lien avec des mesures telles que le *Beck Depression Inventory II* (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996), le *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) et le *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD-24; Guy, 1976; Hamilton, 1960) pour ensuite compléter

avec une entrevue clinique structurée (SCID-1; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1995). Les abus émotionnels ou verbaux sont davantage liés avec le diagnostic de la DM. Alors que les abus physiques semblent avoir un impact sur les symptômes de la sphère anxieuse sans toutefois être significatifs au niveau diagnostique. Les abus sexuels ont un impact sur la sphère anxio-dépressive de façon équivalente tant au niveau des symptômes que du diagnostic. Ainsi, certains résultats pointent vers des liens ou effets spécifiques en fonction du type d'EPT vécu. Cette étude apporte toutefois des éléments limités sur le TAG considérant l'indifférenciation entre le TAG et le trouble panique au sein du groupe « anxiété ».

Brawman-Mintzer, Monnier, Wolitzky et Falsetti (2005), se sont penchés sur l'anamnèse du TAG, investiguant le type et la fréquence d'exposition à des traumatismes sur une population clinique ( $N = 58$ ) participants ayant un diagnostic de TAG (selon le DSM-III-R qui incluait une plus grande panoplie de symptômes autonomiques que dans le DSM-IV), suivant une entrevue structurée (SCID). Les variables continues étaient les symptômes somatiques du TAG, la fréquence et l'âge. De ces 58 personnes, 55 ont rapporté une histoire de trauma (26 % rapporte une seule exposition, 69 %, rapporte deux ou plusieurs expositions à des EPT). Selon ces auteurs, l'exposition à un traumatisme précède la symptomatologie somatique du TAG. Les patients ayant expérimentés un EPT de type violence sexuelle avant l'âge de 18 ans, étaient différents des autres groupes. Ils avaient moins de symptômes somatiques tels les tensions musculaires, les tremblements, la fatigabilité; moins d'hyper activation du système

autonome tels les palpitations, les accès de sudation, le souffle court et moins d'hyper vigilance telle que d'irritabilité, troubles du sommeil, réaction de sursaut exagérée. L'exposition à un traumatisme sexuel avant l'âge de 18 ans semble décroître leur réactivité physiologique. L'inquiétude, en tant qu'évitement cognitif, mène à la suppression des symptômes somatiques et, en somme, se renforce négativement. Les patients ne développent pas d'ESPT, mais utiliseraient la tendance à s'inquiéter pour éviter la détresse, passant ainsi d'un phénomène adaptatif au maintien d'un syndrome anxieux. Le nombre limité de participants rencontrés et l'utilisation de la classification du DSM-III-R limitent toutefois les conclusions possibles et la généralisation des résultats de cette étude.

Amstadter et Vernon (2008) se sont penchés sur les réponses émotionnelles péri traumatique (T1) et post-traumatique (T2) en fonction de quatre types de traumas : agression sexuelle, agression physique, accident et maladie ou blessure. Ils ont découvert l'existence de réponses émotionnelles spécifiques au type de traumatisme. Les participants ( $N = 559$ ) ont rempli un premier questionnaire mesurant l'exposition à 17 types de traumatismes. De ces participants ( $N = 165$ ), quatre groupes furent formés sur la base des types de traumas étudiés. Ils ont rempli un deuxième questionnaire sur les émotions (peur, colère, culpabilité, tristesse et honte) pendant l'exposition et un troisième sur les émotions après le trauma. Leurs résultats montrent que l'intensité de l'émotion diffère en fonction du type de trauma vécu, de même que l'émotion spécifique rapportée. Le groupe ayant vécu un trauma de type « agression sexuelle » présente des

niveaux plus élevés de honte, de colère et de culpabilité que les autres groupes. Enfin, les groupes ayant vécu des traumatismes de type « agression physique » et « agression sexuelle » rapportent une tristesse plus intense après le traumatisme. Les auteurs n'observent toutefois pas de différence entre les types de traumatismes au niveau de l'émotion de peur rapportée. Ces conclusions indiquent qu'il existe un lien entre le type de traumatisme et le type et l'intensité de l'émotion rapportée. Cette étude nous questionne sur de possibles répercussions non répertoriées au sein d'une nosographie et qui seraient pourtant d'importance clinique certaine, même si l'échantillon ne nous permet pas de conclure de façon définitive et n'établit pas de lien entre les variables traumatismes et la variable « peur ».

Deux études ont établi des liens entre les types de traumatismes et l'ESPT. La première étude (Shakespeare-Finch & Armstrong, 2010) a été faite avec 94 participants extraits d'une base de données de 425 participants. Les chercheurs ont fait le choix de comparer les types de traumatismes suivants en créant trois groupes : le premier groupe ( $N = 32$ ) est un groupe ayant vécu des traumatismes liés à la violence interpersonnelle de type sexuel (victimes de viol ou d'inceste), le deuxième groupe ( $N = 43$ ) est un groupe qui a un traumatisme lié à la perte d'un être cher et le troisième groupe ( $N = 19$ ) est un groupe ayant subi un traumatisme lié à un accident de véhicule moteur. Les individus ayant vécu plus d'un traumatisme ont été exclus de cet échantillon et seuls les participants ayant une perception élevée de la sévérité de leur expérience, font partie des 94 participants. Les chercheurs ont voulu mesurer les changements positifs survenus

suite à leurs expériences (Linley & Joseph, 2004) en utilisant *The Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI; Tedeshi & Calhoun, 1996). Le PTGI demande aux répondants d'évaluer dans quelle mesure, après une expérience traumatique, la perception de leur vie et de leur vision du monde a changé sur cinq échelles : les nouvelles possibilités, la relation à autrui, les forces personnelles ou vertus, l'appréciation de la vie et la spiritualité. Les résultats démontrent que le groupe « violence interpersonnelle de type sexuel » rapporte les plus bas taux au PTGI ainsi que le plus haut score aux échelles de mesure de l'ESPT (IES-R- Weiss & Marmar, 1997). Il existe donc une différence significative basée sur le type de traumatisme au PTGI.

La seconde étude (Zinzow & Jackson, 2009) fait l'hypothèse de l'existence d'un lien entre les types de traumatismes et le rôle des attributions de causes (Beck & Emery, 1985; Chemtob, Roitblat, Hamada, Carlson, & Twentyman, 1988; Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989) : (a) centre de contrôle (*locus*) ou si la cause est interne ou externe à l'individu; (b) stabilité ou si la cause est constante ou varie dans le temps; (c) globalité ou si la cause est perçue comme étant généralisable à différents aspects de la vie. Un groupe de 424 participants ont été sélectionnés parmi un échantillon plus large ( $N = 1372$ ) d'étudiantes ayant vécu un EPT. La moyenne d'âge est de 18,9 ans ( $ET = 1,4$ ). Le questionnaire sur les événements traumatiques (*Traumatic Events Questionnaire*- TEQ; Vrana & Lauterbach, 1994), le questionnaire sur les styles d'attribution (*Attributionnal Style Questionnaire* - ASQ; Peterson et al., 1982) ainsi que le questionnaire sur les symptômes de l'ESPT (*Purdue PTSD scale-revised* - PPTSD-R; Lauterback & Vrana,

1996) ont été mis en relation pour investiguer le rôle des attributions dans le développement des symptômes d'ESPT chez les femmes selon deux hypothèses : (a) est-ce que les évènements élicitent un style attributionnel particulier ce qui, en retour, explique la variance dans les symptômes de l'ESPT?; (b) Est-ce que le style attributionnel a un impact différent selon le type d'EPT. Les résultats indiquent que le type d'EPT est lié à un style attributionnel particulier et aux symptômes de l'ESPT, mais que seule la dimension de la globalité est reliée aux symptômes de l'ESPT. Le type d'évènement, le nombre ainsi que la sévérité ont tous un effet direct sur les symptômes de l'ESPT correspondant au critère B (symptômes d'intrusion), C (symptômes d'évitement) et D (symptômes de réactivité) du DSM-IV. Les groupes d'EPT (accident, désastre naturel, crime, abus dans l'enfance, violence conjugale, assaut sexuel) ont été mis en relation avec les variables dépendantes des trois styles attributionnels et les symptômes ESPT. Les analyses de régression ont démontré un effet interactif significatif pour la variable du style attributionnel « stabilité » par type d'évènement. Les symptômes du ESPT pour le groupe du EPT « désastre naturel » décroissent lorsque le style d'attribution est la « stabilité » alors que ce même style attributionnel accroît les symptômes d'ESPT chez les victimes du groupe EPT « assaut sexuel ». Les conclusions de ces deux études supportent l'existence d'un lien entre une taxonomie des traumatismes et d'autres variables tels l'ESPT, la perception de changements positifs suite à l'exposition à un EPT et les différents styles d'attribution. Cependant, les résultats sont difficilement généralisables à la population en général puisque le *N* est insuffisant dans

la première étude et que l'échantillon de la deuxième (même si le  $N$  est suffisant) n'est que féminin.

Soeken, Hahn, Tull, & Gratz (2010) ont exploré la relation entre les abus dans l'enfance et le TAG analogue (par opposition au TAG clinique), en mettant l'accent sur le rôle médiateur de la dysrégulation émotionnelle. Cette dernière se définit comme un processus mal adapté pour répondre aux émotions (nonobstant leur nature ou leur qualité), incluant la non-acceptation, la difficulté à contrôler le comportement lors de détresse émotionnelle (*acting out*), et d'un déficit dans l'utilisation fonctionnelle des émotions en tant qu'information. La dysrégulation émotionnelle se distingue de la vulnérabilité liée au tempérament, en se centrant sur la façon qu'un individu répond à l'expérience émotionnelle plutôt qu'à la qualité de l'expérience en soi (intense ou réactive). Les auteurs se sont penchés sur les facteurs de risque de la dysrégulation et conséquemment du TAG. Un groupe universitaire de la côte est des États-Unis ( $N = 396$ ) a été choisi pour remplir un ensemble de questionnaires autorapportés. Le *Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV* (GADQ-IV; Newman et al., 2002) est une mesure de discrimination en neuf points pour déterminer la présence du TAG, mais non la sévérité des symptômes parce qu'il utilise un « passez outre » si la personne répond négativement aux trois premières questions. C'est ce à quoi les auteurs font référence lorsqu'ils différencient le TAG analogue du TAG clinique. Le *Childhood Trauma Questionnaire-Short Form* (CTQ-SF; Bernstein et al., 2003) mesure la maltraitance subie dans l'enfance, le *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS;

Gratz & Roemer, 2004) mesure les capacités d'autorégulation affective, le *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS; Lovibond et Lovibond, 1995a) a pour but de différencier entre les symptômes principaux de la dépression, de l'anxiété et du stress. Basés sur le modèle de médiation de Baron et Kenny (1986), les auteurs ont vérifié quatre critères de médiation.

Le premier critère est la vérification d'une association significative entre les abus dans l'enfance et le TAG. Pour ce premier critère, seuls les abus psychologiques sont associés de façon significative avec le TAG ( $r(396) = 0,18, p < 0,001$ ). Comme les variables d'abus sexuel et d'abus physique ne sont pas significatives pour l'étude, les auteurs ne les ont pas utilisées dans les analyses subséquentes. Le deuxième critère vérifie le lien entre les variables d'abus dans l'enfance et les dimensions de la dysrégulation émotionnelle. Les abus psychologiques subis dans l'enfance sont significativement associés à tous les aspects de la dysrégulation émotionnelle ( $r \geq 0,17, p < 0,01$ ), avec l'exception de la faible conscience des émotions ce qui l'exclue, par la suite, des analyses. Le troisième critère vérifie les dimensions de la dysrégulation émotionnelle significativement associées au TAG analogue.

Les résultats démontrent tous une corrélation significative ( $r \geq 0,28, p < 0,001$ ). Le troisième critère consiste à vérifier que les variables d'abus ne restent pas significatives (en tant qu'indice précurseur du TAG analogue), une fois que les dimensions de la dysrégulation émotionnelle sont entrées dans l'équation en tant que variables

indépendantes. Les résultats indiquent que chacune des dimensions de la dysrégulation émotionnelle, plutôt que l'abus psychologique, sont des indices précurseurs du TAG ( $\chi^2 [1] > 26,00, p < 0,001$ ). Les abus psychologiques subis dans l'enfance et la dysrégulation émotionnelle sont associés avec le TAG et distinguent les participants ayant le TAG de ceux qui ne l'ont pas. Compte tenu du type d'analyses effectuées, la nature exacte des relations entre les variables d'intérêt ne peut être déterminée. Des études prospectives et longitudinales devraient être conduites afin d'adresser ses limites.

Boelen (2010) s'est penché sur l'association entre l'intolérance à l'incertitude et la détresse émotionnelle suivant le décès d'un être cher. Il a extrait ( $N = 134$ ) des endeuillés dans un contexte d'une étude plus large sur les processus cognitifs du deuil ( $N = 409$ ). Le questionnaire sur l'intolérance à l'incertitude (*Échelle d'intolérance à l'incertitude*; Freeston et al., 1994) a été utilisé ainsi que le questionnaire du Penn State (*Penn State Worry Questionnaire*; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990), une version courte d'un questionnaire sur la personnalité en 12 items mesurant le névrotisme, un inventaire sur les symptômes du deuil complexe et une mesure pour l'ESPT ont été utilisés dans le cadre de cette recherche. Les résultats confirment le lien entre l'intolérance à l'incertitude, la tendance à s'inquiéter et le névrotisme. Il apparaît que l'intolérance à l'incertitude est en corrélation avec le deuil complexe et l'ESPT et qu'elle contribue à 2,4 % de la variance du deuil tout en étant significativement liée au niveau des symptômes de l'ESPT plutôt qu'au deuil complexe. L'auteur conclut que les croyances négatives liées à l'incertitude et les autres manifestations de l'intolérance à

l'incertitude suite à un décès, ont des liens plus spécifiques avec les images intrusives, les réponses d'évitement et d'hyper activation neurovégétative qui caractérisent le deuil traumatique plutôt qu'un lien avec les symptômes de détresse suite à la séparation. Cependant, il existe une forte corrélation entre le deuil complexe et l'ESPT et l'étude ne démontre pas un lien clair entre l'intolérance à l'incertitude et l'EPT « perte d'un être cher ».

Une des plus importantes études à ce jour, est une étude épidémiologique nationale menée par Kessler et al. (2004) ( $N = 9282$ ), conduite de février 2001 à avril 2003 aux États-Unis. Cette étude a identifié des taux de prévalence à vie de plusieurs syndromes cliniques. Un groupe de chercheurs a voulu mettre en lien deux types de traumatismes survenus dans l'enfance (abus physiques et sexuels) et différents troubles anxieux en contrôlant pour d'autres variables (Cougler, Timpano, Sachs-Ericsson, Keough, & Riccardi, 2010). Ils ont pu mettre à jour un lien entre ce type de traumatisme et le TAG, l'ESPT, la phobie sociale, l'agoraphobie et le désordre panique et les phobies spécifiques. Les auteurs ont extrait un échantillon ( $N = 4141$ ) qui correspondait à un diagnostic d'un trouble anxieux à vie, non transitoire. Avoir été victime d'abus physique c'est d'avoir été battu sévèrement par les personnes ayant la charge de l'enfant. Les participants décrivaient sur une échelle allant de peu à souvent, s'ils avaient été poussés, empoignés, jetés, frappés au visage ou au corps ou si des objets avaient été lancés violemment vers eux. Avoir été victime d'abus sexuel, c'est avoir vécu un viol ou l'inceste avant l'âge de 15 ans. Lorsque les associations avec les abus physiques étaient

examinés, alors que les abus sexuels étaient contrôlés et vice et versa, le portrait se distingue. Seuls l'ESPT et la phobie sont liés aux abus physiques subis dans l'enfance. Les abus sexuels vécus dans l'enfance sont liés, quant à eux, à tout sauf à l'agoraphobie et la panique. Les participants ayant plus d'un diagnostic de troubles anxieux avaient plus de chance d'avoir une histoire d'abus physiques et sexuels dans l'enfance. La catégorie des troubles anxieux choisie par les auteurs est trop large pour permettre de conclure à un lien entre les abus physiques et sexuels subis dans l'enfance et le TAG. Malgré un *N* imposant, les conclusions de cette étude ne nous permettent pas de généraliser les résultats sachant que les construits TAG et ESPT, par exemple, présentent une constellation de symptômes uniques et différents. D'ailleurs l'ESPT ne fait plus partie des troubles anxieux (APA, 2013).

