

# Validation francophone de l'Inventaire des capacités du soi altérées au sein d'adultes de la communauté et d'un échantillon clinique

Noémie Bigras

Université du Québec à Montréal et Université de Montréal

Natacha Godbout

Université du Québec à Montréal

La présente étude vise à valider en français l'Inventaire des capacités du soi altérées (*Inventory of Altered Self-Capacities*, IASC; Briere, 2000) dans le but de faciliter l'usage de cet instrument pour les chercheurs et les cliniciens francophones. Les résultats indiquent que l'Inventaire des capacités du soi altérées (ICSA) possède une bonne cohérence interne, tant dans l'échantillon de la communauté provenant d'une région métropolitaine ( $n = 959$ ) que dans un échantillon clinique de clients qui consultent en thérapie sexuelle ( $n = 395$ ). Les résultats d'un modèle d'équations structurelles exploratoires semblent indiquer que la structure factorielle de l'instrument original est reproduite au sein des 2 échantillons utilisés, appuyant un modèle de premier ordre dont la structure est répartie en 7 facteurs. Les analyses descriptives ont révélé que les clients qui consultent en sexologie présentaient des scores moyens de capacités du soi altérées significativement plus élevés que les adultes de la population générale. Les analyses bivariées ont révélé les associations attendues entre les échelles francophones de l'ICSA et les traumas cumulatifs subis durant l'enfance, l'attachement anxieux et la détresse psychologique. Les résultats indiquent des qualités psychométriques satisfaisantes pour la version francophone de l'ICSA, ce qui ouvre la porte à une utilisation plus vaste tant chez les chercheurs francophones, qui pourront l'intégrer à leurs devis de recherche, que parmi les cliniciens, qui pourront évaluer les capacités du soi altérées à des fins thérapeutiques.

## Intérêt public

Cette étude appuie les qualités psychométriques et la pertinence de l'Inventaire des capacités du soi altérées en français visant à évaluer les difficultés interpersonnelles, identitaires et émotionnelles auprès d'adultes de la communauté et d'un échantillon clinique qui consulte pour des difficultés sexuelles. Cette étude permet l'utilisation d'un instrument valide dans les protocoles cliniques et de recherche de la francophonie.

*Mots-clés* : capacités du soi, validation, échantillon de la communauté, échantillon clinique.

Des difficultés interpersonnelles, identitaires et de régulation émotionnelle sont sous-jacentes à un bon nombre de troubles psychologiques et psychosociaux à l'âge adulte, tels que les troubles de la personnalité (Kernberg, 1975; Schmeck, Schlüter-Müller, Foelsch & Doering, 2013), la dépression (Schubert, Clark, Van, Collinson

& Baune, 2017), l'abus de substances (Cheetham, Allen, Yücel & Lubman, 2010), les comportements d'automutilation (Briere & Gil, 1998) et les troubles alimentaires (Anestis et al., 2009). L'ensemble de ces difficultés s'inscrit au sein du modèle du trauma au soi (Briere, 1996, 2002), qui présente trois grandes capacités du soi : 1) la capacité de former et de maintenir un lien relationnel profond avec les autres, 2) la capacité de maintenir un sentiment de soi viable, cohérent et positif, et 3) la capacité à expérimenter, à tolérer et à gérer efficacement des émotions fortes et intenses. Ces capacités du soi et leurs altérations sont également des concepts-clés de la théorie constructiviste de l'auto-développement (McCann & Pearlman, 1990), trouvant ses sources dans certaines racines psychanalytiques (par ex., Kohut, 1977; Mahler, Pine & Bergman, 1975) et constructivistes (par ex., Mahoney & Lyddon, 1988). Cette théorie postule que les événements de vie, tels que les traumas interpersonnels, ne détiennent pas de signification immuable et de répercussions uniformes généralisables à tous, mais sont plutôt interprétés selon l'expérience interne qu'en fait l'individu à travers le développement des trois

This article was published Online First January 30, 2020.

© Noémie Bigras, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, et Département de psychologie, Université de Montréal; Natacha Godbout, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.

La première auteure a commencé à travailler sur cet article lorsqu'elle était candidate au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal. Elle est maintenant stagiaire postdoctorale au Département de psychologie de l'Université de Montréal.

Toute correspondance concernant le présent article doit être adressée à : Noémie Bigras, Département de Psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, Succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3J7. Courriel : [noemie.bigras@gmail.com](mailto:noemie.bigras@gmail.com)

principales capacités du soi ainsi que de leurs possibles altérations (Briere, 2002; McCann & Pearlman, 1992). Le modèle du trauma au soi (Briere, 1996, 2002) a ainsi été spécifiquement développé pour rendre compte des répercussions des traumas interpersonnels sur les capacités du soi et des pistes d'intervention qui en découlent. Plus répandus dans la documentation scientifique anglophone et internationale, cette théorie et ses construits demeurent relativement méconnus dans la documentation francophone. C'est d'ailleurs pour en élargir l'utilisation que cet article vise à valider la version francophone de l'Inventaire des capacités du soi altérées (ICSA, Briere & Runtz, 2002), qui mesure les niveaux d'altérations relationnelles, identitaires et émotionnelles.

D'abord, la sphère relationnelle des capacités du soi réfère à l'habileté à former et à maintenir des relations saines et significatives qui soient exemptes d'attentes et de perceptions négatives, d'une peur démesurée de l'abandon ou de comportements conflictuels qui pourraient menacer ces relations (Briere, 2002; Kohut, 1977; McCann & Pearlman, 1990). Ces habiletés relationnelles sont cruciales pour le fonctionnement interpersonnel adulte, et les individus qui rapportent des difficultés sur ce plan risquent d'éprouver des problèmes ou des conflits dans leurs relations avec autrui (Allen, 2011). Ces gens auront également une propension à s'engager dans des relations émotionnellement difficiles, voire chaotiques ou de courte durée (Briere & Runtz, 2002). Certains parallèles peuvent être envisagés avec la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969), qui indique que les expériences des enfants avec leurs figures parentales ont un effet persistant quant à leur façon de se percevoir et de percevoir l'autre en contexte relationnel (Feeney & Noller, 2004; Shaver & Mikulincer, 2006). Alors qu'un environnement sécurisant offre à l'enfant un sentiment de sécurité et facilite l'intériorisation de représentations positives de soi et d'autrui soutenant l'apprentissage d'habiletés relationnelles (Bowlby, 1969), un contexte abusif ou traumatique risque d'interrompre ce développement (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2010; Van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999) et d'entraîner une altération du fonctionnement relationnel (Bureau, Easterbrooks & Lyons-Ruth, 2009; Lyons-Ruth, Bureau, Holmes, Easterbrooks & Brooks, 2013; Pascuzzo, Cyr & Moss, 2013). Les représentations intériorisées de soi et des autres forment ensuite la base de l'attachement à l'âge adulte qui se décline en deux dimensions, soit l'attachement anxieux et l'attachement évitant (Brennan, Clark & Shaver, 1998; Mikulincer & Shaver, 2017). L'attachement anxieux implique une hyperactivation du système d'attachement lors des menaces perçues à la relation, liée à des angoisses face au rejet et à l'abandon et l'internalisation d'un modèle négatif de soi. L'attachement évitant implique une désactivation du système d'attachement visant à réduire les états émotionnels négatifs, assortie d'un inconfort face à l'intimité, d'une suppression du besoin d'interdépendance et de la croyance que les autres ne seront pas en mesure de répondre en cas de besoin (voir Mikulincer & Shaver, 2017). L'attachement sécurisant à l'âge adulte est ainsi caractérisé par des niveaux faibles d'anxiété d'abandon et d'évitement de l'intimité, ainsi que des représentations positives de soi et d'autrui (Brennan et al., 1998).

Ensuite, la sphère identitaire des capacités du soi réfère à la consolidation d'un sens identitaire et d'une conscience de soi relativement stables et cohérents à travers les affects, les situations et les interactions avec autrui. Les données empiriques indiquent qu'un sens de l'identité stable et cohérent favorise un fonctionne-

ment psychologique optimal (Adler, Lodi-Smith, Philippe & Houle, 2016). Les gens qui ont des difficultés identitaires rapportent typiquement une impression de vide intérieur, une confusion sur qui ils sont et une incapacité à trouver un but et une direction dans la vie (Kaufman & Crowell, 2018; McCann & Pearlman, 1990; Schwartz, Zamboanga, Wang & Olthuis, 2009). Le manque de conscience de ses propres états internes peut mener l'individu avec une identité fragile à se tourner vers les autres dans plusieurs domaines de sa vie ou à être sévèrement influencé par les positions d'autrui. Cette orientation vers autrui est bien souvent inadaptée et susceptible de nuire à l'affirmation de soi, de ses préférences et peut aussi mener la personne à confondre ses propres pensées, désirs et émotions avec ceux de ses proches (Briere & Runtz, 2002).

Enfin, la sphère de la régulation émotionnelle des capacités du soi renvoie à la capacité de tolérer et de contrôler les émotions fortes (particulièrement les émotions négatives) sans avoir recours à des stratégies d'évitement, telles que la dissociation, l'abus de substance ou des comportements extériorisés afin de réduire la tension interne (Briere, 2000). Cette habileté à maîtriser et à tolérer les émotions négatives s'acquiert dans les premières années de la vie auprès des figures d'attachement, bien qu'elle continue de se développer ultérieurement (Bowlby, 1973; Pascuzzo et al., 2013). Les individus présentant des lacunes dans la régulation de leurs émotions sont sujets à vivre des sautes d'humeur ainsi que des difficultés dans l'expression de la colère ou de toutes autres émotions contrariantes (Briere & Runtz, 2002). Ils éprouvent généralement de fortes difficultés à gérer leurs états émotionnels (par ex., le stress, la frustration, la colère, la tristesse) sans recourir à des stratégies d'évitement dysfonctionnelles (par ex., automutilation, violence, passages à l'acte sexuels; Briere, Hodges & Godbout, 2010). Autrement dit, ils rapporteront une tendance à répondre aux états internes négatifs à l'aide de comportements extériorisés.