Considérant le fait que des types spécifiques d'événements potentiellement traumatiques apparaissent liés aux symptômes du ESPT et de variables en co-morbidité (dont le TAG) (Amstadter et al., 2009; Boelen, 2010; DeMond et al., 2008; Murphy, 2010; Neria et al., 2010; Shakespeare-Finch & Armstrong, 2010; Zinzow & Jackson, 2009; apparaissent également liés au TAG (Acierno et al., 2007; Brawman-Mintzer et al., 2005; Ghaffoori et al., 2009; Gibb et al., 2003; Gosselin & Laberge, 2003; Hudson & Rapee, 2004) et que le type de trauma semble lié à l'émotion rapportée (Amstadter & Vernon, 2008), à la dysrégulation émotionnelle (Soeken et al., 2010), à l'intolérance à l'incertitude (Boelen, 2010; Duplessis & Gosselin, 2009), il est possible que certains types de trauma soient davantage liés aux symptômes et aux mécanismes cognitifs du

TAG. La plupart des études précitées soient ne présentent pas un  $N$  suffisant, soit que les échantillons sont trop homogènes, soit qu'il ne présente qu'un seul EPT, soit que le groupe TAG est perdu dans un groupe plus grand de troubles anxieux indifférenciés ou que les critères diagnostiques choisis pour la mesure du TAG, sont tronqués. Aucune étude ne tente de différencier les types de traumatismes : type interpersonnel, accident, désastre naturel pour tenter de les mettre en lien avec le TAG pur et ainsi déterminer si un type de traumatisme, plus qu'un autre, a une plus grande part dans le développement et le maintien des symptômes du TAG. De plus, est-il possible que certains traumas soient davantage liés au développement ou à l'exacerbation de l'intolérance à l'incertitude, de l'attitude négative face aux problèmes et de l'évitement cognitif? Bien qu'à notre connaissance aucune recherche n'ait encore vérifié les liens entre différents types de trauma et ces vulnérabilités cognitives, certains auteurs ont montré que l'intolérance à l'incertitude comporte ou engendre des émotions particulières comme la tristesse, la frustration et l'anxiété. Certains items évaluant ces variables se retrouvent dans l'Échelle de l'Intolérance à l'Incertain (Freeston et al., 1994), un des instruments les plus utilisés pour évaluer l'intolérance à l'incertitude chez l'adulte. Dugas et al. (1999), observent également que les personnes souffrant du TAG démontrent une plus faible confiance en soi face à la résolution de problème que les personnes souffrantes d'agoraphobie avec attaque de panique, par exemple. Si certains traumas engendrent plus ou moins de tristesse ou de colère, il est possible que ceci influence l'intolérance à l'incertitude d'un individu.

### **Objectif et questions de recherche**

L'objectif de cette thèse vise à vérifier le lien entre différents types de traumatismes, tenant compte des taxonomies présentées précédemment, et les processus cognitifs et symptômes spécifiques du TAG. Compte tenu du faible nombre de données empiriques recueillies sur ce lien, trois questions de recherche sont postulées : (1) Est-ce qu'un type de traumatisme particulier est associé à davantage de symptômes du TAG (c.-à-d. inquiétudes, symptômes somatiques)? (2) Est-ce qu'un type de traumatisme particulier est associé davantage à l'intolérance à l'incertitude ou à l'attitude négative face aux problèmes? (3) Est-ce qu'un type de traumatisme particulier est associé davantage au recours à des stratégies d'évitement cognitif? Une compréhension plus profonde du lien entre un type de traumatisme particulier et le TAG pourrait orienter plus rapidement vers un traitement approprié.

## **Méthodologie**

Une description de l'échantillon ainsi que la méthodologie de recherche sont d'abord présentées. Les mesures autorapportées concernant l'exposition aux EPT, aux symptômes du TAG et aux stratégies cognitives généralement liées aux TAG sont identifiées.

### **Participants**

L'échantillon total comprend 419 étudiants volontaires, soit 301 femmes (71,8 %) et 102 hommes (24,3 %), provenant d'établissements d'enseignement de la région de Sherbrooke, au Québec. Seize participants ont omis de rapporter leur sexe. L'âge des participants se distribue entre 18 et 67 ans ( $M = 23,2$  ans,  $ET = 6,7$ ). La majorité des participants sont célibataires ( $n = 303$ ; 72,3 %), alors que 21 % ( $n = 88$ ) sont mariés ou conjoints de fait. La plupart sont canadiens (86,2 %;  $n = 361$ ). Quatorze pour cent ont complété des études universitaires ( $n = 59$ ), 52,5 % des études collégiales ( $n = 220$ ) et 27,2 % des études secondaires ( $n = 114$ ). Un peu plus de la moitié des participants est francophone (54,7 %;  $n = 229$ ), alors que le reste est anglophone (45,3 %;  $n = 190$ ).

### **Méthodologie**

Le comité d'éthique de l'Université de Sherbrooke a approuvé le projet d'étude ainsi que le formulaire de consentement éclairé (Appendice C). Les étudiants ont été recrutés dans des classes. Les autorisations avaient été obtenues au préalable auprès des

administrateurs des établissements d'enseignement et des professeurs. Les étudiants ont été informés verbalement de la nature de l'étude, de la confidentialité entourant les résultats, du traitement des données par code et de la nature volontaire de leur participation. La même information a été présentée sous forme de document de consentement éclairé que les participants devaient lire et signer avant de poursuivre avec les questionnaires. Les étudiants devaient également remplir un questionnaire démographique. Les mesures auto rapportées ont été complétées sur le temps de classe. L'administration des questionnaires a pris approximativement de 30 à 45 minutes. Nous sommes restés disponibles pour répondre aux questions et/ou recevoir les commentaires concernant les questionnaires, le consentement et l'objet d'étude. Les questions des participants concernaient les mesures spécifiques (p. ex. : « Puis-je référer au même évènement traumatique plus d'une fois? »; « Est-ce que l'évènement traumatique doit être survenu au cours des 7 derniers jours? »). Les étudiants ont donné leurs documents aussitôt qu'ils en avaient terminé. Le consentement éclairé a été récupéré séparément. Les données ont été entrées deux fois afin de limiter les erreurs.

### **Instruments de mesure**

Un total de six questionnaires autorapportés ont été complétés par les participants. Ces questionnaires ont été choisis sur la base de leur validité (mesure bien ce qu'ils devraient mesurer), et de leur fidélité (cohérence interne, stabilité temporelle). Les traumatismes ont été mesurés par deux questionnaires, les symptômes et variables

cognitives liés au TAG ont été évalués par cinq questionnaires. Tous les questionnaires mesurent les items sur une échelle de Likert.

### **Mesures des EPT**

Une mesure a été utilisée pour évaluer la présence et l'intensité de la détresse subjective liées aux événements traumatiques. Le *Questionnaire d'Événements Traumatiques* (QET voir appendice B; Vrana & Lauterbach, 1994, McCulloch, 2010) est une mesure autorapportée sur 11 types de traumatismes et dont la sévérité est évaluée sur une échelle en sept points. Ce questionnaire mesure le type, la fréquence, l'âge de la survenue, la sévérité, l'impuissance et l'effroi vécus au moment du traumatisme ainsi que la détresse subjective toujours présente. Les exemples de types de traumatisme incluent: les accidents d'automobile, les explosions, le feu, les désastres naturels, les crimes contre la personne tels que : braquage de banque, viol, abus physique ou sexuel en tant qu'enfant ou en tant qu'adulte. Deux catégories résiduelles sont ajoutées afin d'inclure d'autres événements qui ne sont pas mentionnés dans le questionnaire et qui sont considérés, par le participant, comme traumatiques. Pour chaque événement, il est demandé d'indiquer l'occurrence et l'âge de survenue. La sévérité si applicable (« Étiez-vous blessé? ») et l'intensité de la détresse sur une échelle de Likert en sept points allant de 1 (*pas du tout*) à 7 (*sévèrement ou extrêmement*). Pour les participants qui rapportent plus d'un événement, il leur est demandé d'indiquer lequel des événements est le plus traumatique. Pour ceux qui ne rapportent aucun événement, il leur est demandé de décrire une situation qu'il juge eux-mêmes traumatique.

La mesure du critère premier a été obtenue par le QET en demandant d'abord aux participants, d'évaluer leur perception de la menace à leur intégrité personnelle ou à celle d'autrui par la question suivante : « Avez-vous ressenti que votre vie ou la vie d'une autre personne était menacée? ». Ensuite, l'impression de désarroi a été mesurée par la question suivante : « Aviez-vous ressenti de l'impuissance à ce moment? » puis l'intensité de leur réaction de peur durant l'exposition par la question : « Combien traumatisant ou effrayant est-ce que cela a été pour vous à ce moment? ». Le critère d'intensité a été appliqué en utilisant une valeur de coupe sur l'échelle de Likert. Cette valeur a été utilisée précédemment, par exemple, pour déterminer les critères d'inclusion sur les mesures auto rapportées du TAG. Pour qu'un évènement soit suffisamment intense pour être qualifié d'EPT, les participants devaient avoir évalué leur réaction à 4 sur 7 sur l'échelle de Likert, indiquant ainsi une réaction modérée à sévère.

Le QET a été légèrement modifié pour les besoins de la présente afin d'adhérer aux critères d'inclusion du DSM-V pour un EPT. Deux questions supplémentaires, de même que trois segments additionnels à trois questions existantes, ont été ajoutées. La question « Aviez-vous ressenti de l'impuissance à ce moment? » a été ajoutée pour évaluer l'impuissance dans chacune des catégories. Aux questions # 6, # 7 et # 8, « Quel était l'évènement? » a été ajouté pour avoir une meilleure compréhension de l'EPT rapporté. Pour évaluer la perception de la menace à la vie : la sienne ou à celle de quelqu'un d'autre, la question « Aviez-vous ressenti que votre vie était menacée? » a été modifiée par « Aviez-vous ressenti que votre vie, ou la vie d'une autre personne, était menacée? ».

Pour évaluer la perception d'effroi chez le participant, la question « Combien traumatisant est-ce que cela a été pour vous à ce moment? » A été modifiée pour « Combien traumatisant ou effrayant est-ce que cela a été pour vous? ». La question évaluant cet aspect au présent a également été modifiée pour « Combien traumatisant ou effrayant est-ce que cela est pour vous présentement? ». De plus, les questions spécifiques aux types d'abus sexuel ont été enlevées en # 4 et en # 5 et remplacées par une question plus générale : « Veuillez spécifier le type d'abus (physique ou sexuel) ». Lorsqu'applicable, l'échelle de Likert identifiée plus tôt a été utilisée pour ces changements. Les propriétés psychométriques de ce test indiquent de bons indices de fidélité ( $\alpha = 0,72$ ) et de validité (Lev-Wiesel & Daphna-Tekoa, 2007). Sur une période deux semaines, le QET mesure bien le nombre et la prévalence des expériences traumatiques ( $r = 0,91$ ;  $r = 0,80$ ) (Lauterbach & Vrana, 1996). L'échantillon présent démontre une cohérence interne adéquate au QET ( $\alpha = 0,69$  pour la version anglophone et  $\alpha = 0,71$  pour la version francophone).

### **Mesures des symptômes du TAG**

Deux mesures ont été utilisées pour évaluer la tendance à s'inquiéter et d'autres symptômes du TAG. Le *Questionnaire d'inquiétudes de Penn State* (QIPS : Meyer et al., 1990; Molina & Borkovec, 1994; Gosselin, Dugas, Ladouceur, & Freeston, 2001) mesure la tendance à s'inquiéter de façon excessive et incontrôlable, en 16 items sur une échelle en 5 points allant de 1 (*pas du tout correspondant*) à 5 (*extrêmement correspondant*). Des exemples d'items mesurés au QIPS sont: « Mes inquiétudes me

submergent »; « Quand je suis sous pression, je m'inquiète beaucoup » et « J'ai été inquiet (ète) toute ma vie ». Le QIPS démontre d'excellents indices de cohérence interne ( $\alpha = 0,92$ ) et une bonne stabilité temporelle ( $r = 0,86$  à 4 semaines). Il possède également une excellente validité convergente et divergente avec les autres mesures d'anxiété et d'inquiétudes. Notre échantillon courant démontre une excellente cohérence interne ( $\alpha = 0,94$  pour la version anglophone et  $\alpha = 0,92$  pour la version francophone).

La seconde mesure, le Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété (QIA: Dugas, Freeston, Provencher, Lachance, Ladouceur, & Gosselin, 2001) évalue les symptômes somatiques du TAG selon les critères diagnostiques du DSM-IV-TR (2000). C'est un questionnaire auto rapporté de 11 items sur une échelle de neuf points allant de 0 (*aucunement*) à 8 (*très sévèrement*). Le premier item demande que le participant décrive ses sujets d'inquiétude les plus fréquents alors que les autres items évaluent les critères diagnostiques du TAG en incluant les six symptômes somatiques tels que: les tensions musculaires, la fatigue, l'irritabilité de même que les inquiétudes excessives, la difficulté à contrôler les inquiétudes et le niveau d'interférence que ces inquiétudes a dans sa vie. Cet instrument présente une bonne validité et une stabilité temporelle satisfaisante (9 semaines, entente = 79 %) (Dugas et al., 2001). L'échantillon courant présente une excellente cohérence interne ( $\alpha = 0,90$  pour la version francophone et  $\alpha = 0,91$  pour la version anglophone).

### Mesure des vulnérabilités cognitives

Trois mesures ont été utilisées afin d'évaluer trois variables cognitives distinctes. *L'inventaire d'intolérance à l'incertitude* (III : Gosselin et al., 2008) mesure la tendance à considérer inacceptables les incertitudes de la vie. Cette mesure comporte 45 items répartis en deux groupes. La partie A mesure la tendance à l'intolérance à l'incertitude comme par exemple : « Je supporte mal la possibilité qu'il puisse m'arriver un évènement négatif »; « Les délais d'attente sont insoutenables pour moi quand je ne sais pas ce qui va se passer ». Alors que la partie B, mesure six manifestations cognitives et comportementales liées à cette intolérance par exemple, le désir de contrôler l'environnement ou le besoin d'être rassuré constamment. Les items sont évalués sur une échelle en 5 points allant de 1 (*pas du tout correspondant*) à 5 (*tout à fait correspondant*). Le III présente une excellente cohérence interne (Partie A :  $\alpha = 0,92$ ; Partie B :  $\alpha = 0,96$ ), une validité satisfaisante avec d'autres mesures développées par Freeston et al. (1994), ainsi qu'une bonne stabilité temporelle à la semaine 5 (Partie A :  $r = 0,76$ ; Partie B :  $r = 0,75$ ) (Gosselin et al., 2008). L'échantillon présent a démontré une excellente cohérence interne (Partie A :  $\alpha = 0,95$ ; Partie B :  $\alpha = 0,97$ ). Aux fins de la présente étude, un score total, constitué des items de la partie A et de la partie B a été utilisé.

Le *Questionnaire d'Évitement Cognitif* a été prescrit également (QEC : Gosselin et al., 2002; CAQ; Sexton & Dugas, 2008). Cette mesure comporte 25 questions et mesure cinq stratégies d'évitement cognitif reliées au TAG tel que l'utilisation de la distraction

par exemple, ou bien la stratégie de la suppression de la pensée. Des exemples d'items sont: « Je me distrais pour éviter de penser à certains sujets troublants » ou « Parfois je me plonge dans une activité pour ne pas penser à certaines choses ». Les items sont mesurés sur des échelles en 5 points qui vont de 1 (*pas du tout correspondant*) à 5 (*tout à fait correspondant*). Cet instrument possède une bonne cohérence interne ( $\alpha = 0,92$  à  $0,95$ ), une très bonne stabilité temporelle à la semaine 4 ( $r = 0,81$ ), et une validité convergente adéquate. Notre échantillon présente une excellente cohérence interne ( $\alpha = 0,96$ ).

Finalement, le *Questionnaire d'attitude face aux problèmes* (QAP: Gosselin et al., 2005) comprend 12 items évaluant l'attitude cognitive des gens face aux problèmes de la vie de tous les jours. Les items se détaillent par exemple ainsi: « Lorsque je tente de résoudre un problème, je remets souvent mes habiletés en question »; « J'ai tendance à voir des problèmes comme un danger » ou bien « Je considère les problèmes comme d'obstacles qui perturbent mon fonctionnement ». Les items sont mesurés sur une échelle en 5 points allant de 1 (*pas du tout correspondant*) à 5 (*extrêmement correspondant*). Cet instrument possède une excellente cohérence interne ( $\alpha = 0,90$ ) et une bonne stabilité temporelle à la semaine 5 ( $r = 0,83$ ). Il démontre également une certaine validité convergente et divergente. L'échantillon présente une cohérence interne de 0,92.

## **Résultats**

Le chapitre suivant présente les analyses en deux principales sections. La première comporte les analyses préliminaires décrivant les principaux types d'EPT considérés dans les analyses et vérifie les variables à contrôler. La deuxième présente les analyses principales de la thèse en trois sous-sections spécifiques à chacune des questions de recherche retenues.

### **Analyses préliminaires**

#### **Exposition à un EPT et types d'EPT**

Des analyses de fréquence montrent que 79,5 % de notre échantillon ( $n = 333$  participants) ont rapporté avoir été exposés à au moins un EPT (réponse positive à au moins une des 11 questions du QET). La présence ou l'absence d'exposition à un EPT a aussi été vérifiée en appliquant les critères de l'APA, au moment du choix des mesures, soit avoir ressentie (a) que la vie était menacée, (b) de l'impuissance et (c) de l'effroi. Un score critère de 4 ou plus a été retenu pour évaluer ces aspects au QET (réaction modérée à sévère). Ainsi, 50,1 % ( $N = 210$ ) participants rapportent avoir vécu un EPT impliquant ces critères de menace à son intégrité ou à celle de quelqu'un d'autre, d'impuissance et d'effroi.

Suivant la catégorisation des EPT de Brillon (2005), trois catégories primaires d'événement ont été analysées, soit le fait d'avoir vécu ou non, tel que rapporté aux

différentes questions du QET, (a) un EPT impliquant de la violence interpersonnelle (b) un EPT impliquant un accident et (c) un EPT impliquant une catastrophe naturelle. Pour chaque type, nous avons également tenu compte du cumul d'expériences traumatisantes (Terr, 2001; Kira et al., 2008) (c.-à-d., avoir vécu un trauma de façon répétée versus unique), de la présence ou non des trois critères (vie menacée, effroi et impuissance) lors de l'avènement du trauma. Enfin, l'âge de la survenue pour ce qui est des EPT impliquant de la violence personnelle, est également une sous-catégorie de notre étude puisque la plupart des études qui mettent en lien un type d'EPT particulier et le TAG, la DM et l'ESPT identifient, plus clairement, un lien entre EPT violence interpersonnelle subie dans l'enfance et symptomatologie particulière (Cougler et al., 2010; Gibb et al., 2003; Terr, 2003) Le tableau 1 présente les fréquences obtenues. Près de la moitié de participants rapporte un EPT de type accident, qui apparaissent les plus fréquents auprès de l'échantillon, suivis des EPT de violence interpersonnelle et de catastrophe naturelle. Les comportements de violence interpersonnelle sont rapportés comme étant les EPT les plus souvent vécus de façon répétée.

Tableau 1

Nombre de participants rapportant chacun des types principaux d'EPT.

Type d'EPT	Présence			Répété			Présence avec critère du DSM		
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	<i>n</i>	%	<i>N</i>	<i>n</i>	%	<i>N</i>
Violence interpersonnelle	163	38,9	419	101	24,1	163	55	13,1	419
Accident	188	44,9	419	82	19,6	188	91	21,7	419
Catastrophe naturelle	69	16,5	419	6	1,4	69	15	3,6	419

#### **Sous-catégories d'EPT de violence interpersonnelle et âge du trauma.**

Des fréquences ont aussi été calculées pour des sous-types de traumas de violence interpersonnelle, soit (a) violence physique (b) sexuelle ou (c) psychologique (voir Tableau 2). De même, d'autres fréquences ont été calculées afin de déterminer le nombre de participants ayant vécu un trauma interpersonnel à l'enfance. En l'absence d'appui empirique quant au critère d'âge à utiliser pour déterminer les traumas de l'enfance, nous avons choisi un critère de 12 ans, basé sur la littérature scientifique sur l'anxiété appuyant que les enfants de 12 ans et plus aient la maturité cognitive nécessaire leur permettant de s'inquiéter et d'anticiper le futur (Muris, Merckelbach, Meesters, & Van den Brand, 2002). Parmi les participants ayant rapporté un EPT de type violence interpersonnelle, le sous-type violence physique apparaît le plus fréquent, suivi des EPT de violence sexuelle et de violence psychologique. Les EPT de violence physique et les EPT de violence sexuelle sont ceux les plus souvent vécus de façon répétée dans notre

échantillon. Près de la moitié des participants ayant vécu un trauma de violence interpersonnelle rapporte l'avoir vécu avant l'âge de 12 ans.

Tableau 2

Nombre de participants rapportant chacun des sous-types d'EPT de violence interpersonnelle.

Sous-type d'EPT de violence interpersonnelle	Présence			Répété		
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	<i>n</i>	%	<i>N</i>
Violence physique	103	63,2	163	25	24,3	103
Violence sexuelle	66	40,5	163	14	21,2	66
Violence psychologique	21	12,8	163	1	4,7	21
Âge						
11 ans et moins	81	49,7	163	N/D	N/D	N/D
12 ans et plus	82	50,3	163	N/D	N/D	N/D

Le Tableau 3, affiche les principales statistiques descriptives obtenues aux mesures de symptômes du TAG (c.-à-d., QIPS, QIA-som) et de vulnérabilités cognitives (III, QAP, QEC). La tendance à s'inquiéter au QIPS corrèle fortement avec les symptômes somatiques du TAG au QIA-som ( $r = 0,67$ ;  $p < 0,001$ ), avec l'intolérance à l'incertitude au III ( $r = 0,70$ ;  $p < 0,001$ ), avec l'attitude négative face aux problèmes au QAP ( $r = 0,66$ ;  $p < 0,001$ ) et avec l'évitement cognitif au QEC ( $r = 0,51$ ;  $p < 0,001$ ). Près du quart des participants, 23,6 % ( $N = 99$ ), satisfait les critères du TAG par questionnaire

au QIA. La force de ces corrélations, sur le plan des variables liées au TAG, est similaire à celle d'autres travaux (p. ex., Gosselin et al., 2008), ce qui appuie la validité de l'échantillon utilisé.

Tableau 3

## Statistiques descriptives pour les variables continues

Variabiles	<u>N</u>	<u>Minimum</u>	<u>Maximum</u>	<u>Moyenne</u>	<u>ET</u>
Symptômes TAG					
QIPS	419	19	80	46,86	12,51
QIA-som	416	0	46	24,02	10,29
Vulnérabilités cognitives					
III	415	45	225	107,44	37,52
QEC	414	25	125	55,31	20,47
QAP	411	12	60	24,36	10,1

**Variabiles à contrôler**

Des tests *t*, des corrélations de Pearson et des ANOVAS ont été réalisés afin de vérifier la pertinence de contrôler pour certaines variables sociodémographiques dans les analyses principales (Sexe, âge, langue, état civil, lieu de naissance, scolarité). Les mesures de symptômes du TAG ont été utilisées comme variables dépendantes. Seule la variable « sexe » semble liée à la tendance à s'inquiéter au QIPS ( $t(197,05) = 7,24, p < 0,001$ ) et aux symptômes somatiques du TAG au QIA-som ( $t(398) = 5,29, p < 0,001$ ). Toutefois, l'utilisation de la variable « sexe » comme co-variable dans les analyses

principales ne changeait pas la nature et la force des corrélations entre, d'une part, les indicateurs d'EPT et, d'autre part, les mesures de symptômes et de vulnérabilités cognitives. Les résultats sont donc présentés sans contrôler pour cette variable afin de simplifier leur présentation.

### **Analyses principales**

#### **Les types de traumas semblent-ils associés à davantage de symptômes du TAG?**

Une série d'ANOVAS a été réalisée afin de vérifier la présence de différence significative entre les participants présentant ou non un type d'EPT sur la tendance à s'inquiéter (QIPS) et les symptômes somatiques du TAG (QIA-som). Les postulats de linéarité, normalité et d'homogénéité des variances ont préalablement été vérifiés à l'aide de différents indices (aplatissement, asymétrie, etc.). Seulement une variable présentait une asymétrie négative. Puisque sa transformation n'affectait en rien les résultats obtenus, les données non transformées ont été utilisées. Les résultats des ANOVAS montrent premièrement un effet significatif de la présence d'un EPT de type interpersonnel sur les symptômes du QIA-som ( $F(1, 414) = 7,39; p = 0,007$ ). En tenant compte des critères du DSM pour évaluer la présence ou non des EPT (c.-à-d., vie menacée, impuissance et effroi), la différence demeure au QIA-som ( $F(1, 414) = 7,95; p = 0,005$ ). Les participants rapportant avoir vécu un EPT de type interpersonnel affichent un niveau plus élevé de symptômes somatiques comparativement à ceux n'ayant pas vécu ce type de trauma (voir Tableau 4). Les ANOVAS portant sur l'effet des sous-types d'EPT de violence interpersonnelle montrent par ailleurs que les

participants rapportant avoir vécu un EPT de violence « Physique » ( $F(1, 161) = 9,30; p = 0,003$ ) et « Sexuelle » ( $F(1, 161) = 5,51; p = 0,02$ ) affichent un niveau significativement plus élevé de la tendance à s'inquiéter au QIPS comparativement à ceux n'ayant pas vécu ce type de trauma. En ce qui concerne le fait d'avoir vécu un type d'EPT de façon récurrente ou non, les ANOVAS montrent aussi que les participants ayant vécu un EPT de type interpersonnel « Sexuel » répété affichent un niveau significativement plus élevé de symptômes somatiques du TAG au QIA-som comparativement aux participants ayant vécu un EPT unique ( $F(1, 64) = 5,30; p = 0,025$ ). Soulignons que le nombre peu élevé de participants ayant rapporté un EPT interpersonnel de violence psychologique ( $N = 1$ ) n'a pas permis de réaliser l'analyse sur cette variable. Aucun effet significatif n'est observé quant à l'âge de survenue d'un EPT. Nous avons choisi de laisser tomber la variable « âge » pour les autres types de traumatismes. Le Tableau 4 présente les moyennes et écarts-types au QIPS et au QIA-som des participants en fonction des différentes variables indépendantes.

### **Les types de traumas semblent-ils associés à davantage de vulnérabilités cognitives du TAG?**

Les ANOVAS vérifiant la présence de différence significative entre les participants présentant ou non un type d'EPT sur chacune des vulnérabilités cognitives montrent premièrement un effet significatif de la présence d'un EPT de type interpersonnel sur l'intolérance à l'incertitude au III ( $F(1, 413) = 6,42; p = 0,012$ ) et l'évitement cognitif au QEC ( $F(1, 412) = 16,41; p < 0,001$ ). Cette différence demeure si on tient compte des

critères du DSM (III :  $F(1, 413) = 6,60; p = 0,011$ ; QEC :  $F(1, 412) = 19,32; p < 0,001$ . Les participants rapportant avoir vécu un EPT de type interpersonnel affichent un niveau plus élevé d'intolérance à l'incertitude et d'évitement cognitif que ceux n'ayant pas vécu ce type de trauma (voir Tableau 5). Les ANOVAS portant sur l'effet des sous-types d'EPT de violence interpersonnelle montrent par ailleurs que les participants rapportant avoir vécu un EPT de type « Physique » et « Sexuel » affichent un niveau significativement plus élevé d'intolérance à l'incertitude (respectivement,  $F(1, 158) = 8,04; p = 0,005$  et  $F(1, 158) = 8,71; p = 0,004$ ) et d'attitude négative face aux problèmes (respectivement,  $F(1, 154) = 6,38; p = 0,013$  et  $F(1, 154) = 5,62; p = 0,019$ ) comparativement à ceux n'ayant pas vécu ce type de trauma. En ce qui concerne le fait d'avoir vécu un type d'EPT de façon récurrente ou non, les ANOVAS montrent aussi que les participants ayant vécu plusieurs EPT interpersonnel de type sexuel rapportent encore plus d'intolérance à l'incertitude au III ( $F(1, 63) = 4,26; p = 0,043$ ), plus d'attitude négative aux problèmes au QAP ( $F(1, 61) = 6,83; p = 0,011$ ) et plus d'évitement cognitif au QEC ( $F(1, 63) = 12,72; p = 0,001$ ) que les participants ayant vécu un seul EPT sexuel. Enfin, les participants rapportant plusieurs EPT de type accidents affichent un niveau significativement plus élevé d'intolérance à l'incertitude au III que les participants ayant vécu un seul accident ( $F(1, 184) = 5,59; p = 0,019$ ). Le Tableau 5 présente les moyennes et écarts-types aux mesures de vulnérabilités cognitives des participants en fonction des différentes variables indépendantes d'EPT.