Malheureusement, les chercheurs et les cliniciens francophones qui souhaitent évaluer les capacités du soi font face à un manque de mesures. À titre d'exemple particulier, l'Inventaire de l'organisation de la personnalité (IOP; Kernberg & Clarkin, 1995; traduit et validé en français par Normandin et al., 2002) permet de mesurer une hétérogénéité de manifestations cliniques dans les troubles de la personnalité, et des parallèles peuvent être établis entre le modèle de Kernberg (1975), qui s'inspire de l'approche psychanalytique des relations d'objet, et le modèle du trauma au soi, qui découle des travaux sur le trauma. Les deux modèles abordent en effet la capacité à avoir une vision intégrée de soi et des autres, le sentiment de discontinuité identitaire à travers le temps et les situations, la présence d'un vide intérieur ainsi que l'adoption de comportements contradictoires et mal intégrés, qui peuvent s'apparenter à la dimension identitaire de l'ICSA. Or, l'IOP n'évalue pas directement les autres dimensions des capacités du soi. L'ICSA a donc été créé pour pallier un manque de mesures validées des capacités du soi (Briere, 2000).

Plus récemment, la publication du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>e</sup> éd.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) a permis l'avènement du modèle alternatif des troubles de la personnalité (MATP). Au lieu de conceptualiser les troubles de la personnalité selon des assortiments de symptômes précis, ce modèle repose sur l'hypothèse que les troubles de la personnalité sont caractérisés par des points communs essentiels en ce qui concerne les

limitations du fonctionnement personnel et interpersonnel (Hutsebaut, Kamphuis, Feenstra, Weekers & De Saeger, 2017), ainsi que différents traits de la personnalité pathologique. Depuis l'apparition de ce modèle alternatif, plusieurs mesures autorapportées du niveau de fonctionnement de la personnalité ont été créées : la Self and Interpersonal Functioning Scale (SIFS; Gamache & Savard, 2017); le DSM-5 Levels of Personality Functioning Questionnaire (DLOPFQ; Huprich et al., 2018); le Level of Personality Functioning Scale–Self-Report (LPFS–SR; Morey, 2017). Bien que ces mesures aient montré de très bonnes qualités psychométriques, que certaines soient disponibles en français et qu'elles reposent sur un modèle valide, supposant que le cœur de la pathologie de la personnalité réside dans la capacité (insuffisante) à réguler une gamme d'expériences émotionnelles, elles accordent peu d'attention à la sphère émotionnelle du fonctionnement psychologique comme le fait l'ICSA. L'ajout du diagnostic de trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C) dans la classification internationale des maladies (CIM-11), caractérisé par des altérations émotionnelles, identitaires et relationnelles en plus des trois dimensions classiques du trouble de stress post-traumatique (intrusion, évitement et hyperactivation), soutient également la pertinence d'outils validés, en langue française, visant à évaluer ces trois dimensions.

### L'Inventaire des capacités du soi altérées (ICSA)

L'Inventaire des capacités du soi altérées (Inventory of Altered Self-Capacities; Briere, 2000), comportant 63 énoncés, est le premier questionnaire autorapporté et standardisé, développé pour évaluer spécifiquement les altérations des capacités du soi. Il propose sept échelles composées chacune de neuf énoncés : *Conflits interpersonnels*, *Idéalisation-Désillusion*, *Préoccupations d'abandon*, *Difficultés identitaires*, *Susceptibilité à l'influence*, *Dysrégulation émotionnelle* et *Activités réductrices de tension* (voir le Tableau 1). Pour chaque énoncé, le participant doit répondre sur une échelle de Likert, qui va de 1, « Ceci ne m'est jamais

arrivé dans les derniers six mois », à 5, « Ceci m'est arrivé très souvent dans les derniers six mois ». Tous les éléments sont libellés dans le sens positif (symptomatique), c'est-à-dire qu'un chiffre élevé sur chacune des échelles représente davantage de difficultés. L'étude de validation originale a révélé une bonne cohérence interne au sein des sept échelles (coefficients  $\alpha$  allant de 0,70 à 0,96) dans l'échantillon de standardisation, composé d'un échantillon national américain, dans une population universitaire canadienne, et d'un échantillon de clients consultant en psychologie à travers les États-Unis (voir Briere & Runtz, 2002). L'ICSA offre également des seuils cliniques calculés selon l'âge et le sexe du répondant ou de la répondante. Plus spécifiquement, un score  $t$  de 70 ou plus à l'une ou l'autre des sept échelles dénote une altération cliniquement significative. Ces cotes cliniques fournissent de riches informations sur le fonctionnement du client. La version originale en anglais est couramment employée dans les processus d'évaluation psychothérapeutique ainsi qu'à des fins de recherche (Allen, 2011; Courtois, 2004; MacIntosh, 2019; Van der Kolk et al., 2014). Sur le plan de la pertinence clinique, l'ICSA permet de déterminer des cibles d'intervention, telles que des perturbations de l'identité ou des problèmes de régulation émotionnelle, et il peut informer sur la nature des problèmes qui pourraient survenir pendant la psychothérapie et fournir des données cliniques pour corroborer les diagnostics (par ex., traits de personnalité liés aux trois dimensions mesurées). Une version francophone validée pourrait ainsi en faciliter l'accès et l'utilisation auprès des professionnels de la santé mentale et des chercheurs de la francophonie.

### La présente étude

Cette étude vise à valider la version francophone de l'Inventaire des capacités du soi altérées et à documenter ses propriétés psychométriques par l'entremise de trois objectifs. D'abord, elle vise à établir la structure factorielle de l'instrument de façon robuste en

Tableau 1

Traduction des sept échelles de l'Inventaire des capacités du soi altérées et leur description

Sous-échelles de l'Inventaire des capacités du soi altérées	Ce qu'elles mesurent
1. <i>Conflits interpersonnels</i>	Problèmes dans les relations avec les autres et une tendance à s'engager au sein de relations chaotiques et émotionnellement bouleversantes.
2. <i>Idéalisation-Désillusion</i>	Une tendance à changer rapidement d'opinion au sujet de personnes chères, généralement d'une vision positive à une vision négative.
3. <i>Préoccupations d'abandon</i>	Une sensibilité à percevoir les signaux d'abandon chez autrui, imaginés ou réels, et la tendance à s'attendre ou à craindre la fin des relations importantes.
4. <i>Difficultés identitaires</i>	Difficultés dans le maintien d'un sens identitaire et d'une conscience de soi dans différents contextes. Deux sous-échelles : <i>Conscience de soi</i> réfère à un manque de compréhension de soi-même et de son identité, et <i>Identité diffuse</i> , qui évalue la tendance à confondre ses propres pensées, sentiments ou perspectives avec ceux des autres.
5. <i>Susceptibilité à l'influence</i>	Une propension à suivre les directions d'autrui sans considération suffisante de ses propres volontés et à accepter sans discernement leurs affirmations et déclarations.
6. <i>Dysrégulation émotionnelle</i>	Difficultés dans la régulation et le contrôle des émotions, incluant des sautes d'humeur, problèmes dans l'inhibition de l'expression de la colère, et une incapacité à facilement réguler les états dysphoriques sans comportements externalisés. Deux sous-échelles : <i>Instabilité émotionnelle</i> , qui réfère au phénomène de changements rapides de l'humeur, et <i>Habilités de régulation émotionnelle déficitaires</i> , qui évalue les déficits du contrôle émotionnel envisagé comme sous-jacent à la dysrégulation émotionnelle.
7. <i>Activités réductrices de tension</i>	Une disposition à réagir aux états internes souffrants par des comportements externalisés, qui bien que potentiellement dysfonctionnels, amènent une distraction, un apaisement, ou réduisent autrement la détresse interne.

utilisant des analyses d'équations structurelles exploratoires (ESEM) au sein de la communauté et d'une population clinique de clients consultant en thérapie sexuelle. Il est attendu que l'Inventaire des capacités du soi altérées repose sur une structure en sept facteurs. Le deuxième objectif est de vérifier la cohérence interne des sept échelles de l'ICSA. Il est envisagé que les qualités psychométriques de la version originale anglophone seront similaires dans les deux échantillons à l'étude. Puis, le troisième objectif est de vérifier la validité de construit de l'instrument en examinant ses relations avec différentes variables pouvant s'y rattacher. Quatre hypothèses se dégagent de cet objectif.

Premièrement, en se basant sur la documentation empirique antérieure (Elliott, Alexander, Pierce, Aspelmeier & Richmond, 2009; Hodges et al., 2013), il est attendu que l'accumulation de plusieurs types de traumatismes interpersonnels dans l'enfance sera liée à des altérations plus importantes dans les sept échelles de capacités du soi. Il est également attendu que l'échelle *Préoccupations d'abandon* mesurée par l'ICSA sera plus fortement corrélée que les autres échelles à l'attachement anxieux, tel que mesuré par la version courte de l'Experiences in Close Relationships (ECR-S, Lafontaine et al., 2015). Il est envisagé que des altérations sur le plan émotionnel mesurées par l'ICSA seront plus spécifiquement associées aux symptômes dissociatifs, mesurés par le Trauma Symptom Inventory-2 (Briere, 2011), qu'aux autres échelles. Enfin, il est attendu que des altérations des sept capacités du soi seront significativement associées à des scores de détresse psychologique plus élevés, tels que mesurés par l'instrument validé qu'est l'Indice de détresse psychologique (Prévile, Boyer, Potvin, Perrault & Légaré, 1991).