Tableau 4  
Comparaisons entre les groupes d'EPT sur les mesures de symptômes du TAG

Variables	QIPS				QIASom			
	M	E.T.	$F (dl_1, dl_2)$	$\eta^2$	M	E.T.	$F (dl_1, dl_2)$	$\eta^2$
EPT interpersonnel								
Présence	48,14	12,30	2,81 (1,417)	0,007	25,72	10,19	<b>7,39 (1,414)*</b>	0,018
Absence	46,04	12,60			22,93	10,23		
Présence DSM	49,89	12,18	<b>3,73(1,417)*</b>	0,009	27,63	9,54	<b>7,95(1,414)**</b>	0,190
Absence DSM	46,41	12,51			23,47	10,30		
Répété	48,12	12,75	0,00(1,161)	0,000	25,50	10,05	0,13(1,161)	0,001
Unique	48,19	11,65			26,08	10,48		
Avant 12 ans	47,90	12,48	0,06(1,161)	0,064	26,83	9,40	1,92(1,161)	0,012
12 ans et plus	48,39	12,20			24,62	10,86		
EPT interpersonnel physique								
Présence	45,96	12,10	<b>9,30(1,161)**</b>	0,06	25,09	9,91	1,07(1,161)	0,007
Absence	51,90	11,83			26,80	10,66		
Répété	47,08	16,65	0,28(1,101)	0,003	26,84	10,46	1,03(1,101)	0,010
Unique	45,49	10,33			24,53	9,72		

Tableau 4

Comparaisons entre les groupes d'EPT sur les mesures de symptômes du TAG (suite)

Variables	QIPS				QIASom			
	M	E.T.	$F (dl_1, dl_2)$	$\eta^2$	M	E.T.	$F (dl_1, dl_2)$	$\eta^2$
EPT interpersonnel Sexuel								
Présence	50,85	11,25	<b>5,51(1,161)*</b>	0,033	26,58	10,26	0,79(1,161)	0,005
Absence	46,30	12,71			25,13	10,16		
Répété	55,57	12,85	3,24(1,64)	0,048	32,00	8,16	<b>5,30(1,64)*</b>	0,076
Unique	49,58	10,55			25,12	10,34		
EPT interpersonnel psychologique								
Présence	52,38	12,16	2,89(1,161)	0,18	28,43	8,77	1,71(1,161)	0,011
Absence	47,52	12,24			25,32	10,35		
Répété	21,00	-	<b>10,23(1,19)**</b>	0,35	25,00	-	0,15(1,19)	0,008
Unique	53,95	10,05			28,60	8,96		
EPT accident								
Présence	45,93	12,69	1,89 (1,417)	0,004	24,15	9,98	0,05 (1,414)	0,000
Absence	47,62	12,34			23,92	10,56		
Présence DSM	47,39	12,83	0,21(1,417)	0,010	25,12	9,43	1,31(1,414)	0,003
Absence DSM	46,71	12,53			23,72	10,51		
Répété	47,05	12,73	1,12(1,186)	0,006	25,49	10,24	2,54(1,184)	0,014

Tableau 4

Comparaisons entre les groupes d'EPT sur les mesures de symptômes du TAG (suite)

Variables	QIPS				QIASom			
	M	E.T.	$F (dl_1, dl_2)$	$\eta^2$	M	E.T.	$F (dl_1, dl_2)$	$\eta^2$
Unique	45,07	12,65			23,14	9,70		
EPT catastrophe								
Présence	47,70	11,92	0,37(1,417)	0,010	24,59	9,45	0,26(1,414)	0,001
Absence	46,70	12,64			23,91	10,46		
Présence DSM	49,73	10,29	0,82(1,417)	0,002	24,07	10,98	0,00(1,414)	0,000
Absence DSM	46,76	12,59			24,02	10,28		
Répété	50,83	5,27	0,45(1,67)	0,007	24,71	9,44	0,12(1,67)	0,002
Unique	47,40	12,35			23,33	10,33		

Notes. \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ . QIPS = Questionnaire sur les inquiétudes de Penn state; QIASom = Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété.

Tableau 5

Comparaisons entre les groupes d'EPT sur les mesures de vulnérabilité cognitive du TAG

Variables	<u>III</u>				<u>QAP</u>				<u>QEC</u>			
	M	E.T.	$F (dl_1, dl_2)$	$\eta^2$	M	E.T.	$F (dl_1, dl_2)$	$\eta^2$	M	E.T.	$F (dl_1, dl_2)$	$\eta^2$
EPT interper.												
Présence	113,29	36,25	<b>6,42 (1,413) *</b>	0,015	25,41	10,28	2,74 (1,409)	0,10	60,35	21,88	<b>16,41 (1,412)*</b>	0,038
Absence	103,77	37,91			23,71	9,95			52,13	18,90		
Présence	119,59	37,38	<b>6,60(1,413)**</b>	0,016	26,8	10,56	<b>3,63(1409)</b>	0,009	66,60	22,63	<b>19,33(1,412)**</b>	0,009
DSM												
Absence	105,62	37,25			53,65	19,63			23,10	9,99		
DSM												
Répété	112,27	36,70	0,20(1,158)	0,001	25,47	10,30	0,01(1,154)	0,000	60,70	21,44	0,67(1,158)	0,000
Unique	114,95	35,73			25,31	10,32			59,79	22,71		
Avant 12 ans	114,96	37,02	0,33(1,158)	0,002	25,79	9,92	0,20(1,154)	0,001	61,09	22,91	0,18(1,158)	0,001
12 ans et plus	111,66	35,63			25,04	10,65			59,63	20,94		
EPT interper. physique												
Présence	107,21	35,45	<b>8,04(1,158)**</b>	0,048	23,86	9,43	<b>6,38(1,154)**</b>	0,400	58,90	21,41	1,20(1,158)	0,008
Absence	123,69	35,49			28,10	11,18			62,83	22,61		

Tableau 5.

Comparaisons entre les groupes d'EPT sur les mesures de vulnérabilité cognitive du TAG (suite)

Variables	III				QAP				QEC			
	M	E.T.	$F (dl_1, dl_2)$	$\eta^2$	M	E.T.	$F (dl_1, dl_2)$	$\eta^2$	M	E.T.	$F (dl_1, dl_2)$	$\eta^2$
Répété	103,35	39,70	0,35(1,99)	0,004	24,52	12,10	0,15(1,97)	0,002	56,13	21,37	0,53(1,99)	0,005
Unique	108,35	34,30			23,66	8,54			59,77	21,49		
EPT interper. Sexuel												
Présence	123,28	34,62	<b>8,71(1,158)**</b>	0,052	27,74	10,28	<b>5,52(1,154)**</b>	0,035	64,00	23,17	3,09(1,158)	0,019
Absence	106,46	35,91			23,83	10,02			57,85	20,70		
Répété	139,78	42,01	<b>4,26(1,63)*</b>	0,063	34,42	12,50	<b>6,83(1,61)**</b>	0,101	82,84	21,77	<b>12,72(1,63)***</b>	0,168
Unique	118,75	31,28			26,17	9,14			59,29	21,19		
EPT interper. psychologique												
Présence	120,52	37,77	0,96(1,158)	0,006	28,80	11,26	2,53(1,154)	0,016	61,29	15,20	0,44(1,158)	0,000
Absence	112,20	36,02			24,91	10,07			60,21	22,75		
Répété	73,00	-	1,72(1,19)	0,83	19,00	-	0,79(1,18)	0,42	53,00	-	0,30(1,19)	0,016
Unique	122,90	37,10			29,32	11,32			61,70	15,47		
EPT accident												
Présence	103,61	35,39	3,53(1,413)	0,008	23,41	9,5	2,93(1,409)	0,007	54,16	19,80	1,04(1,412)	0,003
Absence	110,55	38,97			25,12	10,51			56,22	20,99		
Présence avec DSM	110,08	36,44	0,57(1,413)	0,001	23,96	9,79	1,17(1,409)	0,000	58,38	21,86	2,60(1,412)	0,006

Tableau 5.

Comparaisons entre les groupes d'EPT sur les mesures de vulnérabilité cognitive du TAG (suite)

Variables	III				QAP				QEC			
	M	E.T.	$F (dl_1, dl_2)$	$\eta^2$	M	E.T.	$F (dl_1, dl_2)$	$\eta^2$	M	E.T.	$F (dl_1, dl_2)$	$\eta^2$
Absence avec DSM	106,71	37,84			24,46	10,19			54,46	20,01		
Répété	110,43	37,81	<b>5,59(1,184)**</b>	0,029	24,02	9,78	0,61(1,181)	0,003	57,25	21,53	3,56(1,182)	0,019
Unique	98,23	32,54			22,92	9,29			51,74	18,06		
EPT catastrophe												
Présence	105,80	31,72	0,15(1,413)	0,000	24,05	8,90	0,07(1,409)	0,007	59,08	20,33	2,78(1,412)	0,007
Absence	107,75	38,57			24,41	10,32			54,57	20,44		
Présence avec DSM	116,27	30,79	0,080(1,413)	0,002	27,07	9,49	1,12(1,409)	0,003	65,47	21,71	<b>3,86(1,412)*</b>	0,009
Absence avec DSM	107,13	37,73			24,25	10,12			54,93	20,35		
Répété	117,67	28,84	0,92(1,65)	0,014	28,50	8,96	1,67(1,63)	0,026	64,83	18,45	0,52(1,66)	0,008
Unique	104,63	31,96			23,59	8,84			58,53	20,55		

Notes. \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ . III = Inventaire d'intolérance à l'incertitude; QAP = Questionnaire d'attitude négative aux problèmes; QEC = Questionnaire d'évitement cognitif.

**Les types de traumas semblent-ils associés à davantage de présence du TAG?**

Des tests de Chi-Carré ont finalement été réalisés afin de vérifier si les participants ayant vécu un type spécifique d'EPT rapportaient un taux plus élevé de TAG par questionnaire au QIA. Seule une différence est observée en ce qui a trait à la récurrence d'EPT lié aux accidents. Les participants ayant vécu plusieurs EPT de ce type rapportent davantage de TAG au QIA que ceux ayant vécu un seul EPT (30 % versus 17 %; chi carré = 3,94;  $p = 0,036$ ).

Tableau 6

Comparaison entre les groupes d'EPT sur la mesure du TAG

Variables	Absence	Présence	$\chi^2$
EPT interpersonnel	23,9%	24,2%	0,005
Inter physique	24,4%	22,8%	0,0116
Inter sexuel	23,4%	27,3%	0,453
Inter psychologique	23,5%	33,3%	1,049
EPT accident	24,7%	23,2%	0,114
EPT catastrophe	23,5%	26,9%	0,353
Avec critères DSM			
EPT interpers.	23,5%	27,3%	0,367
EPT accident	23,2%	27,0%	0,536
EPT catastrophe	23,7%	33,3%	0,738
Avec critère unique ou répété			
PTE interpersonnel	Unique	Répété	
PTE interpersonnel	23,0%	25,0%	0,087
Inter physique	21,1%	28,0%	0,516
Avec critère unique ou répété			
Inter sexuel	Unique	Répété	$\chi^2$
Inter sexuel	23,1%	42,9%	2,176
PTE accident	17,9%	30,4%	<b>3,396*</b>
PTE catastrophe	26,2%	33,3%	0,140

Notes. \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

## **Discussion**

Le but de cette étude visait la vérification de liens possibles entre des types de traumatismes particuliers et les symptômes du TAG ainsi que les vulnérabilités cognitives associées. Les trois questions de recherche étaient: (a) Est-ce qu'un type de traumatisme particulier est associé à davantage de symptômes du TAG (c.-à-d., inquiétudes, symptômes somatiques)? (b) Est-ce qu'un type de traumatisme particulier est associé davantage à l'intolérance à l'incertitude ou à l'attitude négative face aux problèmes? (c) Est-ce qu'un type de traumatisme particulier est associé davantage au recours à des stratégies d'évitement cognitif?

Chacune des questions de recherche sera reprise et discutée à la lumière des résultats obtenus et de la littérature non exhaustive. Ensuite, les limites de cette étude seront exposées et finalement, les applications cliniques ou des orientations de recherche futures seront proposées.

D'abord, l'échantillon de participants a rapporté un taux d'exposition de 79,5 % à au moins un EPT ce qui est compatible avec la littérature sur le sujet au sein d'une population non clinique. En appliquant les critères du DSM nécessitant une réaction d'une certaine intensité lors de l'exposition au EPT, le pourcentage décroît à 50,1 %, mais il reste toujours dans la norme (Breslau et al, 1991; Kessler et al, 1995; Norris, 1992; Resnick et al, 1993). L'échantillon est ainsi représentatif.

La sous-catégorisation basée à la fois sur les trois groupes de Brillon (2005) , sur un effet possiblement cumulatif et de l'âge (Bernstein et al., 2003; Kira et al., 2008; Gibb et al., 2003; Terr, 2003; Soeken et al., 2010) , basée ensuite sur une sous catégorisation pour la violence interpersonnelle en terme de type de victimisation: agression physique (Amstadter & Vernon, 2008; Gibb et al., 2003), agression sexuelle (Amstadter & Vernon, 2008; Gibb et al., 2003), agression psychologique (Gibb et al., 2003, Soeken et al., 2010) est une première. D'une part, ce regroupement augmente la puissance au niveau statistique, mais, d'autre part, ce regroupement nous aura fait perdre des données qui auraient pu être intéressantes. Aucune autre étude n'a utilisé ce type de sous catégorisation. De cet échantillon ( $N = 419$ ), 38,4 % ont vécu un EPT de type interpersonnel ( $N = 163$ ); 63,2 % violence physique, 40,5 % violence sexuelle, 12,8 % violence psychologique), 44,9 %, ont vécu un accident et 16,5 % ont vécu une catastrophe naturelle. Le groupe de participants nommé « violence interpersonnelle » ( $N = 163$ ) rapporte avoir vécu de la violence dans l'enfance et à l'âge adulte, en proportion quasi égale de 50 %.

Un taux de 23,6 % de participants qui satisfont les critères du TAG a été observé, ce qui excède le niveau de prévalence généralement attendu autour de 4 à 9 %. Cette disparité peut s'expliquer par le nombre de femmes presque trois fois plus élevé (71,8 %) que le nombre d'hommes; les femmes étant plus à risque de développer la symptomatologie du TAG. Par ailleurs, il importe de souligner que le TAG a été évalué par questionnaire dans cette étude, ce qui entraîne habituellement plus de faux positifs

(Dugas et al. 2001). Lorsque certaines variables démographiques ont été contrôlées, la variable « sexe (homme ou femme) » est liée à la tendance à s'inquiéter au QIPS ( $t = 7,24^{***}$ ) ainsi qu'aux symptômes somatiques au QIA ( $t = 5,29^{***}$ ) (Belleville et al., 2008, Bruce et al., 2001; Kessler et al., 2005; Leahy & Holland, 2000).

La vérification de l'existence d'une différence parfois significative lorsque les critères du DSM sont appliqués, suggère que les critères de perception de menace à la vie, d'effroi et l'impuissance ressenties lors de l'exposition à un EPT peuvent mener à un tableau clinique différent pour le TAG. Une plus grande proportion des résultats significatifs est en lien avec une exposition à des EPT satisfaisant les critères du DSM. Malheureusement, les sous-catégories de la violence interpersonnelle n'ont pu être discriminées par les critères du DSM parce que le QET ne le permet pas.

### **Est-ce qu'un type de traumatisme particulier est associé à davantage de symptômes du TAG (c.-à-d., inquiétudes, symptômes somatiques)?**

D'abord, les accidents sont liés au TAG de façon significative. Les gens qui ont vécu plusieurs accidents rapportent un taux plus élevé de TAG (30 %) que ceux n'en ayant vécu qu'un seul (17 %), ce qui est en accord avec les résultats d'autres recherches (Duplessis & Gosselin, 2009). Ce résultat indique, à partir des données obtenues, un lien significatif étiologique entre un cumul d'accidents et les critères diagnostiques du TAG. L'étude démontre que le TAG est bien indépendant des autres désordres tels que la dépression ou l'ESPT malgré des racines parfois semblables (DeMond et al. 2008).

Les traumatismes de violence interpersonnelle, selon les critères du DSM, induisent davantage de symptômes somatiques du TAG. Lorsque les critères de vie menacée, d'effroi et d'impuissance sont appliqués, les victimes rapportent une plus grande tendance à s'inquiéter de même que des symptômes somatiques sans toutefois satisfaire les critères diagnostiques du TAG. Les abus ont un impact sur l'expérience au jour le jour des victimes et ont une influence sur le développement des relations sociales, sur le système d'engagement social. Une histoire d'abus peut « mettre en résonance » le système nerveux sympathique afin d'être prudent et préparé pour la défense par des comportements de fuite ou d'attaque, même si un réel danger n'existe pas. Ce type d'abus agirait telle la présence de parents anxieux ou qui en font trop; ce qui pourrait suggérer que l'un ou l'autre occasionne un traumatisme développemental. Le sentiment de « se sentir en sécurité » est un facteur de protection contre les symptômes somatiques. La violence interpersonnelle modifie la physiologie de l'individu de façon significative en ayant un impact sur le système sympathique et l'axe hypothalamus-pituitaire-adrénal (augmentation du rythme cardiaque et du cortisol) (Boyer, Guay & Marchand, 2006; Hudson & Rapee, 2004). La théorie polyvagale (Porges, 2011) explique que la dysrégulation autonome du coeur ou de la respiration (arythmie respiratoire) est liée à l'expérience affective (expression faciale, expression émotionnelle, vocalisations et comportements sociaux) en réponse aux comportements des autres. Les enfants comme les adultes ont besoin de stratégies appropriées d'engagement social afin de former des liens d'attachement. Un déficit sur la régulation vagale est lié au TAG (McLeod, Hoen-Saric, Porges, Kowalski, & Clark, 2005). D'autres auteurs ont déjà établi un lien entre ce

type d'EPT et la psychopathologie (Lancaster, Melka, & Rodriguez, 2009). Brillon (2005) de même que Boyer et al. (2006), avaient déjà soulevé un lien entre la violence interpersonnelle et l'ESPT en disant que cette forme de violence est la pire qu'un humain peut subir.

Pris séparément, les abus physiques et sexuels ont un effet sur la tendance à s'inquiéter. Ce résultat est en accord avec les résultats de Brawman et al. (2005) voulant qu'une exposition à des traumatismes sexuels (< 18 ans) induise une diminution des symptômes somatiques du TAG, en comparaison avec un autre groupe TAG n'ayant pas vécu ce type d'abus. Compte tenu des facteurs extrinsèques tels que l'influence du style d'attachement ou du comportement parental sur le développement du TAG chez l'enfant (Gerull & Rapee, 2002; Hudson & Rapee, 2001; Kagan et al., 1994; Merikangas et al., 1999; Warren et al., 1997), et du facteur de la « contrôlabilité » de l'environnement perçue (Chorpita & Barlow, 1998), les traumatismes interpersonnels de violence physique ou sexuelle pourraient modifier le sentiment de contrôle sur l'environnement. Un environnement où la violence interpersonnelle existe est un environnement où la personne expérimente une perte de contrôle augmentant ainsi la probabilité d'interpréter les futures situations comme « incontrôlables ». La victime apprend à faire des associations particulières par conditionnement (Rapee, Litwin & Barlow, 1990) et le système d'attachement devient plus sensible à la dysrégulation émotionnelle (Soeken et al. 2010, Porges, 2011).

L'effet cumulatif des traumatismes de violence interpersonnelle de type sexuel augmente les symptômes somatiques au QIA et explique la variance que l'on retrouve dans le lien entre EPT interpersonnel et QIA-som sans appliquer les critères du DSM. (Kira et al., 2008; Terr, 2003). Les victimes de plusieurs viols ou les victimes d'inceste ont davantage de difficultés à s'auto réguler en ayant un biais vers un état d'autoprotection constante. Cette vulnérabilité les empêche même de rester calmes en présence des autres. Souvent, ces personnes vont chercher d'autres stratégies d'autorégulation autonome tel le yoga par exemple (Porges, 2011).

**Est-ce qu'un type de traumatisme particulier est associé davantage à l'intolérance à l'incertitude ou à l'attitude négative face aux problèmes?**

Les victimes de violence interpersonnelle (avec ou sans les critères du DSM), physique (unique) ou sexuelle (unique ou répété) ainsi que les victimes d'accidents répétés auront davantage tendance à s'inquiéter. Chacun de ces groupes présente des différences significatives. Ces EPT reviennent souvent à l'esprit des victimes, sous forme verbale plutôt que sous formes imagées. Les victimes appréhendent les conséquences négatives futures et incertaines même si ces conséquences proviennent d'un seul événement tel un désastre. Pour la plupart des victimes de ces EPT, un seul événement suffira à augmenter leur intolérance à l'incertitude. Lorsque l'EPT s'est reproduit, l'appréhension des événements se cristallise et le style attributionnel de la cause s'oriente vers un style « stabilité ». Ce résultat correspond à celui de Zinzow et Jackson (2010) considérant que le style attributionnel de type « stabilité » pour les

victimes d'abus sexuels (la cause est constante et non variable dans le temps), augmente le risque de développer un ESPT. La théorie des styles attributionnels propose que l'information soit emmagasinée au sein de schéma de peurs, d'un réseau neuronal de peur, développé en réponse aux EPT et activé en réponse à une menace perçue. L'effet cumulatif de traumatismes de viols ou d'inceste et d'accidents conditionne le réseau de peur. La cause est constante et répétée. Ce style attributionnel se retrouve dans les items des questionnaires sur l'intolérance à l'incertitude. Par exemple, pour les victimes de violence sexuelle, l'avenir devient incertain, insupportable. Les gens deviennent imprévisibles et incontrôlables. La méfiance s'installe avec le cumul de ce type EPT. De même, plusieurs accidents de véhicules à moteur, plusieurs accidents causés par le feu ou par des explosions, rendent l'environnement incertain pour la victime. La vie devient imprévisible, « incontrôlable » et la possibilité qu'un imprévu puisse survenir est devenue « stable », la cause est constante. En réponse, la victime peut devenir directive et contrôlante pour l'entourage, elle peut avoir souvent besoin d'être rassurée (items du III).

Les victimes de violence interpersonnelle (avec critère DSM), physique, sexuelle (unique ou répété) ainsi que les victimes de catastrophes naturelles (avec critère du DSM) développent davantage une attitude négative face aux problèmes. La personne doute de plus en plus de ses capacités à résoudre ces situations jugées « incontrôlables » encore une fois. Les victimes de ces groupes doutent davantage d'elles-mêmes, elles sont davantage convaincues que les problèmes sont difficiles à résoudre, voire même

insurmontables (items QAP). Les victimes de plusieurs accidents deviennent intolérantes à l'incertitude alors que les victimes de désastres naturels ont tendance à se dévaloriser. La violence interpersonnelle, en intensité, est le type d'EPT qui influence à la fois l'attitude face aux problèmes de la vie courante et à la fois diminue la fenêtre de la tolérance à l'incertitude.

**Est-ce qu'un type de traumatisme particulier est associé davantage au recours à des stratégies d'évitement cognitif?**

Les stratégies d'évitement cognitives sont utilisées davantage par les victimes de violence interpersonnelle (avec ou sans critères DSM) ce qui diminuera davantage la capacité de la personne à résoudre les problèmes ou à faire de la prévention. Ce sont les victimes de viols et d'inceste répétés plutôt que les victimes de violence physique, qui utilisent ces stratégies. La victime ne veut plus penser aux viols ou à l'inceste, elle évitera les intrusions cognitives envahissantes, elle tentera de se changer les idées par des distractions (items QEC). La victime aura tendance à vouloir éviter les situations où un événement négatif pourrait survenir,

Plusieurs troubles psychiatriques ont recours à l'évitement cognitif. Comme les études concernant les EPT se sont surtout penchées sur le phénomène de l'ESPT, il nous apparaît important de discuter de l'impact des EPT sur les systèmes neurobiologiques à partir des spécialistes de l'ESPT. Certains auteurs (Brillon, Marchand & Stephenson, 1996; Foa et al., 1989) avancent que la théorie de Mowrer, théorie la plus utilisée pour

expliquer le système de la peur, n'est pas spécifique à l'ESPT. Cette théorie explique la phobie simple par exemple. Et elle explique également le lien qui unit les PTE et le TAG. Le profil neurobiologique du TAG est probablement lié à des anomalies diverses au niveau des neurotransmetteurs, incluant les acides aminés (acide gamma-aminobutyric, norépinéphrine, la sérotonine, le cholécystokinine. Le système limbique (axe hypothalamus-pituitaire-adrénal) est également affecté. Ce portrait suggère une dysrégulation du système nerveux central, comme dans l'ESPT, une interruption des réponses adaptatives au stress. L'anxiété leur est commune, mais les études ne démontrent pas encore l'existence d'autres particularités neurobiologiques distinctes (Sinha, Mohlman & Gorman, 2004).

Brunet, Sergerie et Corbo (2006), s'appuyant sur la théorie des deux facteurs de Mowrer, se sont questionnés sur la persistance du trouble ESPT. D'une part, des facteurs liés à l'évènement traumatique peuvent expliquer le développement d'un ESPT, mais d'autre part, pourquoi certaines personnes n'en développent pas? Pour eux, ce sont les troubles de l'axe corticotrope qui répondent en partie à cette question. Les facteurs biologiques tels que le cortisol et le volume hippocampique sont une piste de compréhension. L'autre piste est l'activation amygdalienne c'est-à-dire la sévérité de la réponse de détresse au moment du trauma. Ils feront l'hypothèse que la détresse péritraumatique indexe une certaine forme de conditionnement aversif tel que le conditionnement de peur, lequel serait responsable des symptômes anxieux. La sévérité du traumatisme et le contexte dans lequel se produit un évènement jouent un rôle dans

le conditionnement de peur. L'hippocampe joue un rôle dans l'encodage des éléments contextuels. De plus il est connu que, durant des moments de stress intense, le fonctionnement de la mémoire amygdalienne s'accroît alors que la mémoire hippocampique décroît. Les auteurs proposent qu'en situation de stress intense, l'hippocampe ne fasse pas son travail ce qui cause le phénomène de la dissociation péritraumatique. Le cortex préfrontal, quant à lui, est lié au processus d'extinction, un nouvel apprentissage permettant au sujet de ne plus répondre à des indices rappelant le trauma. Les stratégies d'évitement cognitif sont développées afin de pallier, avec un succès mitigé, au phénomène de la dissociation. Un peu comme si le cortex préfrontal, a posteriori, tenterait de combler les trous de la mémoire en ne « pensant » plus.

Cependant, les neurones de l'amygdale sont plus rigides et le conditionnement de peur serait permanent pour les victimes d'abus sexuels répétés (LeDoux, 1996). Pour ces victimes, il est possible qu'il y ait un double diagnostique d'ESPT et de TAG. Brunet et al. (2006) ajoutent que la rémission d'un ESPT n'implique pas un retour à l'homéostasie, c'est impossible. Le retour à la santé passe par une inhibition active du conditionnement de peur de l'amygdale et l'extinction de peur est dépendante du contexte. Le cortex préfrontal responsable de l'autorégulation affective et des fonctions d'exécution, couplé à l'hippocampe, agissent plus ou moins efficacement sur l'amygdale. Ces résultats rejoignent ceux obtenus par Brawman-Mintzer et al. (2005) pour un groupe ayant vécu un cumul d'assauts sexuels.

Il est étonnant de constater que le critère de l'âge de la survenue d'un type de traumatisme particulier portant sur la tendance à s'inquiéter ou bien portant sur les symptômes somatiques du TAG n'a pas d'effet significatif. C'est un résultat plutôt surprenant compte tenu des facteurs étiologiques liés à l'attachement et au « *modeling* » dans le TAG (Hudson & Rapee, 2004). C'est probablement ce résultat qui distingue le plus les conséquences du traumatisme sur l'ESPT, des conséquences du traumatisme sur le TAG. Les études concernant une taxonomie des traumatismes n'ont jamais comparé l'effet de l'âge portant sur une symptomatologie particulière, il n'existe aucun point de comparaison possible. Soit les traumatismes infantiles ont un impact sur le TAG (Cougle et al, 2010; Soeken et al, 2010), soit les traumatismes adultes ont un impact sur le TAG (Amstadter et al., 2009; Beck & Emery, 1985; Duplessis & Gosselin, 2009; Ghafoori et al., 2009; Roemer et al., 1997b). Soit au contraire, comme l'ont observé Rapee et al. (1990), les individus cliniquement anxieux ont tendance à rapporter plus d'impact négatif concernant les mêmes événements qu'un groupe non anxieux. L'impact des EPT serait donc, selon eux, influencé par une vulnérabilité à l'anxiété à priori. Lorsqu'un individu doit faire face à un EPT, l'évènement sera vécu avec une plus grande détresse. Rappelons que Gibb et al. (2003) associe la violence faite aux enfants avec les symptômes de la sphère dépressive plutôt qu'à l'anxiété.

Les études ayant démontré un lien entre différents types de traumatismes et les conséquences sur les symptômes du TAG et ses variables cognitives sont quasi inexistantes. Seules des études sur l'ESPT, s'interrogent sur l'impact d'une taxonomie des

traumatismes. Habituellement, l'évaluation du pronostic d'ESPT serait liée davantage au type de traumatisme dit interpersonnel. Les événements liés à la guerre et aux agressions physiques ou sexuelles et donc de « main d'homme » sont généralement associés à un plus faible pronostic que les événements liés à des accidents de la route ou aux désastres naturels. Mais ce n'est pas le seul facteur. Le fait d'être de sexe féminin, d'avoir une histoire de troubles anxieux dépressifs, d'abuser de l'alcool ou d'avoir d'autres conditions médicales peut aussi compliquer le traitement de l'ESPT (Boyer et al., 2006).

Les résultats de notre étude concernant la tendance à s'inquiéter, les symptômes somatiques et les vulnérabilités cognitives associées au TAG, tendent vers un lien significatif avec un type particulier d'EPT. Les EPT interpersonnels auront une incidence sur la tendance à s'inquiéter et sur les symptômes somatiques au QIA. La violence interpersonnelle répétitive de type sexuelle expliquerait la variance au niveau de la dysrégulation du système sympathique. L'effet cumulatif de ce type de violence pourrait modifier irrémédiablement les capacités d'autorégulation vagale. Le lien entre un cumul d'accidents et le diagnostic du TAG est distinctif dans cette étude. Les accidents répétés plutôt que d'autres types de traumatismes sont une des sources pathologiques du TAG.

### **Limites**

Même si nos résultats sont intéressants et semblent confirmer d'autres études précitées, nous avons noté certaines limites. La première concerne l'échantillon de participants qui n'est pas représentatif de la population générale non clinique. Il est

composé majoritairement de jeunes femmes et pourrait introduire, d'emblée, un biais méthodologique. La prévalence du TAG est liée au sexe, à l'âge, aux expériences de vie et des responsabilités qui s'accroissent avec l'âge. Cependant, les symptômes du TAG se développent dès la mi-adolescence (Wittchen & Hoyer, 2001), ce qui démontre l'importance d'avoir un groupe de participants plus vieux. Pour ce qui est de la majorité féminine, les études ont démontré que les femmes rapportent davantage d'inquiétude de façon excessive (Stavosky & Borkovec, 1987). D'autres études rapportent que les femmes ont davantage de symptômes liés à l'anxiété, à l'ESPT et à la dépression suivant un EPT (Suliman et al., 2009; Vrana & Lauterbach, 1994) utilisant un échantillon semblable au nôtre, ont obtenu des résultats mixtes concernant la prévalence d'une psychopathologie. Ils ont découvert que l'impact psychologique de l'EPT était différent selon que vous étiez un homme ou une femme. Les hommes ayant vécu de l'abus dans l'enfance rapportaient davantage d'anxiété que les femmes. Un échantillonnage tel que le nôtre peut donc vraiment avoir affecté les résultats. Les études subséquentes devraient pouvoir incorporer une distribution plus hétérogène chez les participants pour pouvoir généraliser les résultats.