## Méthode

### Participants et procédure

**Échantillon 1. Échantillon de la communauté.** Sur un échantillon potentiel de 1416 participants francophones de la communauté qui a commencé à répondre à la batterie de questionnaires en ligne, 959 participants (67,73 %) ont rempli l'Inventaire des capacités du soi altérées et ont ainsi pu être intégrés aux analyses statistiques. L'échantillon est composé de 74,7 % de femmes ( $n = 716$ ) et de 24,5 % d'hommes ( $n = 235$ ); 0,80 % ( $n = 8$ ) n'ont pas indiqué leur sexe, mais personne n'a indiqué « autre ». Les participants étaient âgés de 17 à 74 ans ( $M = 28,66$  ans;  $É.-T. = 9,84$  ans). En ce qui a trait au niveau de scolarité, 5 % de l'échantillon a complété des études secondaires ( $n = 48$ ), 25,4 % des études de niveau collégial ou professionnel ( $n = 243$ ), 42,9 % des études universitaires de premier cycle ( $n = 411$ ), et 26,6 % des études universitaires de deuxième ou troisième cycle ( $n = 255$ ). En ce qui a trait à l'occupation, 52,5 % de l'échantillon est composé d'étudiants ( $n = 474$ ), 10 % de travailleurs à temps partiel ( $n = 90$ ), 35,8 % de travailleurs à temps plein ( $n = 323$ ), et 1,7 % de gens au chômage ou à la retraite ( $n = 15$ ). Plus de la moitié de l'échantillon rapporte un revenu annuel supérieur à 20 000 \$ canadiens (52,9 %,  $n = 504$ ). Enfin, 11,6 % rapportent être mariés ( $n = 111$ ), 32,2 % en union de fait ou dans une relation de cohabitation ( $n = 308$ ), 34,8 % dans une relation de couple avec un partenaire régulier ( $n = 333$ ), et 21,3 % célibataires ( $n = 204$ ).

Entre 2013 et 2017, plusieurs méthodes de recrutement ont été utilisées. Des invitations à participer à l'étude en ligne ont été envoyées par courriel à des listes de distribution de professionnels reliés au domaine de la psychologie et le lien Internet de l'étude a été diffusé et partagé sur les réseaux sociaux, tels que Facebook. Les personnes qui ont accepté de participer à l'étude ont eu accès au lien Internet menant au formulaire de consentement ainsi qu'à la batterie de questionnaires à remplir en ligne, sur la plateforme SurveyMonkey.

**Échantillon 2. Population clinique de clients consultant en thérapie sexuelle.** Un total de 395 clients consultant en thérapie sexuelle (55 % des femmes et 45 % des hommes) a rempli la version francophone de l'ICSA. Les clients étaient âgés de 17 à 77 ans ( $M = 37,74$  ans;  $É.-T. = 12,97$  ans). En ce qui concerne le niveau de scolarité, 15,4 % ont complété des études secondaires ( $n = 61$ ), 41 % des études de niveau collégial ( $n = 162$ ), 28,4 % des études universitaires de premier cycle ( $n = 112$ ), et 11,4 % des études universitaires de deuxième ou troisième cycle ( $n = 45$ ). En ce qui a trait à l'occupation, 18 % des clients rapportent être des étudiants ( $n = 60$ ), 60,1 % des travailleurs ( $n = 200$ ), et 21,9 % au chômage, à la maison ou à la retraite ( $n = 73$ ). Plus de la moitié de l'échantillon rapporte un revenu annuel supérieur à 20 000 \$ canadiens (62,1 %,  $n = 234$ ). Enfin, 15,3 % de l'échantillon rapportent être mariés ( $n = 60$ ), 28,8 % en union de fait ou dans une relation de cohabitation ( $n = 113$ ), 16,3 % dans une relation de couple avec un partenaire régulier ( $n = 64$ ), et 39,6 % célibataires ( $n = 156$ ).

Le recrutement des participants a été effectué par l'entremise des stagiaires en sexologie clinique à [l'Université du Québec à Montréal (UQÀM)] qui ont informé leurs clients de la possibilité de participer à une étude sur le fonctionnement des gens qui consultent en thérapie sexuelle, au début du processus d'évaluation (avant le traitement). Les participants ont été invités à lire et à signer un formulaire de consentement ainsi qu'à remplir des questionnaires autorapportés, en format papier ou en ligne. Afin de préserver la confidentialité et l'anonymat, un code alphanumérique a été attribué à chaque participant de l'étude. Cette étude utilise des données amassées entre 2012 et 2017 bien que le recrutement du projet se poursuive toujours au sein de l'institution universitaire affiliée. Les deux projets de recherche utilisés aux fins de cette étude ont été approuvés par le comité d'éthique de la recherche de [l'Université du Québec à Montréal (UQÀM)].

### Instruments de mesure

**Capacités du soi altérées.** L'Inventory of Altered Self-Capacities (IASC; Briere, 2000) a été traduit en français après avoir obtenu l'accord de la maison d'édition du questionnaire (Psychological Assessment Resources; PAR). Tel que recommandé par Vallerand (1989), la méthode privilégiée afin de créer la version francophone du questionnaire a été la traduction inversée (*back translation*). Ainsi, une première traduction en français de la version originale anglaise a été effectuée par une étudiante de deuxième cycle dont la langue maternelle est le français, mais qui maîtrisait également très bien l'anglais, puis cette traduction a été révisée par une équipe de quatre personnes, formée de deux professeurs d'université et de deux étudiants bilingues. Une fois la traduction française terminée, une traduction inversée a été faite

par une étudiante universitaire de premier cycle bilingue n'ayant jamais consulté la version originale de l'instrument, version qui a été vérifiée par deux assistants de recherche bilingues (dont un thérapeute ayant une connaissance des mesures cliniques). Cette nouvelle version anglaise a été envoyée à PAR pour vérification et approbation par l'auteur de la version anglophone originale, qui l'a jugée conforme, validant ainsi la traduction de l'instrument. L'ICSA compte sept échelles (voir le [Tableau 1](#)) et ce sont les scores totaux de chaque échelle qui sont utilisés dans les analyses statistiques, à l'exception du modèle final d'ESEM, pour lequel les 63 énoncés sont employés.

**Traumas interpersonnels dans l'enfance.** Afin de vérifier les liens entre les traumas interpersonnels dans l'enfance et les capacités du soi altérées, le Questionnaire sur les traumas cumulatifs en enfance a été utilisé (CCTQ; [Godbout, Bigras & Sabourin, 2017](#); pour la liste des énoncés voir [Bigras, Daspe, Godbout, Briere & Sabourin, 2017](#)). Ce questionnaire comporte 17 énoncés portant sur huit différents types de traumas interpersonnels pouvant être vécus avant l'âge de 18 ans, dont l'agression sexuelle, la violence physique et émotionnelle, la négligence physique et psychologique, être témoin de violence parentale physique et psychologique et l'intimidation. Chaque énoncé est mesuré à l'aide d'une échelle de Likert à sept points, allant de 0, « Jamais », à 6, « Presque chaque jour ». Un score de trauma cumulatif variant entre 0 et 8 a ensuite été calculé en additionnant les scores dichotomiques de chaque type de trauma interpersonnel. Un score plus élevé signifie l'expérience d'un plus grand nombre de types de traumas, et ce score continu d'historique de traumas dans l'enfance est employé dans les analyses vérifiant la validité de construit. Le questionnaire présente une bonne cohérence interne (communauté  $\alpha = 0,83$ ; clinique  $\alpha = 0,90$ ).

**Attachement romantique adulte.** La version en 12 énoncés du Questionnaire sur les expériences amoureuses (ECR-S, [Lafontaine et al., 2015](#); [Brennan et al., 1998](#)) a été utilisée pour mesurer la validité de construit de l'ICSA, principalement son échelle des préoccupations d'abandon, ainsi que celle liée à l'attachement anxieux du ECR-S. L'ECR-S mesure deux dimensions d'attachement au sein des relations intimes : l'attachement anxieux et l'attachement évitant. L'attachement anxieux fait référence à une peur intense du rejet et de l'abandon par le partenaire amoureux, alors que l'attachement évitant renvoie plutôt à un inconfort envers l'intimité et un grand besoin d'autonomie et d'indépendance face au partenaire. Les choix de réponse varient selon une échelle de Likert à sept points, où 1 = *Fortement en désaccord*, 4 = *Neutre/partagé*, et 7 = *Fortement en accord*. Un score élevé sur chacune des dimensions reflète un degré élevé d'anxiété ou d'évitement. La cohérence interne de l'instrument est bonne dans les deux échantillons (échantillon communauté : anxiété d'abandon,  $\alpha = 0,90$ , et évitement de l'intimité,  $\alpha = 0,85$ ; échantillon clinique : anxiété d'abandon,  $\alpha = 0,88$ , et évitement de l'intimité,  $\alpha = 0,85$ ). Ces coefficients reproduisent ceux de l'étude de validation initiale au sein de divers échantillons ([Lafontaine et al., 2015](#)). Les deux dimensions de l'attachement sont utilisées pour les analyses statistiques.

**Dissociation.** L'échelle de dissociation en 10 énoncés du Trauma Symptom Inventory-2 ([Briere, 2011](#)) a été utilisée pour évaluer les symptômes dissociatifs. Les réponses aux énoncés correspondent à une échelle de Likert à quatre points, allant de 0 (« jamais ») à 3 (« souvent »). Une cohérence interne satisfaisante

est observée tant dans l'échantillon de la communauté ( $\alpha = 0,85$ ) que clinique ( $\alpha = 0,81$ ), ce qui concorde avec les coefficients observés dans l'étude de validation originale ([Briere, 2011](#)) et d'autres études ayant utilisé la version francophone ([Ayotte, Lanctôt & Tourigny, 2017](#); [Van Vugt, Lanctôt, Paquette & Lemieux, 2017](#)). Le score total de cette échelle, pouvant varier entre 0 et 30, est utilisé dans les analyses.

**Détresse psychologique.** L'Indice de détresse psychologique en 14 énoncés de [Préville, Boyer, Potvin, Perrault et Légaré \(1991\)](#) a été utilisé afin d'évaluer les symptômes de dépression, d'anxiété, d'irritabilité et de problèmes cognitifs. Cette version francophone a été développée à partir de l'instrument original d'[Ilfeld \(1976\)](#), intitulé le Psychiatric Symptoms Index (PSI). Le score total, utilisé pour les analyses principales, varie entre 0 et 42; un score élevé signifie un niveau plus important de détresse psychologique. Un score supérieur à 30 indique une détresse qui est cliniquement significative. Des indices de cohérence interne satisfaisants ont été documentés dans les études précédentes ([Godbout, Lussier & Sabourin, 2006](#)) et au sein des échantillons de la présente étude (communauté  $\alpha = 0,93$ ; clinique  $\alpha = 0,91$ ).

## Analyses statistiques

Les analyses de cohérence interne (alpha de Cronbach), de comparaisons de moyennes (MANOVA) ainsi que les corrélations bivariées pour évaluer la validité convergente ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS, version 24. Un indice supplémentaire de cohérence interne a été calculé suivant les recommandations de [Dunn, Baguley et Brunson \(2014\)](#) et de [Béland, Cousineau, et Loye \(2017\)](#), soit l'omega de McDonald calculé au moyen du logiciel gratuit JASP. Les analyses de corrélations permettent de tester les liens entre les différentes variables envisagées comme étant reliées aux capacités du soi, telles que les antécédents traumatiques et des variables personnelles. En se basant sur les critères de [Cohen \(1988\)](#), des coefficients de Pearson dont la valeur est supérieure à 0,50 sont considérés comme forts, ceux qui se situent entre 0,30 et 0,50 sont considérés comme modérés et des coefficients inférieurs à 0,30 sont considérés comme étant de faible magnitude ([Cohen, 1988](#)).

Pour vérifier la structure factorielle de l'ICSA en français, nous avons effectué des analyses d'équations structurelles exploratoires (ESEM) à l'aide du logiciel *Mplus*, version 7 ([Muthén et Muthén, 1998-2015](#)) et utilisé l'estimateur WLSMV (*robust variance-adjusted weighted least squares estimator*), mieux adapté pour les variables de nature catégorielle ([Beauducel & Herzberg, 2006](#)). Cette technique statistique incorpore des caractéristiques des analyses factorielles confirmatoires (CFA) et des analyses factorielles exploratoires (EFA). Comme les CFA, les ESEM évaluent si l'instrument se compose bien de sept échelles et fournit des indices d'ajustement, des erreurs standards et des tests de la signification et des pourcentages de variance expliquée. Toutefois, les ESEM sont moins restrictives que les analyses factorielles confirmatoires typiques, assouplissant l'hypothèse restrictive selon laquelle les énoncés ne devraient saturer que sur leurs facteurs respectifs sans saturations croisées (*cross-loadings*; [Marsh, Morin, Parker & Kaur, 2014](#); [Marsh et al., 2009](#); [Morin, Marsh & Nagengast, 2013](#)). En effet, un instrument de mesure peut avoir plusieurs énoncés qui saturent sur différents facteurs. Or, ces autres coefficients de

saturation seront plus faibles que celui qui se rattache à son facteur respectif selon la théorie sous-jacente à l'instrument. Par exemple, puisque plusieurs énoncés représentent des échelles appartenant à des concepts plus larges et globaux, il est possible de s'attendre à des saturations croisées, surtout au sein d'une même dimension (Guay, Morin, L'Italien, Valois & Vallerand, 2015), comme pour les énoncés de la dimension relationnelle, par exemple. De plus, en raison de configurations erronées associées à des modèles de mesure trop restrictifs sans saturations croisées, les modèles de CFA produisent généralement des corrélations de facteurs gonflées par rapport aux modèles ESEM et aux valeurs de population connues pour les données simulées (Marsh et al., 2014).

En intégrant les saturations croisées dans un modèle, l'approche des ESEM contrecarre ces limitations. Elle fournit aussi un certain contrôle sur le fait que les énoncés sont des indicateurs imparfaits d'un concept qui peuvent donc présenter un certain niveau d'associations non pertinentes avec d'autres concepts (c.-à-d., erreur systématique de mesure, voir Morin, Arens & Marsh, 2016). Les ESEM semblent donc particulièrement pertinentes pour l'examen de propriétés psychométriques de l'ICSA et pour estimer des corrélations plus pures entre les variables latentes afin de mieux évaluer le modèle suggéré par la théorie des capacités du soi (Briere, 2002). Suivant les recommandations de Marsh et ses collègues (2009), nous avons utilisé une rotation *geomin*.

La qualité de l'ajustement du modèle aux données observées a été évaluée à l'aide d'un ensemble d'indices d'ajustement, dont le Comparative Fit Index (CFI; Bentler, 1990), le Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA; Steiger, 1990), le Tucker-Lewis Index (TLI; Tucker & Lewis, 1973) ainsi que le chi-carré. Une valeur du chi-carré non statistiquement significative, un CFI supérieur à 0,90 ainsi qu'une valeur du RMSEA inférieure à 0,06 témoignent d'une bonne qualité. Puisque le chi-carré est reconnu comme sensible à la taille de l'échantillon (Kline, 2011), des indices complémentaires ont été utilisés pour vérifier la qualité de la structure factorielle. Le ratio du chi-carré sur le nombre de degrés de liberté ( $\chi^2/dl$ ) a été employé; une valeur inférieure à 5 est considérée comme satisfaisante et de 3 comme idéale (Ullman, 2001).

## Résultats

### Analyses descriptives, bivariées et multivariées

Les moyennes et les écarts-types sont présentés pour les deux échantillons (voir le Tableau 2). Tel qu'attendu, les résultats d'une analyse de variance multivariée (MANOVA) révèlent que les clients de l'échantillon clinique rapportent des scores moyens significativement plus élevés sur les sept échelles de l'ICSA que les participants de la communauté,  $F(7, 1258) = 26,55, p < 0,001$ ; Wilk's  $\Lambda = 0,871, \eta^2$  partiel = 0,129. Le Tableau 3 présente les pourcentages de participants qui rapportent des altérations cliniquement significatives des capacités du soi au sein des deux échantillons. Ces taux sont parfois jusqu'à deux fois plus élevés dans l'échantillon clinique que dans l'échantillon de la communauté. Les résultats de chi-carré permettent d'ailleurs de statuer que ces taux sont statistiquement différents selon l'échantillon d'appartenance.

### Cohérence interne

Les résultats des alphas de Cronbach et des coefficients omega de McDonald ont révélé que les sept échelles de l'ICSA avaient une bonne cohérence interne, tant dans un échantillon de la communauté que dans un échantillon clinique, les alphas de Cronbach variant entre 0,70, *Activités réductrices de tension*, et 0,93, *Préoccupations d'abandon* (Tableau 2). On constate également que, de façon générale, les participants de l'échantillon clinique rapportent des scores moyens plus élevés aux échelles de l'ICSA que les participants provenant de la communauté.

### Modèles d'équations structurelles exploratoires (ESEM)

**Échantillon de la communauté.** Un modèle de premier ordre a été vérifié à l'aide d'un modèle d'équations structurelles exploratoires (ESEM), c'est-à-dire que les sept échelles de l'ICSA étaient représentées par leurs neuf énoncés respectifs (voir le Tableau 4). Les résultats de l'analyse révèlent que la structure de l'Inventaire des capacités du soi altérées s'ajuste bien aux données d'adultes de la communauté,  $\chi^2(1533) = 3057,65; p = 0,000$ ; ratio  $\chi^2/dl =$

Tableau 2

Moyennes et écart-types des échelles de l'ICSA et résultats des analyses de consistance interne au sein des deux échantillons et résultats de l'analyse de variance multivariée (MANOVA)

Échelles de l'ICSA	Nb d'items	Population générale (n = 959)					Population clinique (n = 395)					F(7, 1258)	$\eta^2$ partiel
		M	É.-T.	Étendue	$\alpha$	$\omega$	M	É.-T.	Étendue	$\alpha$	$\omega$		
ICSA_CI	9	16,93	5,29	9-41	0,85	0,85	19,74	6,57	9-45	0,88	0,88	60,38***	0,046
ICSA_ID	9	14,66	6,35	9-42	0,91	0,92	18,43	7,99	9-44	0,92	0,92	73,37***	0,055
ICSA_PA	9	16,46	7,86	9-45	0,92	0,93	19,47	9,06	9-45	0,93	0,93	31,82***	0,025
ICSA_DI	9	16,33	6,93	9-42	0,89	0,90	21,50	8,46	9-43	0,90	0,90	117,96***	0,085
ICSA_SI	9	13,40	5,46	9-42	0,88	0,89	17,64	6,70	9-42	0,89	0,89	128,98***	0,093
ICSA_DE	9	15,63	6,97	9-45	0,91	0,91	20,37	8,15	9-45	0,89	0,90	101,89***	0,075
ICSA_ART	9	12,67	4,38	9-39	0,75	0,78	15,50	5,19	9-37	0,70	0,73	101,06***	0,074

Nota. ICSA\_CI = Conflits interpersonnels; ICSA\_ID = Idéalisation-Désillusion; ICSA\_PA = Préoccupations d'abandon; ICSA\_DI = Difficultés identitaires; ICSA\_SI = Susceptibilité à l'influence; ICSA\_DE = Dysrégulation émotionnelle; ICSA\_ART = Activités réductrices de tension.