D'autres caractéristiques d'échantillonnage telles, la composition d'étudiants blancs, un échantillon non clinique, empêche également la généralisation des conclusions. Il est difficile de généraliser des résultats pour d'autres cultures ou même pour des populations cliniques. Cependant l'échantillon comprenait deux établissements, dont un vocationnel, les étudiants pouvaient posséder différents attributs, ce qui atténue l'effet d'homogénéité.

Suivant des études précédentes, Vasey et Borkovec (1992) ont établi que l'utilisation d'un échantillon d'étudiants rapportant de l'inquiétude chronique est similaire à un échantillon d'une population clinique.

Cette étude est basée sur des mesures auto rapportées ce qui induit une représentation des symptômes anxieux et des vulnérabilités cognitives, parfois inexacte. D'une part, le questionnaire anonyme facilite l'expression au sujet d'évènements ou de symptômes qui, par ailleurs, pourrait être source d'embarras, de honte ou d'acceptabilité sociale. D'autre part, il est aisé de rapporter davantage d'EPT par exemple. Les questionnaires concernant les symptômes sont des mesures subjectives, mais elles semblent bien mesurer ce qu'elle devrait mesurer. Le QET par contre, est une mesure sensible en raison de sa nature d'identifiant d'EPT. De plus, c'est un questionnaire assez complexe qui ne permet pas de discriminer autant que désiré. Par exemple, il est plus difficile de savoir si une personne a vécu plusieurs accidents de même nature ou bien si elle a vécu un accident d'automobile doublée d'un incendie à son domicile. Il ne permet pas non plus de savoir lequel a été vécu à quel âge, ou bien lequel a été le plus effrayant. C'est un questionnaire qui couvre davantage de traumatismes qu'une simple liste, mais qui ne peut remplacer une entrevue clinique. Cependant, une étude récente ayant utilisé le TEQ auprès d'une population clinique (Crawford, Lang, & Laffaye, 2008) a démontré que les patients complétant le TEQ étaient en accord avec les rapports suivant des entrevues cliniques structurées.

La nature rétrospective des questionnaires, impliquant un rappel à plus ou moins court terme de ce qui s'est passé pour les participants, notamment au TEQ, peut également modifier les résultats. Les biais de rappels sont fréquents chez les personnes ayant été exposées à des EPT surtout en ce qui a trait à des EPT survenus dans l'enfance (Brunet et al., 2006). Afin de contourner cette difficulté, Vrana et Lauterbach (1994), les auteurs de cette mesure ont insisté sur les tests et re-tests. La nature vivide de l'expérience d'un EPT semble accroître un certain type d'encodage, mais en diminuer d'autres, notamment au niveau temporel. De plus, le TEQ pourrait avoir ravivé des EPT qui, auparavant, étaient plutôt enfouis.

De plus, les effets possibles d'une symptomatologie dépressive, d'ESPT et d'une sensibilité à l'anxiété non contrôlées pour cette recherche pourraient également influencer les résultats. Comme mentionné tout au long de cette revue, la DM existe souvent en comorbidité avec le TAG et L'ESPT, suivant l'exposition à un EPT. Même si certains auteurs tels que DeMond et al. (2008) ont pu faire la preuve que le TAG est un trouble indépendant des deux autres, il n'en reste pas moins qu'une seule recherche de ce type ne peut amener à des conclusions. La sensibilité à priori à l'anxiété peut également avoir un impact. Soit que la personne était déjà anxieuse avant le traumatisme, soit que cette vulnérabilité la rendait plus à risque de développer une psychopathologie. Des études subséquentes auraient avantage à contrôler pour ces deux variables. Si possible, l'ajout d'entrevues cliniques permettrait d'augmenter la fiabilité des résultats tant au TEQ que pour le diagnostic du TAG, de la DM ou du ESPT.

Finalement, en appliquant les critères du DSM V pour discriminer un évènement stressant de la vie courante d'un EPT (par la mesure de l'intensité de l'impuissance et de l'effroi), nous avons augmenté la validité de cette étude (Borkovec & Rachman, 1979). Cependant, le corollaire de l'application des critères est l'exclusion d'un certain nombre de participants. L'échantillonnage pour la mesure concernant nos sous-catégories de violence interpersonnelle est plus restreint. Cependant, en conservant les deux types d'expositions, avec ou sans les critères de l'effroi et de l'impuissance, l'étude permet une latitude beaucoup plus intéressante qu'une restriction. Un échantillonnage représentatif de la symptomatologie possible suivant l'exposition à un trauma a été conservé. Les recherches futures pourraient s'attarder à obtenir un  $N$  encore plus imposant afin de pallier la limite.

### **Retombées possibles et pistes de recherche future**

En dépit de la nature exploratoire de cette étude, les résultats obtenus, d'une part, semblent confirmer d'autres résultats précédents et d'autre part, pourraient avoir des implications possibles pour de la recherche future. Les résultats confirment un lien entre une taxonomie des EPT et le TAG et ils nous permettent de mieux comprendre l'impact d'un type d'exposition particulière sur les symptômes du TAG et ses vulnérabilités cognitives.

D'autres chercheurs ont découvert que l'exposition à l'EPT ne mène pas qu'à l'ESPT. (Guay & Marchand, 2006). Ils sont arrivés à des conclusions qui s'apparentent à celles de Kira (2001) et Kira et al. (2008). Il existe donc des situations où des personnes vont développer un ESPT à survenue différée par exemple, ou un ESPT suite à un cumul ou à une suite d'évènements qui ne satisfont pas nécessairement les critères du DSM ou bien va développer un ESPT, un TAG et une DM en comorbidité (Amstadter et al., 2009; DeMond et al., 2008; Gibb et al., 2003; Murphy, 2010; Neria et al., 2010). De plus, un groupe de chercheurs ont découvert que les évènements classifiés non traumatiques pouvaient être associés à davantage d'ESPT que ce qui est normalement attendu (Van Hooff, McFarlane, Baur, Abraham, & Barnes, 2009).

Notre étude ajoute l'investigation spécifique d'une taxonomie des traumatismes associée avec les vulnérabilités cognitives du TAG. Il n'existe que peu d'études avec lesquelles nous puissions comparer nos résultats positifs. Soeke et al. (2010) pointe vers une direction intéressante en mettant l'accent sur le rôle de la dysrégulation émotionnelle dans le TAG. Le lien entre deuils et l'intolérance à l'incertitude (Boelen, 2010) pourraient s'apparenter aux deuils à faire lorsqu'une personne vit des traumatismes interpersonnels ou des accidents. Cependant il n'existe aucune autre étude comparant différents types de traumas avec les vulnérabilités cognitives que l'on retrouve dans le TAG.

Une étude ultérieure, qui dépassait le cadre présent, pourrait se pencher davantage sur des dimensions cognitives spécifiques liées à cette étude. Il serait intéressant d'explorer si l'exposition à un traumatisme interpersonnel physique ou sexuel influence certaines stratégies d'évitement plutôt que d'autres (p. ex., la suppression des pensées à la distraction). Les études sur les vulnérabilités cognitives et les symptômes du TAG associés à une taxonomie des EPT pourraient ajouter une dimension concernant les évènements stressants de la vie courante tels la perte d'un emploi, des difficultés financières, le départ des enfants. Lancaster et al. (2009), Duplessis et Gosselin (2009) ainsi que Boelen (2010), ont déjà obtenu des résultats concernant certains types d'évènements en lien avec l'intolérance à l'incertitude. Les résultats de notre étude peuvent également s'expliquer par une difficulté d'autorégulation affective importante portant sur un type d'attachement particulier. La régulation affective est un vaste domaine qui dépasse l'objet de cette étude, mais il nous semble important d'étayer, dans des recherches futures, cette dernière hypothèse quant à l'explication possible d'un lien entre une taxonomie des EPT et les symptômes du TAG (McLoed et al., 2000). D'autres recherches pourraient tenter de mettre en lien une taxonomie des évènements dits « non traumatiques » (mais qui est source des symptômes somatiques du TAG) et ses vulnérabilités cognitives.

Une autre possibilité de recherche future pourrait reprendre le rôle médiateur de difficultés de régulation émotionnelle (Soeken et al., 2010) en diversifiant les types de traumatismes, ainsi que l'âge de la survenue du traumatisme. Il serait intéressant

d'explorer le lien entre une taxonomie des EPT et le TAG, tel que diagnostiqué à l'aide d'entrevues structurées. Pour le moment, il semble y avoir un lien entre des abus survenus dans l'enfance et le TAG « analogue », mais qu'en est-il des abus survenus à l'âge adulte? Est-ce que des traumatismes « adultes » ont un effet sur les capacités de régulation? Une deuxième piste de recherche future serait de faire une réplique de Brawman-Mintzer et al. (2005), auprès d'un échantillon plus important d'une population clinique de troubles anxieux. Une entrevue clinique permettrait de diagnostiquer le TAG et de déterminer le type soit d'EPT, soit d'évènements stressants de la vie courante, afin d'augmenter la validité et la fiabilité des résultats que nous avons obtenus. De plus, idéalement, une étude longitudinale pourrait suivre les effets à long terme d'une exposition à des EPT et à des évènements stressants. Évaluer la présence du TAG, avant et après exposition, éliminerait également beaucoup de biais méthodologiques.

La troisième piste de recherche future pourrait répondre à la question qui se pose, suivant les résultats obtenus, sur le lien entre « accident » et TAG: qu'est-ce qui se passe dans un accident (accident industriel, de ferme, d'automobile, feu, explosion), qui ne se passe pas dans les autres types de traumatismes. Quelles sont les particularités des accidents? Une des limites de cette étude est liée à la difficulté d'identifier très clairement les types de traumatismes. Chaque question du QET demandait l'identification de l'évènement et devait être ensuite codée, puis regroupée à l'intérieur d'une catégorie plus large. La catégorisation facilite les analyses statistiques, mais nous prive du pouvoir discriminant de différents types de traumatismes. Par exemple, il nous

est impossible de savoir combien de personnes ont vécu un accident de véhicule à moteur qui est probablement le type d'accidents les plus fréquents.

Les accidents d'automobile se distinguent des autres types d'EPT. Une des théories explicatives serait liée aux facteurs sociaux entourant la conduite automobile. La conduite serait influencée par des différences entre les cultures: nations, homme femme, âge, statut socioéconomique. Chaque « culture » ou groupe développe un répertoire comportemental d'habitudes de conduite, d'habiletés, de styles que les gens emploient pour construire des stratégies de conduite par exemple. La conduite implique un haut niveau de coordination, de processus décisionnel et un certain niveau d'habiletés. Cela inclut également une interaction, une communication constante entre les différents conducteurs afin de clarifier les intentions, de diminuer les incompréhensions, la frustration et ainsi construire un sentiment de confiance l'un en l'autre; de créer un environnement plus prévisible (Factor, Mahalel, & Yair, 2007). Afin d'appuyer davantage ce modèle, des chercheurs ont étudié une base de données sur des accidents d'automobile israélienne, s'échelonnant sur une période de 20 ans. Les résultats ont démontré que les accidents automobiles ne sont pas des événements liés au hasard, le facteur du « contrôle » de même que le style attributionnel s'appliquent (Factor, Yair, Mahalel, 2010). Il est possible que le TAG soit davantage affecté par des EPT ayant des caractéristiques plus complexes telles que celles impliquées dans un cumul d'accidents de véhicules à moteur. La violence interpersonnelle affecte davantage chaque

vulnérabilité cognitive, augmente les inquiétudes excessives et les symptômes somatiques, mais les accidents, eux, augmentent la prévalence du TAG au total.

## **Conclusion**

En conclusion, nos résultats confirment la présence d'une relation significative entre une taxonomie des EPT et les symptômes et vulnérabilité cognitives associées au TAG. Lors de l'exposition à des EPT particuliers, le TAG présente une constellation de symptômes distincte des autres troubles généralement étudiés. Même si l'étude est exploratoire, les résultats confirment des résultats précédents concernant le lien entre les accidents de véhicules à moteur et le TAG (DeMond et al., 2008; Duplessis & Gosselin, 2009) et entre les traumatismes du viol et de l'inceste et les symptômes du TAG (Brawman et al., 2005; Cogle et al., 2010; Gibb et al., 2003; McLoed et al., 2000) et contribuent à une meilleure compréhension sur les facteurs étiologiques dans le TAG. Les taux d'exposition à un EPT sont conformes à la littérature (79,5 %) et avec l'application des critères du DSM, le taux correspondent toujours à l'intervalle attendu (50,1 %). De cet échantillon, 44,9 % des participants ont vécu un accident, 38,4 % un EPT interpersonnel et 16,5 %, une catastrophe naturelle. Près du quart des participants satisfont les critères diagnostiques du TAG (23,6 %), un taux plutôt élevé.

Il existe un lien entre l'exposition à un type d'EPT déterminé (présence ou absence d'exposition à un EPT, intensité de la réaction d'impuissance et d'effroi et le cumul) et les manifestations du TAG (inquiétudes, symptômes somatiques) et les vulnérabilités cognitives (intolérance à l'incertitude, évitement cognitif et attitude négative face aux problèmes). Les résultats suggèrent que l'exposition à un cumul d'accidents est

impliquée dans l'étiologie du TAG. Les résultats suggèrent également que l'exposition à la violence interpersonnelle induit davantage de symptômes somatiques (que les abus physiques et sexuels pris séparément) et que ce type d'exposition favorise la tendance à s'inquiéter exagérément. La violence psychologique, par un effet de cumul, augmente également la tendance à s'inquiéter. Les résultats démontrent également que l'intolérance à l'incertitude a des liens avec l'exposition à des traumatismes interpersonnels qu'ils soient de nature physique ou sexuelle et par l'effet cumulatif d'accidents. L'attitude négative face aux problèmes est en lien avec les traumatismes de violence physique ou sexuelle. L'évitement cognitif est en lien avec les traumatismes interpersonnels, avec la sous-catégorie de violence sexuelle et avec les catastrophes. Il semble que la violence sexuelle ait un grand impact, plus significatif, sur les vulnérabilités cognitives dans le TAG et la tendance à s'inquiéter.

Finalement, la poursuite des études concernant les accidents de véhicules à moteurs et du TAG est indiquée. Les accidents sont un phénomène planétaire et causent, à eux seuls, des pertes en vie de l'ordre de 3000 par jour ce qui augmente la prévalence du TAG pour ce groupe. Une étude sur les accidents, devrait également contrôler pour les autres troubles ESPT et MD afin de déterminer la part de variance des accidents pour le TAG. Les suggestions des pistes pour des études futures contribuent à une meilleure compréhension du TAG tant au niveau clinique qu'au niveau de la recherche. Cette étude peut avoir des implications futures tant au du point de vue clinique, que pour la recherche. D'abord elle confirme que le TAG est différent de l'ESPT et de la DM

lorsqu'une personne est exposée à un EPT. Ensuite que ce sont les accidents, plutôt que la violence interpersonnelle ou les catastrophes, qui présentent un lien significatif avec le TAG. Une meilleure compréhension des facteurs étiologiques du TAG est fondamentale pour le traitement. L'évaluation des traumatismes passés, en début de processus thérapeutique, peut aider au diagnostic différentiel. De même que toutes interventions liées au traitement, à la digestion psychologique des événements traumatiques, de même qu'aux vulnérabilités cognitives, pourraient bénéficier aux personnes souffrant du TAG.