\*\*\*  $p < 0,001$ .

Tableau 3

Altérations cliniquement significatives des capacités du soi en fonction des deux échantillons à l'étude

Échelles de l'ICSA	Échantillon de la communauté % au-dessus du seuil clinique (n)	Échantillon clinique % au-dessus du seuil clinique (n)	$\chi^2$	ddl	V de Cramer
Conflits interpersonnels	25,4 % (n = 241)	45 % (n = 146)	46,99***	2	0,19***
Idéalisation-Désillusion	18,4 % (n = 174)	36,4 % (n = 118)	56,15***	2	0,21***
Préoccupations d'abandon	22,9 % (n = 217)	38,6 % (n = 125)	35,25***	2	0,17***
Difficultés identitaires	25,6 % (n = 242)	52,6 % (n = 170)	82,98***	2	0,26***
Susceptibilité à l'influence	16,4 % (n = 155)	44,3 % (n = 143)	121,37***	2	0,31***
Dysrégulation émotionnelle	22,7 % (n = 215)	49 % (n = 188)	98,29***	2	0,27***
Activités réductrices de tension	18,3 % (n = 173)	40 % (n = 153)	88,17***	2	0,26***

\*\*\*  $p < 0,001$ .

1,99; CFI = 0,97; TLI = 0,97; RMSEA = 0,03, 90 % IC (0,031–0,034). La valeur des coefficients standardisés ( $\beta$ ) de chaque item sur son facteur respectif varie entre 0,34 et 0,66 pour l'échelle *Conflits interpersonnels*, entre 0,24 et 0,81 pour l'échelle *Idéalisation-Désillusion*, entre 0,34 et 0,82 pour l'échelle *Préoccupations d'abandon*, entre 0,26 à 0,78 pour l'échelle *Difficultés identitaires*, entre 0,42 et 0,83 pour l'échelle *Influencabilité*, entre 0,14 et 0,84 pour l'échelle *Dysrégulation émotionnelle* et, enfin, entre 0,16 et 0,92 pour l'échelle *Activités réductrices de tension*. L'item 7 (« Lancer ou frapper des objets durant une dispute afin de vous débarrasser de votre colère ») n'est pas statistiquement associé à son facteur respectif et l'est plutôt avec le facteur *Dysrégulation émotionnelle*. Les facteurs étaient tous significativement reliés entre eux, les coefficients de corrélation variant entre  $r = 0,17$  et  $r = 0,39$  ( $p < 0,001$ ).

**Échantillon de la population clinique.** Les résultats du modèle ESEM effectué dans l'échantillon clinique soutiennent également la structure proposée. Les indices d'ajustement révèlent un bon ajustement du modèle aux données observées,  $\chi^2(1533) = 2068,52$ ;  $p = 0,000$ ; ratio  $\chi^2/dl = 1,35$ ; CFI = 0,98; TLI = 0,97; RMSEA = 0,03, 90 % IC (0,027–0,033). Tel qu'illustré dans le **Tableau 4**, la valeur des coefficients standardisés ( $\beta$ ) de chaque item sur son facteur respectif varie entre 0,36 et 0,74 pour l'échelle de *Conflits interpersonnels*, entre 0,41 et 0,73 pour l'échelle *Idéalisation-Désillusion*, entre 0,35 et 0,79 pour l'échelle *Préoccupations d'abandon*, entre 0,15 à 0,68 pour l'échelle *Difficultés identitaires*, entre 0,38 et 0,78 pour l'échelle *Susceptibilité à l'influence*, entre 0,19 et 0,74 pour l'échelle *Dysrégulation émotionnelle* et, enfin, entre 0,14 et 1,04 pour l'échelle *Activités réductrices de tension*. Or, les énoncés 7 « Lancer ou frapper des objets durant une dispute afin de vous débarrasser de votre colère », 21 « Manger plus que vous en avez besoin afin de vous sentir mieux ou de vous calmer » et 28 « Vous blesser pour vous calmer ou arrêter de vous sentir vide » n'étaient pas significativement liés à leur facteur latent respectif (*Activités réductrices de tension*), mais plutôt avec *Dysrégulation émotionnelle*. Les sept facteurs latents étaient tous reliés significativement entre eux, les coefficients de corrélation se situant entre  $r = 0,17$  et  $r = 0,46$  ( $p < 0,001$ ).

### Validité de construit

La validité de construit de l'ICSA a été évaluée en effectuant des corrélations entre les différentes variables d'intérêt et les sept échelles de l'ICSA (**Tableau 5**). Les résultats montrent que toutes

les échelles de l'ICSA sont positivement et faiblement associées avec le score de trauma cumulatif ( $r$  variant entre 0,17 et 0,36 dans les deux échantillons). Les résultats révèlent que l'échelle *Préoccupations d'abandon* de l'ICSA est plus fortement corrélée que les autres échelles à l'attachement anxieux, tel que mesuré par le ECR-S, et ce, au sein des deux échantillons (communauté  $r = 0,55$ ; clinique  $r = 0,57$ ). Les résultats indiquent également une relation de forte magnitude entre l'échelle *Difficultés identitaires* et celle mesurant la dissociation, au sein des deux échantillons. Tel que prévu, toutes les échelles de l'ICSA sont fortement et positivement corrélées avec la détresse psychologique.

### Discussion

La présente étude avait pour objectif de vérifier les qualités psychométriques de la traduction française de l'Inventaire des capacités du soi altérées, y compris sa structure factorielle, sa cohérence interne et sa validité de construit, au sein de deux échantillons différents, à savoir de la communauté et de clients qui consultent en sexologie clinique. De façon générale, les résultats révèlent des qualités psychométriques satisfaisantes et similaires à celles qui ont été obtenues qui ont été obtenues dans l'étude de validation initiale (Briere & Runtz, 2002).

D'abord, les indices de cohérence interne observés pour les sept échelles de l'ICSA sont satisfaisants. Ensuite, les analyses bivariées montrent que des altérations sur les sept échelles des capacités du soi s'associent à une détresse psychologique plus importante, tant chez les adultes provenant de la communauté que chez les clients qui consultent en thérapie sexuelle. Ces résultats reproduisent ceux de Briere et Runtz (2002) dans l'article initial de validation de l'ICSA et confirment le rôle crucial que jouent les capacités du soi dans le fonctionnement psychosocial de l'adulte. Puis, des comparaisons de moyennes ont révélé que les clients qui consultent en sexologie clinique présentent des scores moyens significativement plus élevés aux échelles d'altérations des capacités du soi que les adultes de la communauté. De plus, la proportion de clients qui consultent en sexologie rapportant des altérations cliniquement significatives est statistiquement différente de celle que l'on retrouve dans l'échantillon de la communauté. Précisément, les clients qui consultent en sexologie sont plus nombreux à rapporter des altérations cliniquement significatives sur les sept échelles des capacités du soi.

Enfin, les résultats du modèle ESEM appuient la structure factorielle en sept facteurs, proposée par Briere (2000). De plus, les résultats reproduisent ceux de Briere et Runtz (2002) pour les





Tableau 4 (suite)

#	Facteurs													
	ICSA_CI		ICSA_ID		ICSA_PA		ICSA_DI		ICSA_SI		ICSA_DE		ICSA_ART	
63	0,09 <sup>ns</sup>	<b>0,02<sup>ns</sup></b>	0,23	<b>0,18</b>	-0,05 <sup>ns</sup>	<b>0,02<sup>ns</sup></b>	-0,01 <sup>ns</sup>	<b>0,13</b>	0,22	<b>0,02<sup>ns</sup></b>	0,07 <sup>ns</sup>	<b>0,10<sup>ns</sup></b>	0,38	<b>0,27</b>
Corrélations entre les facteurs														
	F1		F2		F3		F4		F5		F6		F7	
F1	—	—	0,39	<b>0,27</b>	0,30	<b>0,30</b>	0,30	<b>0,26</b>	0,21	<b>0,27</b>	0,34	<b>0,46</b>	0,33	<b>0,39</b>
F2			—	—	0,30	<b>0,22</b>	0,38	<b>0,30</b>	0,28	<b>0,23</b>	0,24	<b>0,27</b>	0,35	<b>0,31</b>
F3					—	—	0,19	<b>0,17</b>	0,34	<b>0,35</b>	0,17	<b>0,28</b>	0,33	<b>0,30</b>
F4							—	—	0,30	<b>0,20</b>	0,28	<b>0,28</b>	0,31	<b>0,26</b>
F5									—	—	0,23	<b>0,32</b>	0,26	<b>0,28</b>
F6											—	—	0,29	<b>0,35</b>
F7													—	—

Nota. ICSA\_CI = Conflits interpersonnels; ICSA\_ID = Idéalisation-Désillusion; ICSA\_PA = Préoccupations d'abandon; ICSA\_DI = Difficultés identitaires; ICSA\_SI = Susceptibilité à l'influence; ICSA\_DE = Dysrégulation émotionnelle; ICSA\_ART = Activités réductrices de tension. Les coefficients en gras représentent les coefficients de l'échantillon clinique. ns = coefficients non significatifs.

Tous les autres coefficients sont significatifs à  $p < 0,05$ .

trois énoncés (7, 21, 28) de l'échelle *Activités réductrices de tension* qui saturent moins clairement sur leur facteur respectif. En effet, deux énoncés sont associés à l'échelle *Dysrégulation émotionnelle* (énoncés 7 et 28), alors que le troisième (énoncé 21 évaluant le fait de manger plus afin de se sentir mieux ou se calmer) appartient à l'échelle *Difficultés identitaires*. Ces résultats peuvent être expliqués par la plus faible propension des personnes qui utilisent des activités réductrices de tension à n'endosser que quelques énoncés de l'échelle qui représentent des catégories différentes de ces activités (par ex., se blesser pour se débarrasser de ses pensées ou de sentiments bouleversants alors qu'une autre personne n'utiliserait que le sexe comme moyen pour arrêter de se sentir mal). Ainsi, bien que ces scores soient informatifs, il en résulte une cohérence interne amoindrie. En effet, contrairement aux autres échelles (par ex., *Difficultés identitaires*), où endosser un énoncé est lié à la propension à endosser un autre énoncé de la même échelle, les individus qui utilisent des activités réductrices de tension semblent plutôt avoir tendance à n'utiliser que quelques

types de comportements parmi ceux qui sont listés (par ex., automutilation, sexualité, nourriture, violence), diminuant ainsi la saturation des énoncés à leur facteur latent. Bien que la cohérence interne de cette échelle soit plutôt acceptable lorsque comparée aux autres, de futurs outils permettant de mesurer les patrons de comportements au lieu des types d'actes utilisés pourraient apporter une information complémentaire à celle qui a été récoltée à l'aide de cette échelle.

Les liens observés entre les échelles *Dysrégulation émotionnelle* et *Difficultés identitaires* peuvent aussi s'expliquer par la tendance à utiliser des activités réductrices de tension pour gérer ses émotions (Briere et al., 2010). Plus concrètement, des associations ont été trouvées entre les comportements boulimiques et/ou hyperphagiques (énoncé 21) et une détresse liée à un sens identitaire faible (Heatherton & Baumeister, 1991; Wheeler, Adams & Keating, 2001). Également, le fait que ces trois énoncés ne saturent pas significativement sur leur facteur respectif au sein de l'échantillon clinique et de l'échantillon de la communauté pour

Tableau 5

Corrélations entre les échelles de l'ICSA et les traumas cumulatifs, l'attachement, la dissociation, la détresse psychologique au sein des deux échantillons

Échelles de l'ICSA	Traumas cumulatifs		Anxiété d'abandon		Évitement de l'intimité		Dissociation		Détresse psychologique	
	Com	Clinique	Com	Clinique	Com	Clinique	Com	Clinique	Com	Clinique
ICSA_CI	0,29***	0,25***	0,41***	0,32***	0,23***	0,11 <sup>ns</sup>	0,41***	0,34***	0,58***	0,51***
ICSA_ID	0,30***	0,17***	0,38***	0,45***	0,26***	0,15**	0,44***	0,41***	0,55***	0,46***
ICSA_PA	0,29***	0,22***	0,65***	0,60***	0,21***	0,16**	0,42***	0,41***	0,59***	0,53***
ICSA_DI	0,27***	0,22***	0,45***	0,38***	0,29***	0,25***	0,55***	0,57***	0,61***	0,55***
ICSA_SI	0,27***	0,23***	0,28***	0,32***	0,25***	0,23***	0,46***	0,46***	0,49***	0,50***
ICSA_DE	0,31***	0,23***	0,44***	0,36***	0,21***	0,18***	0,46***	0,46***	0,63***	0,67***
ICSA_ART	0,36***	0,29***	0,37***	0,35***	0,20***	0,17***	0,52***	0,40***	0,58***	0,47***

Nota. Le  $n$  pour l'échantillon provenant de la communauté (Com) varie entre 488 et 959 selon le nombre de participants qui ont répondu au questionnaire. Le  $n$  de l'échantillon clinique (Clinique) varie entre 199 et 395 selon le nombre de participants qui ont répondu au questionnaire et selon la disponibilité des questionnaires au moment du recrutement. ICSA\_CI = Conflits interpersonnels; ICSA\_ID = Idéalisation-Désillusion; ICSA\_PA = Préoccupations d'abandon; ICSA\_DI = Difficultés identitaires; ICSA\_SI = Susceptibilité à l'influence; ICSA\_DE = Dysrégulation émotionnelle; ICSA\_ART = Activités réductrices de tension; ns = coefficients non significatifs.

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

l'énoncé 7 témoigne de l'importance de prendre en considération les résultats des analyses exploratoires factorielles qui servent à préciser et à raffiner l'instrument. D'ailleurs, un coefficient standardisé supérieur à 1 est observé pour un énoncé du facteur latent *Activités réductrices de tension*, ce qui suggère que cet énoncé est très fortement corrélé au facteur latent. Il s'agit spécifiquement de l'énoncé 56, qui réfère à l'utilisation d'activités sexuelles afin de se calmer et semble ainsi caractéristique du facteur latent mesuré.

La validité de construit de l'ICSA est appuyée par ses liens avec les différentes variables examinées. D'abord, les résultats montrent que l'attachement anxieux évalué par l'ECR-S (Lafontaine et al., 2015) est particulièrement lié aux préoccupations d'abandon mesurées par l'ICSA, sans toutefois qu'il ne s'agisse du même construit (aucune multicolinéarité). En effet, les préoccupations d'abandon de l'ICSA font davantage référence aux relations en général alors que l'anxiété d'abandon mesurée par l'ECR-S réfère davantage aux représentations d'attachement activées au sein de la relation amoureuse adulte. Ensuite, contrairement à ce qui était attendu, la dissociation est plus fortement corrélée aux difficultés identitaires plutôt qu'à la sphère émotionnelle. Bien que ce constat soit à première vue surprenant considérant l'abondante documentation théorique et empirique sur ses liens avec une régulation émotionnelle déficitaire (Briere & Runtz, 2015; Byun, Brumariu & Lyons-Ruth, 2016; Ford & Courtois, 2014), ce résultat fait consensus avec un autre pan des écrits scientifiques (par ex., Blum, 2013; Carlson, Yates & Sroufe, 2009). En effet, lorsqu'il est question de dissociation, il est possible de distinguer différents domaines, allant d'une perte de continuité dans l'expérience subjective de l'individu accompagnée d'intrusions (par ex., flashbacks, rêves, souvenirs) dans la conscience ou le comportement, jusqu'à l'impossibilité d'accéder aux informations ou de maîtriser ses fonctions mentales, incluant des distorsions dans les perceptions de soi ou de l'environnement (Cardeña et Carlson, 2011). Les expériences de dissociation couvrent ainsi un large éventail, allant d'interruptions légères et relativement bénignes de la conscience, jusqu'à une dissociation identitaire (par ex., trouble dissociatif). Les énoncés de l'ICSA évaluent les difficultés identitaires s'apparentant davantage aux symptômes du trouble dissociatif de l'identité (APA, 2013), relevant d'au moins deux identités alternantes, une discontinuité du sens de soi ainsi que des altérations dans la mémoire, la perception, etc. Ainsi, les plus fortes corrélations entre les difficultés identitaires et la dissociation s'expliqueraient par le fait qu'il est difficile de développer un sens de soi cohérent, solide et stable si la dissociation est présente chez l'individu. Une certaine présence au monde et à son expérience (présence attentive, ou *mindfulness*) est nécessaire pour la consolidation d'une identité claire, la connaissance de ses besoins et la compréhension de ses comportements (Hanley & Garland, 2017).

Puis, tel qu'attendu, le cumul d'expériences de trauma vécues en enfance est lié à une augmentation des scores aux sept échelles de l'ICSA. Ce résultat concorde avec ceux qui ont été obtenus dans l'étude originale de validation de Briere et Runtz (2002) et correspond aux postulats théoriques fondamentaux du modèle du trauma au soi (Briere, 2002), suggérant que le contexte dans lequel surviennent les événements traumatiques ne fournit pas à l'enfant les ressources et la sécurité nécessaires pour développer une capacité à former et à maintenir des relations significatives avec les autres, un sens de soi stable et cohérent, ni celle de gérer les émotions négatives. Notons que l'échelle *Activités réductrices de*

*tension* est la plus fortement associée au trauma cumulatif, et ce, au sein des deux échantillons de l'étude. Ce constat concorde avec les théories anciennes et contemporaines du trauma qui stipulent que les événements traumatiques, et surtout leur cumul, sont un terreau fertile pour le développement d'habiletés restreintes à tolérer et à gérer les émotions négatives (Briere, 2002; Terr, 1990), ce qui, en retour, favorise une gamme d'autres difficultés psychosociales (Bigras et al., 2017; Dugal, Godbout, Bélanger, Hébert & Goulet, 2018; Messman-Moore, Walsh & DiLillo, 2010). Ce résultat est également appuyé par les études neurobiologiques qui témoignent des effets profonds des traumas cumulatifs subis durant l'enfance sur le développement de capacités limitées de régulation émotionnelle des survivants (Choi, Jeong, Rohan, Polcari & Teicher, 2009; Dvir, Ford, Hill & Frazier, 2014; Zhai et al., 2019). En effet, ces expériences traumatiques précoces modifieraient le développement normal de certaines structures du cerveau ou de circuits neuronaux et résulteraient en des problèmes interpersonnels à l'âge adulte (Lee & Hoaken, 2007) ou des problèmes d'impulsivité, tels que des troubles alimentaires (Kessler, Hutson, Herman & Potenza, 2016) ou l'automutilation (Groschwitz & Plener, 2012). Les travaux dans le domaine de la neurobiologie du trauma ont aussi mis en lumière deux trajectoires observables de symptômes chez les gens souffrant de trouble de stress post-traumatique, dont l'une qui correspond à un patron d'activation accrue de l'amygdale et une réduction de l'activation inhibitrice préfrontale qui peuvent mener à divers symptômes, tels qu'une hyperactivation ou une dysphorie (Lanius et al., 2010). Ce profil d'activation corticale et sous-corticale pourrait être lié aux difficultés énoncées dans l'échelle *Activités réductrices de tension*.