## Références

- Acierno, R., Ruggiero, K. J., Galea, S., Resnick, H., Koenen, K., Roitzsch J. et al. (2007). Psychological sequelae resulting from the 2004 Florida hurricanes: Implications for postdisasters intervention. *American Journal of Public health*, 97(Supl. 1), 103-108.
- Allgulander, C. (2009). Generalized Anxiety Disorder: Between now and DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 611-628.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2e éd.) (DSM-II). Washington, DC: Auteurs.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.) (DSM-IV-R). Washington, DC: Auteurs.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.) (DSM-V). Washington, DC: Auteurs
- Amstadter, A. B., Acierno, R., Richardson, L. K. Kilpatrick, D. G., Gros, D. F., Gaboury, M. T. (...) Galea, S. (2009). Post typhoon Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder, Major Depressive Disorder, Panic Disorder, and Generalized Anxiety Disorder in a Vietnamese Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 22(3), 180-188.
- Amstader, A. B., Koenen, K. C., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Galea, S., Kilpatrick, D. J. & Gelernter, J. (2010). NPY Moderates the relation between hurricane exposure and generalized anxiety disorder in an epidemiologic sample of hurricane-exposed adults. *Depression and Anxiety*, 27, 270-275.
- Amstadter, A. B. & Vernon, L. L. (2008). Emotional reactions during and after trauma: A comparison of trauma types. *Journal of Aggression, Maltreatment and trauma*, 16(4), 391-408.
- Angst, J., Gamma, A., Sellaro, R., Zhang, H., & Merikangas, K. (2002). Toward validation of atypical depression in the community: Results of the Zurich cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 72, 125-138.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986) The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

- Beck, A. T., Epstein, N. Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consultation Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory, second edition manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). Generalized anxiety disorder and panic disorder. *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory, second edition manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Bell, R. Q. (1977). Socialization findings reexamined. Dans R. Q., Bell & L. Vla. Harper (Éds), *Child effects on adults* (pp 53-84). New Jersey, NJ: Erlbaum.
- Belleville, G., Bélanger, L. Ladouceur, R. & Morin, C. M. (2008) Sensitivity and specificity of the worry and anxiety questionnaire (WAQ) in a sample of health-care users in the province of Québec. *L'Encéphale, 34*, 240-248.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T. et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Childhood Abuse and neglect, 27*, 169-190.
- Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D. R., Rosenbaum, J. F., Herot, C., Friedman, D., Snidman, N., Kagan, J., & Faraone, S. V. (2001) Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1673-1679.
- Boelen, P. (2010). Brief report: Intolerance of uncertainty and emotional distress following the death of a loved one. *Anxiety, Stress, & Coping, 23*(4), 471-478.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Éds), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York, NY: Guilford Press.
- Borkovec, T. D. & Rachman, S. (1979). The utility of analogue research. *Behaviour research and Therapy, 17*, 253-261.

- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stober, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological and interpersonal behaviour processes. *Cognitive Therapy and Research, 22*, 561-576.
- Boyer, R., Guay, S. & Marchand, A. (2006). Épidémiologie de l'état de stress post-traumatique. (pp 23-50). Dans S. Guay & A. Marchand. (Éds). *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Brawman-Mintzer, O., Monnier, J., Wolitzky, K. B., & Falsetti, S. A. (2005). Patients with Generalized Anxiety Disorder and a History of Trauma: Somatic Symptom Endorsement. *Journal of Psychiatric Practice, 11*(3), 212-215.
- Breslau, N., Davis, G., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry, 48*, 216-222.
- Brière, J. (2005). *Psychological Assessment of Adult Post traumatic States 2<sup>nd</sup> ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Brillon, P. (2005). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique (2e éd)*. Outremont, QC: Les Éditions Québecor.
- Brillon, P. Marchand, A. & Stephenson, R. (1996). Modèles comportementaux et cognitifs du trouble du stress post-traumatique. *Santé mentale au Québec, 21*, 129-144.
- Bruce, S. E, Machan, J. T., Dyck, I. & Keller, M. B. (2001). Infrequency of pure GAD: Impact of psychiatric comorbidity of clinical course. *Depression and Anxiety, 14*, 219-225.
- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S. (2003). Validation of French version of the Impact of Event Scale-Revised. *Canadian Journal of Psychiatry, 48*, 56-61.
- Brunet, A., Sergerie, K. & Corbo, V. (2006). Une théorie neurocognitive des processus impliqués dans le développement et la rémission des psychotraumatismes. (pp 119-136). Dans S. Guay & A. Marchand (Éds). *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Buhr, K. & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Anxiety Disorders, 20*, 222-236.

- Butzer, B. & Kuiper, N. (2006). Relationship between the frequency of social comparisons and self-concept of clarity, intolerance of uncertainty, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences, 41*(1), 167-176.
- Chemtob, C. Roitblat, H. L., Hamada, R. S., Carlson, J. G. & Twentyman, C. T. (1988). A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 2*, 253-275.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in early environment. *Psychological Bulletin, 124*, 3-21.
- Cogle, J. R., Timpano, K. R., Sachs-Ericsson, N., Keough, M. E. & Riccardi, C. J. (2010). Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry and Research, 177*, 150-155.
- Crawford, E. F., Lang, A. J., & Laffaye, C. (2008) An evaluation of the psychometric properties of the Traumatic Events Questionnaire in primary care patients. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 109-112.
- DeMond, M. G., Beck, J. G. Marques, L., Palyo, S. A. & Clapp, J. D. (2008). The Structure of Distress Following Trauma: Posttraumatic Stress Disorder, Major Depressive Disorder, and Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(3), 662-672.
- Dugas, M. J. (2000). Generalized anxiety disorder publications: So where do we stand? *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 31-40.
- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance (pp. 143-163). Dans R. H. Heimberg, C. L., Turk, & D. S. Mennin (Éds), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in non clinical sample. *Cognitive Therapy and Research, 25*, 551-558.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research, 21*, 593-606.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R., & Gosselin, P. (2001). Le questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété: validation des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 11*, 31-36.

- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 215-226.
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in non clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, *25*, 551-558.
- Dugas, M. J. & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification*, *24*, 635-657.
- Dugas, M. J., Marchand, A., & Ladouceur, R. (1999, novembre). *Problem solving in generalized anxiety disorder and panic disorder with agoraphobia*. Communication présentée au regroupement annuel The Association of Advanced of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Dugas, M. J., Schwartz, A., & Francis, K. (2004). Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, *28*, 835-842.
- Duplessis, E. & Gosselin, P. (2009). Intolérance à l'incertitude et personnalité. Thèse de doctorat non publiée. Sherbrooke, Québec.
- D'Zurilla, T. J. & Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer.
- Factor, R., Mahalel, D., & Yair, G. (2007). The social accident: A theoretical model and research agenda for studying the influence of social and cultural characteristics on motor vehicle accidents. *Accident Analysis and Prevention*, *39*, 914-921.
- Factor, R., Mahalel, D., & Yair, G. (2010). Who by Accident? The Social Morphology of Car Accidents. *Risk Analysis*, *30* (9), 1411-1423.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W. (1995). *Structured clinical interview for DSM-IV (SCID-IP version 2.0)*. New York: Biometrics research department, New York State Psychiatric Institute.
- Foa, E. B., Steketee, G. & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualization of post-traumatic disorder. *Behavior Therapy*, *20*, 155-176.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, *17*, 791-802.

- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., Strain, J., Horowitz, M. & Spiegel, D. (2011). *Depression and Anxiety*, 28, 737-749.
- Gerull, F. C., & Rapee, R. M. (2002). Mother knows best: Effects of maternal modelling on the acquisition of fear and avoidance behaviour in toddlers. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 279-287.
- Ghafoori, B., Neria, Y., Gameroff, M. J., Olfson, M., Lantigua, R., Shea, S. & Weissman, M. M. (2009). Screening for Generalized Anxiety Disorder Symptoms in the Wake of terrorist Attacks: A Study in Primary Care. *Journal of Traumatic Stress*, 22(3), 218-226.
- Gibb, B. E., Andrew, C. B. & Beck, J. S. (2003). Childhood Abuse, Depression, and Anxiety in Adult Psychiatric Outpatients. *Depression and Anxiety*, 17, 226-228.
- Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes: validation de la traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *L'Encéphale*, 27, 475-484.
- Gosselin, P. & Laberge, B. (2003). Les facteurs étiologiques du trouble d'anxiété Généralisée: état actuel des connaissances sur les facteurs psycho-sociaux. *L'Encéphale*, 29, 351-361.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdière, A., Routhier, S., & Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1427-39.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Langlois, F., Freeston, M. H., Dugas, M. J. & Bertrand, J. (2004). Development and validation of a new questionnaire assessing erroneous beliefs about worry. *European Review of Applied Psychology*, 53, 199-211.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., & Pelletier, O. (2005). Évaluation de l'attitude d'un individu face aux différents problèmes de la vie: le questionnaire d'attitude face aux problèmes (QAP). *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 15(4), 141-153.
- Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Dugas, M. J., & Pelletier, O. (2002). Le questionnaire d'évitement cognitif (QEC): développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 12, 24-37.
- Goodman, L. A., Corcoran, C., Turner, K., Yuan, N., & Green, B. L. (1998). Assessing traumatic event exposure: General issues and preliminary findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 521-542

- Gratz, K. L. & Romer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41-54.
- Guay, S. & Marchand, A. (2006). *Les troubles liés aux évènements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Guy, W. (1976). *ECDEU assessment manual of psychopharmacology*. Washington D. C.: US Department of Health, Education, and Welfare.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neuropsychiatry, 23*, 56-61.
- Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Mennin, D. S. (2004). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1568-1578.
- Holaway, R. M., Heimberg, R. G., & Coles, M. E. (2006). A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety Disorders, 20*, 158-174.
- Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and the anxiety disorders: An observational analysis. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 1411-1427.
- Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2004). From anxious temperament to disorder: An etiological model. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin. (Éds). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp 51-74). New York, NY: Guilford Press.
- Jordan, N. N., Hoge, C. W., Tobler, S. K., Wells, J., Dydek, G. J. & Egerton, W. E. (2004) Mental health impact of 9/11 Pentagon attack: Validation of a rapid assessment tool. *American Journal of Preventive Medicine, 26*, 284-293.
- Kagan, J., Snidman, N., Arcus, D., & Reznick, J. S. (1994). *Galen's prophecy: Temperament in human nature*. New York: Basic Books.
- Kagan, J., Snidman, N., Zentner, M. & Peterson, E. (1999). Infant temperament and anxious symptoms in school age children. *Development and Psychopathology, 11*, 209-224.

- Kaysen, D., Morris, M. K., Rizvi, S. L., & Resick, P. A. (2005). Pritraumatic responses and their relationship to perception of threat in female crime victims. *Violence Against Women, 11*, 1515-1535.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O. Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-602.
- Kessler, R., Berglund, P., Chiu, W., Demler, O., Heeringa, S., Hiripi, E., Jin, R., Pennel, B. E., Walters, E. E., Zaslavsky, A., & Zeng, H. (2004). The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): design and field procedures. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 13*, 69-92.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060.
- Kessler, R. C., Walters, E. E., Wittchen, H. (2004). Epidemiology. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin. (Éds). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 29-50). New York, NY: Guilford Press.
- Kira, I. A. (1997). *Value Processing: A clinical cross-cultural model* (Thèse de doctorat inédite). Université Columbia, New York, NY, États-Unis.
- Kira, I. A. (2001). Taxonomy of Trauma and Trauma Assessment. *Traumatology, 7*(2), 73-86.
- Kira, I. A., Lewandowski, L., Templin, T., Ramaswamy, V., Ozkan, B., & Mohanesh, J. (2008a). Measuring Cumulative Trauma Dose, Types, and Profiles Using a Development-Based Taxonomy of Trauma. *Traumatology, 14*(2), 62-87.
- Kubany, E. S. (1995). *The Traumatic Life Questionnaire (TLEQ): A brief measure of prior trauma exposure*. Unpublished scale.
- Kubany, E. S., Leisen, M. B., Kaplan, A. S., Watson, S. B. Hayes, S. N., Owens, J. A., & Burns, K. (2000). Development of preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The traumatic life events questionnaire (TLEQ). *Psychological Assessment, 12*(2), 210-224.
- Lachance, S., Ladouceur, R., & Dugas, M. J. (1999). Éléments d'explication de la tendance à s'inquiéter. *Applied Psychology: An International Review, 48*, 187-196.

- Ladouceur, R. & Dugas, M.J. (1999). L'anxiété généralisée. Dans R. Ladouceur, A. Marchand, & J.-M. Boisvert. (Éds). *Les troubles anxieux: Approche cognitive et comportementale* (pp.31-57). Montréal, QC: Gaétan Morin.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, (68)*, 957-964.
- Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of theoretical model of worry. *Behavior Research and Therapy, 38*, 933-941.
- Lancaster, S. L., Melka, S. E., & Rodriguez, B. F. (2009). An examination of the differential effects of the experience of DSM-IV defined traumatic events and life stressors. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 711-717.
- Langlois, F. Pelletier, O., Ladouceur, R., & Boucher, O. (2005) Hypochondrie et anxiété à l'égard de la santé. *Revue francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, X*, 1-10.
- Laugesen, N., Dugas, M. J., & Bukowski, W. M. (2003). Understanding adolescent worry: The application of a cognitive model. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31*, 55-64.
- Lauterbach, D. & Vrana, S. (1996). Three studies on the reliability and validity of a self report measure of post traumatic stress disorder. *Assessment, 3*(1), 17-25.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.
- Leahy, R. L. & Holland, S. J. (2000). *Treatment Plans and Interventions for Depressions and Anxiety Disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Ledoux, J. E. (1996). *The Emotional Brain*. Simon And Schuster.
- Lev- Wiesel, R. & Daphna- Tekoa, S. (2007). Prenatal posttraumatic stress symptomatology in pregnant survivors of childhood sexual abuse: A brief report. *Journal of Loss and Trauma, 12*, 145-153.
- Linley, P. & Joseph, S. (2004). Positive changes following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic stress, 17*, 11-21.
- Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995a). *Manual for the depression and anxiety scale* (2e éd.). Australie: Psychology Foundation of Australia.

- Maydeu-Olivares, A. & D'Zurilla, T. J. (1996). A factor-analytic study of the Social Problem-Solving Inventory: an integration of theory and data. *Cognitive Therapy and Research, 20*, 115-133.
- McLeod, D. R., Hoen-Saric, R., Porges, S. W., Kowalski, P. A. & Clark, C. M. (2000). Therapeutic effects of imipramine are counteracted by its metabolite, desipramine, in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 20*, 615-621.
- Mennin, D. S., Heimburg, R. G., & Turk, C. L. (2004) Clinical presentation and diagnostic features. Dans R. G. Heimburg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Éds). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. (pp. 3-28). New York, NY: Guilford Press.
- Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Dierker, L. & Grillon, C. (1999). Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. *Biological Psychiatry, 46*, 1523-1535.
- Meyer, T. J., Miller, M. L. Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 487-495.
- Moffit, T. E., Caspi, A., Harrington, H., Milne, B. J., Melchior, M., Goldberg, D., & Poulton, R. (2007). Generalized anxiety disorder and depression: Childhood risk factors in birth cohort followed to age 32. *Psychology Medical, 37*, 441-452.
- Molina, S. T. & Borkovec, T. D. (1994). The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties and associated characteristics. Dans G. C. L. Davey, & F. Tallis. (Éds), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (265-283). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Murphy, S. A. (2010). Women's and Children's Exposure to Mass Disaster and Terrorist Attacks. *Issues in Mental Health Nursing, 31*, 45-53.
- Muris, P., Merckelbach, H., Meesters, C., & Van den Brand, K. (2002). Cognitive development and worry in normal children. *Cognitive Therapy and Research, 26*, 775-785
- Neria, Y., Besser, A., Kiper, D. & Westphal, M. (2010). A Longitudinal Study of posttraumatic Stress Disorder, Depression, and Generalized Anxiety Disorder in Israeli Civilians Exposed to War Trauma. *Journal of Traumatic Stress, 23*(3), 322-330.
- Newman, M. G., Zuellig, A. R., Kachin, K. E., Constantino, M. J., Przeworski, A. Erikson, T. et al. (2002). Preliminary reliability and validity of the generalized anxiety disorder questionnaire-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy, 33*, 215-233.

- Norris, F. H. (1990). Screening for traumatic stress: A scale for use in the general population. *Journal of Applied Social psychology, 20*, 1704-1718.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical psychology, 60*, 409-418.
- 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*, 52-73.
- Palinkas, L. A., Downs, M. A., Peterson, J. S. & Russel, J. (1993). Social, cultural and psychological impacts of Exxon Valdez oil spill. *Human Organisation, 52*, 1-13.
- Peterson, C., Semmel, A., von Baeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Seligman, M. E. P. (1982). The attributional style questionnaire. *Cognitive Therapy and research, 6*, 287-300.
- Porges, S. W. (2011). *The Polyvagal Theory: neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*. New York: W.W. Norton & Company.
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 1029-1054.
- Rapee, R. M. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review, 17*, 419-440.
- Rapee, R. M. (1997). The potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review, 17*, 47-67.
- Rapee, R. M., Litwin, E. M., & Barlow, D. H. (1990). Impact of life events on subjects with panic disorder and on comparison subjects. *American Journal of Psychiatry, 147*, 640-644.
- Rapee, R. M. & Szollos, A. (1997, Novembre). *Early life events in anxious children*. Affiche présentée au 31st annual meeting of the Association for Advancement of Behaviour Therapy, Miami, Floride.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E. & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 984-991.

- Roemer, L., Molina, S., Litz, B. T., & Borkovec, T. D. (1997 b). Preliminary investigation of the role of previous exposure to potentially traumatizing events in generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety, 4*, 134-138.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). Generalized anxiety disorder. Dans D. H. Barlow (Éds). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2e éd. pp. 477-515). New York, NY: Guilford Press.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S., & Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and research, 29*, 71-98.
- Russel, D. (1986). *The Secret Trauma*. New York, NY: Basic Books.
- Sexton, K. A. & Dugas, M. J. (2008). The cognitive avoidance questionnaire: Validation of the english translation. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(3). 355-370.
- Shakespeare-Finch, J. & Armstrong, D. (2010). Trauma Type and Posttrauma outcomes: Difference between Survivors of Motor Vehicle Accidents, Sexual Assault, and Bereavement. *Journal of Loss and trauma, 15*, 69-82.
- Shore, J. H., Tatum, E. L., & Vollmer, W. M. (1986). Psychiatric reactions to disaster: The Mount St. Helens experience. *American Journal of Psychiatry, 143*, 590-595.
- Sinha, S. S., Mohlman, J., & Gorman, J. M. (2004). Neurobiology. Dans R. G. Heimburg, C. L. Turk, & D. S. Mennin. (Éds). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. (pp. 187-216)). New York, NY: Guilford Press.
- Slade, T. & Andrews, G. (2001). DSM-IV and ICD-10 generalized anxiety disorder: discrepant diagnoses and associated disability.
- Soenke, M., Hahn, K. S., Tull, M. T. & Gratz, K. L. (2010). Exploring the Relationship Between Childhood Abuse and Analogue generalized Anxiety Disorder: The Mediating role of Emotion Dysregulation. *Cognitive Therapy and research, 34*, 401-412.
- Solomon, S. D. & Davidson, J. R. T. (1997). Trauma: Prevalence, impairment, service use and cost. *Journal of Clinical Psychiatry, 58*, 5-11.
- Suliman, S., Mkabile, S. G., Fincham, D. S., Ahmed, R., Stein, D. J. & Seedat, S. (2009). Cumulative effect of multiple trauma on symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in adolescents. *Comprehensive Psychiatry, 50*, 121-127.

- Stavosky, J. M., & Borkovec, T. D. (1987). The phenomenon of worry: Theory, research, treatment and its implications for women. *Women and Therapy, 6*, 77-95.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5e éd.) New York, NY: Harper Collins Publishers.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 455-472.
- Terr, L. (2003). Childhood Traumas: An Outline and Overview. *American Journal of Psychiatry, 148*, 10-20.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. D. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(2), 233-242.
- Van Hooff, M., McFarlane, A. C., Baur, J., Abraham, M., & Barnes, D. J. (2009). The stressor Criterion-A1 and PTSD: A matter of opinion? *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 77-86.
- Vasey, M. W., & Borkovec, T. D. (1992). A catastrophizing assessment of worrisome thoughts. *Cognitive Therapy and research, 16*, 505-520.
- Vrana, S. & Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a non clinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress, 7*, 289-302.
- Vrana, S. & Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a non clinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress, 7*, 289-302.
- Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry, 36*, 637-644.
- Webb, T. L., Miles, E. & Sheeran, P (2012) Dealing With Feeling: A Meta-Analysis of the Effectiveness of Strategies derived from the Process Model of Emotion regulation. *Psychological Bulletin, 138*(4), 775-808.
- Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1997). The impact of events scale-revised. Dans J. P. Wilson & T. M. Keane (Éds), *Assessing psychological trauma in PTSD: A handbook for practitioners* (pp. 399-411). New York, NY: The Guilford Press.

Wittchen, H., & Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: Nature and course. *Journal of Clinical Psychiatry*, *62*, 15-19.

World Health Organization. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders- Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. World health Organization: Genève.

Zinzow, H. M. & Jackson, J. L. (2009) Attributions for Different Types of traumatic Events and Post-Traumatic Stress Among Women. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, *18*, 499-515.

Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model*. Washington DC: American Psychological Association.

Zuellig, A. R., Newman, M. G., Alcaine, O., & Behar, E. (November, 1999). *History of trauma among generalized anxiety disorder, post-traumatic stress disorder, and panic disorder populations*. Affiche présentée au 33rd Annual Association for Advancement of Behavior Therapy, Toronto, ON.

## **Appendice A**

Sommaire des variables

## Sommaire des variables

Variable	Description	Mesure
Exposition à un EPT	Mesure de la présence/ absence d'exposition à un EPT	QET
Exposition à un EPT avec critères du DSM	<p>Mesure de la présence/absence d'exposition à un EPT qui remplit les critères du DSM de peur pour la vie, d'impuissance et d'effroi</p> <p>Score de 4 ou plus aux items suivants : "Avez-vous ressenti que votre vie ou la vie d'une autre personne était menacée?". Ensuite, l'impression de désarroi a été mesurée par la question suivante: "Avez-vous ressenti de l'impuissance à ce moment?" puis l'intensité de leur réaction de peur durant l'exposition par la question: "Combien traumatisant ou effrayant est-ce que cela a été pour vous à ce moment?"</p>	QET
Exposition EPT interpersonnel	<p>Cette catégorie a été créée à partir des réponses données à plusieurs items. Les réponses à la question 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 10 à partir de la sous-question (h): " Quel était l'évènement?" qui se rapportaient à des viols, vols, agressions physiques ou sexuelles tant chez les enfants que chez les adultes, mutilation, blessure ou tuerie, pour soi-même ou quelqu'un d'autre.</p>	QET

Exposition inter-enfant	<p>Cette catégorie a été créée à partir des réponses données à plusieurs items. Les réponses à la question 3, 4, 7, 8 et 10 à partir de la sous-question (b) "Quel âge aviez-vous à ce moment?" et (h): " Quel était l'évènement?" qui se rapportaient à des viols, vols, mutilation, blessure ou tuerie, pour soi-même ou quelqu'un d'autre, agressions physiques ou sexuelles chez les enfants de moins de 12 ans.</p>	QET
Exposition inter-adulte	<p>Cette catégorie a été créée à partir des réponses données à plusieurs items. Les réponses à la question 3, 5, 6, 7, 8 et 10 à partir de la sous-question (b) "Quel âge aviez-vous à ce moment?" et à partir de la sous-question (h): " Quel était l'évènement?" qui se rapportaient à des viols, vols, mutilation, blessure ou tuerie, pour soi-même ou quelqu'un d'autre et agressions physiques ou sexuelles seulement chez l'adulte</p>	QET
Exposition inter unique	<p>Cette catégorie a été créée à partir des réponses données à plusieurs items. Les réponses à la question 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 10 à partir de la sous-question (a): "Combien de fois?" =1 et la sous question (h): " Quel était l'évènement?" qui se rapportaient à des viols, vols, agressions physiques ou sexuelles tant chez les enfants que chez les adultes,</p>	QET

	mutilation, blessure ou tuerie, pour soi-même ou quelqu'un d'autre	
Exposition inter répété	Cette catégorie a été créée à partir des réponses données à plusieurs items. Les réponses à la question 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 10 à partir de la sous-question (a) " Combien de fois?" > 1 et la sous question (h): " Quel était l'évènement?" qui se rapportaient à des viols, vols, agressions physiques ou sexuelles tant chez les enfants que chez les adultes, mutilation, blessure ou tuerie, pour soi-même ou quelqu'un d'autre	QET
Exposition EPT accident	Réponse à la question 1, 7(h), 8(h) et 10(h). Les réponses se rapportant à des accidents industriels, de ferme, d'automobile, de feu ou à des explosions.	QET
Exposition EPT unique ou répété	Idem aux questions ci-dessus en ajoutant, à partir de la sous-question (a): "Combien de fois?" =1 ou >1.	
Exposition EPT catastrophe	Réponse aux questions 2, 7(h), 8(h) et 10 (h). Les réponses se rapportant à des désastres naturels tels une tornade, une inondation, un ouragan ou un tremblement de terre	QET
Exposition EPT catastrophe unique ou répétée	Idem aux questions ci-dessus en ajoutant, à partir de la sous-question (a): "Combien de fois?" =1 ou >1.	

Exposition inter-physique	Cette catégorie a été créée à partir des réponses données à plusieurs items. Les réponses à la question 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 10 à partir de la sous-question (h): " Quel était l'évènement?" qui se rapportaient à des vols, agressions physiques tant chez les enfants que chez les adultes, mutilation, blessure ou tuerie, pour soi-même ou quelqu'un d'autre.	QET
Exposition inter-sexuel	Cette catégorie a été créée à partir des réponses données à plusieurs items. Les réponses à la question 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 10 à partir de la sous-question (h): " Quel était l'évènement?" qui se rapportaient à des viols, vols, agressions physiques ou sexuelles tant chez les enfants que chez les adultes, mutilation, blessure ou tuerie, pour soi-même ou quelqu'un d'autre.	QET
Exposition inter-psychologique	Cette catégorie a été créée à partir des réponses données à plusieurs items. Les réponses à la question 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 10 à partir de la sous-question (h): " Quel était l'évènement?" qui se rapportaient à des viols, vols, agressions physiques ou sexuelles tant chez les enfants que chez les adultes, mutilation, blessure ou tuerie, pour soi-même ou quelqu'un d'autre.	QET
Présence du TAG	Mesure la présence/absence du TAG Compte de 4 ou plus sur chaque item	QIA-tot
Tendance à s'inquiéter	Mesure la tendance à s'inquiéter	QIPS

Symptômes somatiques du TAG	Mesure les symptômes somatiques du TAG Compte de 4 ou plus à la question 5	QIA-som
Intolérance à l'incertitude	Mesure l'intolérance à l'incertitude Compte total	III
Évitement cognitif	Mesure l'évitement cognitif Compte total	QEC
Attitude négative face aux problèmes	Mesure l'attitude négative face aux problèmes Compte total	QAP

## Appendice B

Formulaire de donnée sociodémographique

<b>INFORMATIONS GÉNÉRALES</b>
-------------------------------

**1. SEXE** Femme     Homme**2. AGE**

\_\_\_\_\_ ans

**3. ÉTAT CIVIL** Marié(e)  
 Union de fait  
 Célibataire  
 Divorcé(e)/séparé(e)  
 Veuf/veuve**4. LIEU DE NAISSANCE :**

\_\_\_\_\_

**5. DERNIER NIVEAU DE SCOLARITÉ COMPLÉTÉ** Primaire  
 Secondaire  
 Collégiale  
 Universitaire  
 Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Suite page suivante ➡

## Appendice C

Formulaire de consentement

## **FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée du 17 mars 2013.

### **Titre du projet**

LIEN ENTRE DES ÉVÈNEMENTS POTENTIELLEMENT TRAUMATIQUES ET LES PROCESSUS COGNITIFS LIÉS AU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE.

### **Personnes responsables du projet**

Vous pouvez contacter les personnes mentionnées ci-dessous si vous avez des questions à propos de l'étude ou de votre participation:  
Nathalie Bissonnette, psychologue, étudiante au Doctorat pour Psychologue en Exercice de l'Université de Sherbrooke, ou  
Patrick Gosselin, Professeur Université de Sherbrooke,

### **Objectifs du projet**

Des études antérieures ont reconnu le lien entre l'expérience d'un évènement potentiellement traumatique et le développement et le maintien des symptômes du Trouble d'Anxiété Généralisée. Des chercheurs de l'Université de Sherbrooke cherchent à explorer les bénéfices éventuels liés à l'identification des types de traumatismes sur l'évaluation et le traitement du Trouble de l'Anxiété Généralisée. Cette recherche est conçue pour évaluer l'existence de liens entre un type de traumatisme particulier et des symptômes ou pensées spécifiques associées au Trouble d'Anxiété Généralisée.

### **Raison et nature de la participation**

Votre participation consiste à remplir des questionnaires à l'occasion d'un temps de classe. Cela prendra 30 minutes. Il vous sera demandé de remplir plusieurs questionnaires contenant des informations démographiques et des questions sur des types de traumatismes que vous avez vécus et de leur impact, sur la tendance à s'inquiéter, sur l'anxiété, sur l'intolérance à l'incertitude, l'évitement cognitif et l'attitude face aux problèmes.

### **Avantages pouvant découler de la participation**

Votre participation à ce projet de recherche ne vous apportera pas d'avantages directs. Parmi les bénéfices potentiels, citons une meilleure prise de conscience et compréhension de ce que vous avez vécu, de votre humeur, du stress et de la compassion envers vous-mêmes. Nous espérons que les renseignements recueillis dans le cadre de cette étude nous permettront de mieux comprendre comment les traumatismes influencent l'anxiété.

### **Inconvénients et risques pouvant découler de la participation**

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, si ce n'est le fait de donner de votre temps.

Vous pourrez ressentir un inconfort émotionnel dans la mesure où les questionnaires abordent des sujets tels que l'anxiété, les événements traumatiques, l'attitude négative face aux problèmes, l'intolérance à l'incertitude. Vous êtes libres de ne pas répondre aux questions. Dans le cas où vous ressentiriez un certain malaise, nous vous invitons à contacter le service de psychologie de l'Université de Sherbrooke au 819-821-7666.

### **Droit de retrait sans préjudice de la participation**

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Toutefois, lorsque vous aurez rempli et retourné le questionnaire, il sera impossible de détruire les données puisqu'aucune information permettant d'identifier les répondants n'a été recueillie.

### **Confidentialité, partage, surveillance et publications**

Tous les renseignements recueillis sont anonymes. Vous n'avez pas à fournir votre nom à aucun endroit. Toutes les données recueillies au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentielles dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. Seul le chercheur aura accès aux données.

Le chercheur principal de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier.

Les données recueillies seront conservées, sous clé, pour une période de 5 ans. Après cette période, les données seront détruites. Aucun renseignement permettant d'identifier les

personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

### **Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines**

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec la responsable du projet ou expliquer vos préoccupations au président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat.

### **Consentement libre et éclairé**

En remplissant ces questionnaires, j'accepte de participer à cette étude.