### Limites et recherches futures

Bien que les résultats permettent de répondre de façon satisfaisante aux hypothèses émises préalablement, ils doivent être interprétés avec prudence en raison des limites méthodologiques inhérentes à l'étude. Premièrement, l'ICSA ainsi que tous les autres questionnaires employés dans cette étude sont autorapportés, reflétant ainsi seulement la perception qu'ont les individus de leurs propres altérations des sphères relationnelle, identitaire et émotionnelle, de leur historique de traumas, de représentations d'attachement et de leur détresse psychologique. De plus, l'ICSA est un long questionnaire (63 énoncés) et les résultats des ESEM indiquent des corrélations entre certains des énoncés ainsi que des énoncés qui ne saturent pas sur leur facteur respectif. Il serait souhaitable d'envisager la création d'une version brève de l'instrument qui permettrait d'obtenir une structure factorielle plus solide, tout en conservant la possibilité d'établir des seuils cliniques qui donnent à l'ICSA une valeur clinique intéressante. En effet, des corrélations significatives entre certains facteurs montrent qu'il s'agit de concepts reliés, mais tout de même distincts, qui partagent une variance commune, mais qui ne représente pas une multicolinéarité. Par exemple, une bonne régulation émotionnelle est liée à moins de conflits interpersonnels. Troisièmement, l'échantillon de la communauté présente un niveau d'éducation plus élevé et une plus grande proportion de femmes que ce qui est observé dans la population générale du Québec, ce qui limite la généralisation des résultats à l'ensemble de la population québécoise avant qu'ils ne soient confirmés par d'autres études basées sur des données représentatives. Quatrièmement, même si les

clients qui consultent en sexologie clinique affichent des proportions statistiquement plus élevées de difficultés cliniquement significatives, les pourcentages observés au sein de l'échantillon de la communauté indiquent néanmoins qu'un adulte sur cinq présente un niveau important d'altérations des capacités du soi. Bien que ces taux importants pourraient laisser croire que l'ICSA est une mesure trop sensible ou qui n'est pas suffisamment spécifique, il convient de mentionner que les individus qui présentent des altérations des capacités du soi ne répondent pas nécessairement aux critères d'un trouble de la personnalité et ne sont pas toujours bien conceptualisés sous cet angle (Briere et Scott, 2014). La fiabilité test-retest de l'ICSA, qui n'est pas investiguée dans le cadre de la présente étude, mériterait d'être évaluée à l'aide d'un devis longitudinal, notamment en vertu de la nature développementale des capacités du soi.

En conclusion, la version francophone de l'ICSA s'avère un instrument prometteur pour permettre aux chercheurs et aux professionnels de la santé mentale francophones d'évaluer le niveau d'altération des capacités du soi, leurs associations avec l'histoire développementale de l'individu et leurs impacts sur le fonctionnement humain global. L'utilité clinique de l'ICSA pour les professionnels œuvrant avec les survivants de traumatismes est d'autant plus appréciable à la lumière des travaux récents (par ex., Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant & Maercker, 2013; Cloitre, Garvert, Weiss, Carlson & Bryant, 2014; Hyland et al., 2017) sur le TSPT-C et de l'inclusion de ce diagnostic au sein de la Classification internationale des maladies-11 (CIM-11). En effet, en plus des trois catégories de symptômes post-traumatiques classiques (intrusion, évitement, hyperactivation), le TSPT-C inclut les trois grandes catégories de perturbations du soi, c'est-à-dire des difficultés à maintenir des relations significatives avec les autres, un sens de soi négatif ainsi que des problèmes graves et persistants sur le plan de la régulation émotionnelle. L'ICSA pourrait être ainsi être une mesure complémentaire intéressante pour évaluer le niveau de fonctionnement personnel et interpersonnel non seulement des individus en général, mais également des survivants de traumatismes avec lesquels le travail peut parfois représenter un défi pour les cliniciens et les chercheurs.

## Abstract

The current study aims to validate the French version of the Inventory of Altered Self-Capacities (IASC; Briere, 2000) in order to allow and facilitate the use of this measure for French-speaking researchers and clinicians. Results revealed a good internal consistency of every scales in both a clinical sample of clients seeking sex-therapy service in a large metropolitan area ( $n = 395$ ), and adults from the general population from the same area ( $n = 959$ ). Exploratory structural equation modelling (ESEM) indicated that the original structure of the questionnaire was a good representation of the data in both samples, supporting a first-order model with 7 factors. Descriptive analyses revealed that clients seeking sex-therapy reported statistically significant higher mean scores of altered self-capacities than adults from the general population. Bivariate analyses showed that altered self-capacities were associated with childhood cumulative trauma, anxious attachment and psychological distress. Overall, results indicated good psychometric qualities of the French version of the IASC that could allow

French-speaking professionals to assess self-capacities in treatment with their clients, as well as in research protocols.

**Keywords:** self-capacities, validation, general population sample, clinical sample

## Références

- Adler, J. M., Lodi-Smith, J., Philippe, F. L., & Houle, I. (2016). The incremental validity of narrative identity in predicting well-being: A review of the field and recommendations for the future. *Personality and Social Psychology Review, 20*, 142–175. <http://dx.doi.org/10.1177/1088868315585068>
- Allen, B. (2011). Childhood psychological abuse and adult aggression: The mediating role of self-capacities. *Journal of Interpersonal Violence, 26*, 2093–2110. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260510383035>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). Arlington, É.-U. : Auteur.
- Anestis, M. D., Peterson, C. B., Bardone-Cone, A. M., Klein, M. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., . . . Joiner, T. E. (2009). Affective lability and impulsivity in a clinical sample of women with bulimia nervosa: The role of affect in severely dysregulated behavior. *International Journal of Eating Disorders, 42*, 259–266. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20606>
- Ayotte, M., Lanctôt, N., & Tourigny, M. (2017). The association between the working alliance with adolescent girls in residential care and their trauma-related symptoms in emerging adulthood. *Child and Youth Care Forum, 46*, 601–620. <http://dx.doi.org/10.1007/s10566-017-9398-x>
- Beauducel, A., & Herzberg, P. Y. (2006). On the performance of maximum likelihood versus means and variance adjusted weighted least squares estimation in CFA. *Structural Equation Modeling, 13*, 186–203. [http://dx.doi.org/10.1207/s15328007sem1302\\_2](http://dx.doi.org/10.1207/s15328007sem1302_2)
- Béland, S., Cousineau, D., & Loye, N. (2017). Utiliser le coefficient omega de McDonald à la place de l'alpha de Cronbach. *Revue des sciences de l'éducation de McGill, 52*(3), 791–804. <http://dx.doi.org/10.7202/1050915ar>
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin, 107*, 238–246. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>
- Bigras, N., Daspe, M.-È., Godbout, N., Briere, J., & Sabourin, S. (2017). Cumulative childhood trauma and adult sexual satisfaction: Mediation by affect dysregulation and sexual anxiety in men and women. *Journal of Sex & Marital Therapy, 43*, 377–396. <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2016.1176609>
- Blum, H. (2013). Dissociation and its disorders. *Psychoanalytic inquiry, 33*, 427–438. <http://dx.doi.org/10.1080/07351690.2013.815058>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. 1. Attachment*. New York, É.-U. : Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss. 2. Separation anxiety and anger*. New York, É.-U. : Basic Books.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. Dans J. A. Simpson & W. S. Rholes (éds), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York, É.-U. : Guilford Press.
- Briere, J. (1996). *Therapy for adults molested as children* (2<sup>e</sup> éd., enrichie et révisée). New York, É.-U. : Springer.
- Briere, J. (2000). *Inventory of Altered Self Capacities (IASC)*. Odessa, É.-U. : Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. Dans J. E. B. Myers, . . . (éds), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2<sup>e</sup> éd., pp. 175–202). Newbury Park, É.-U. : Sage Publications.
- Briere, J. (2011). *Trauma Symptom Inventory–2 (TSI–2)*. Odessa, É.-U. : Psychological Assessment Resources.

- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 609–620. <http://dx.doi.org/10.1037/h0080369>
- Briere, J., Hodges, M., & Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 767–774. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20578>
- Briere, J., & Runtz, M. (2002). The Inventory of Altered Self-Capacities (IASC): A standardized measure of identity, affect regulation, and relationship disturbance. *Assessment*, 9(3), 230–239. <http://dx.doi.org/10.1177/1073191102009003002>
- Briere, J., & Runtz, M. (2015). Dissociation in individuals denying trauma exposure: Findings from two samples. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203, 439–442. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.00000000000000303>
- Briere, J., & Scott, C. (2014). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment* (2<sup>e</sup> éd.; révisée selon le DSM-5). Thousand Oaks, É.-U. : Sage Publications.
- Bureau, J. F., Easterbrooks, M. A., & Lyons-Ruth, K. (2009). Attachment disorganization and controlling behavior in middle childhood: Maternal and child precursors and correlates. *Attachment & Human Development*, 11, 265–284. <http://dx.doi.org/10.1080/14616730902814788>
- Byun, S., Brumariu, L. E., & Lyons-Ruth, K. (2016). Disorganized attachment in young adulthood as a partial mediator of relations between severity of childhood abuse and dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17, 460–479. <http://dx.doi.org/10.1080/15299732.2016.1141149>
- Cardena, E., & Carlson, E. (2011). Acute stress disorder revisited. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 245–267. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104502>
- Carlson, E. A., Yates, T. M., & Sroufe, L. A. (2009). Dissociation and development of the self. Dans P. F. Dell & J. A. O'Neil (éds), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (p. 39–52). New York, É.-U. : Routledge/Taylor & Francis Group.
- Cheetham, A., Allen, N. B., Yücel, M., & Lubman, D. I. (2010). The role of affective dysregulation in drug addiction. *Clinical Psychology Review*, 30, 621–634. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.005>
- Choi, J., Jeong, B., Rohan, M. L., Polcari, A. M., & Teicher, M. H. (2009). Preliminary evidence for white matter tract abnormalities in young adults exposed to parental verbal abuse. *Biological Psychiatry*, 65, 227–234. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.06.022>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 20706. Publication préalable en ligne. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 25097. Publication préalable en ligne. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>e</sup> éd.). Newbury Park, É.-U. : Sage.
- Courtois, C. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 412–425. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.412>
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22, 87–108. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579409990289>
- Dugal, C., Godbout, N., Bélanger, C., Hébert, M., & Goulet, M. (2018). Cumulative childhood maltreatment and subsequent psychological violence in intimate relationships: The role of emotion dysregulation. *Partner Abuse*, 9, 18–40. <http://dx.doi.org/10.1891/1946-6560.9.1.18>
- Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunson, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105, 399–412. <http://dx.doi.org/10.1111/bjop.12046>
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry*, 22, 149–161. <http://dx.doi.org/10.1097/HRP.0000000000000014>
- Elliott, A. N., Alexander, A. A., Pierce, T. W., Aspelmeier, J. E., & Richmond, J. M. (2009). Childhood victimization, poly-victimization, and adjustment to college in women. *Child Maltreatment*, 14, 330–343. <http://dx.doi.org/10.1177/1077559509332262>
- Feeney, J. A., & Noller, P. (2004). Attachment and sexuality in close relationships. Dans J. H. Harvey, A. Wenzel, & S. Sprecher (éds), *The Handbook of sexuality in close relationships* (pp. 183–201). Mahwah, É.-U. : Erlbaum.
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1, 9. <http://dx.doi.org/10.1186/2051-6673-1-9>
- Gamache, D., & Savard, C. (2017). *Self and Interpersonal Functioning Scale*. Manuscrit inédit, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec.
- Godbout, N., Bigras, N., & Sabourin, S. (2017). *Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ)*. Questionnaire inédit, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.
- Godbout, N., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2006). Early abuse experiences and subsequent differences in couple adjustment. *Violence and Victims*, 21, 744–760. <http://dx.doi.org/10.1891/0886-6708.21.6.744>
- Groschwitz, R. C., & Plener, P. L. (2012). The neurobiology of non-suicidal self-injury (NSSI): A review. *Suicidology Online*, 3, 24–32.
- Guay, F., Morin, A. J. S., L'Italien, D., Valois, P., & Vallerand, R. J. (2015). Application of exploratory structural equation modeling to evaluate the Academic Motivation Scale. *Journal of Experimental Education*, 83, 51–82. <http://dx.doi.org/10.1080/00220973.2013.876231>
- Hanley, A. W., & Garland, E. L. (2017). Clarity of mind: Structural equation modeling of associations between dispositional mindfulness, self-concept clarity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 106, 334–339. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2016.10.028>
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86–108. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86>
- Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect*, 37, 891–898. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.001>
- Huprich, S. K., Nelson, S. M., Meehan, K. B., Siefert, C. J., Haggerty, G., Sexton, J., . . . Baade, L. (2018). Introduction of the DSM-5 levels of Personality Functioning Questionnaire. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Publication préalable en ligne.
- Hutsebaut, J., Kamphuis, J. H., Feenstra, D. J., Weekers, L. C., & De Saeger, H. (2017). Assessing DSM-5-oriented level of personality functioning: Development and psychometric evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1). *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8, 94–101. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000197>
- Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallières, F., McElroy, E., Elklit, A., . . . Cloitre, M. (2017). Variation in post-traumatic response: The role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 727–736. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-017-1350-8>

- Ilfeld, F. W., Jr. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39, 1215–1228. <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.1976.39.3f.1215>
- JASP (version 0.11.1, 2019) [Logiciel]. JASP Team. Consulté à <https://jasp-stats.org/>
- Kaufman, E. A., & Crowell, S. E. (2018). Biological and behavioral mechanisms of identity pathology development: An integrative review. *Review of General Psychology*, 22, 245–263. <http://dx.doi.org/10.1037/gpr0000138>
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York, É.-U. : Jason Aronson.
- Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (1995). *Inventory of Personality Organization (IPO)*. Manuscrit non publié, New York Hospital-Cornell Medical School, New York, É.-U.
- Kessler, R. M., Hutson, P. H., Herman, B. K., & Potenza, M. N. (2016). The neurobiological basis of binge-eating disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 63, 223–238. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.01.013>
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3<sup>e</sup> éd.). New York, É.-U. : Guilford Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. Chicago, É.-U. : University of Chicago Press.
- Lafontaine, M.-F., Brassard, A., Lussier, Y., Valois, P., Shaver, P. R., & Johnson, S. M. (2015, février 27). Selecting the best items for a short-form of the Experiences in Close Relationships Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*. Publication préalable en ligne.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 640–647. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168>
- Lee, V., & Hoaken, P. N. S. (2007). Cognition, emotion, and neurobiological development: Mediating the relation between maltreatment and aggression. *Child Maltreatment*, 12, 281–298. <http://dx.doi.org/10.1177/1077559507303778>
- Lyons-Ruth, K., Bureau, J. F., Holmes, B., Easterbrooks, A., & Brooks, N. H. (2013). Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: Prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry Research*, 206(2–3), 273–281. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.030>
- MacIntosh, H. B. (2019). *Developmental couple therapy for complex trauma: A manual for therapists*. New York, É.-U. : Routledge. <http://dx.doi.org/10.4324/9781315210940>
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. New York, É.-U. : Basic.
- Mahoney, M. J., & Lyddon, W. J. (1988). Recent developments in cognitive approaches to counseling and psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 16, 190–234. <http://dx.doi.org/10.1177/0011000088162001>
- Marsh, H. W., Morin, A. J. S., Parker, P. D., & Kaur, G. (2014). Exploratory structural equation modeling: An integration of the best features of exploratory and confirmatory factor analysis. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 85–110. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153700>
- Marsh, H. W., Muthén, B., Asparouhov, T., Lüdtke, O., Robitzsch, A., Morin, A. J. S., & Trautwein, U. (2009). Exploratory structural equation modeling, integrating CFA and EFA: Application to students' evaluations of university teaching. *Structural Equation Modeling*, 16, 439–476. <http://dx.doi.org/10.1080/10705510903008220>
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1992). Constructivist self-development theory: A theoretical framework for assessing and treating traumatized college students. *Journal of American College Health*, 40, 189–196. <http://dx.doi.org/10.1080/07448481.1992.9936281>
- McCann, L., & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*. Philadelphia, É.-U. : Brunner/Mazel.
- Messman-Moore, T. L., Walsh, K. L., & DiLillo, D. (2010). Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 34, 967–976. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.06.004>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2017). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and Change* (2<sup>e</sup> éd.). New York, É.-U. : Guilford Press.
- Morey, L. C. (2017). Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM–5 Level of Personality Functioning Scale. *Psychological Assessment*, 29, 1302–1308. <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000450>
- Morin, J. S., Arens, A. K., & Marsh, H. W. (2016). A bifactor exploratory structural equation modeling framework for the identification of distinct sources of construct-relevant psychometric multidimensionality. *Structural Equation Modeling*, 23, 116–139. <http://dx.doi.org/10.1080/10705511.2014.961800>
- Morin, J. S., Marsh, H. W., & Nagengast, B. (2013). Exploratory structural equation modeling: An introduction. Dans G. R. Hancock & R. O. Mueller (éds), *Structural Equation Modeling: A second course* (2<sup>e</sup> éd., pp. 395–436). Greenwich, É.-U. : IAP.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998–2015). *Mplus user's guide* (7<sup>e</sup> éd.). Los Angeles, É.-U. : Auteurs.
- Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Dupont, G., Poitras, K., Foelsch, P., & Clarkin, J. (2002). Évaluation de la validité théorique de l'Inventaire de l'organisation de la personnalité. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 34, 59–65.
- Pascuzzo, K., Cyr, C., & Moss, E. (2013). Longitudinal association between adolescent attachment, adult romantic attachment, and emotion regulation strategies. *Attachment & Human Development*, 15, 83–103. <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2013.745713>
- Prévaille, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1991). *La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé Québec*. Québec, QC : Santé Québec.
- Schmeck, K., Schlüter-Müller, S., Foelsch, P. A., & Doering, S. (2013). The role of identity in the DSM–5 classification of personality disorders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7, 27. <http://dx.doi.org/10.1186/1753-2000-7-27>
- Schubert, K. O., Clark, S. R., Van, L. K., Collinson, J. L., & Baune, B. T. (2017). Depressive symptom trajectories in late adolescence and early adulthood: A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 51, 477–499. <http://dx.doi.org/10.1177/0004867417700274>
- Schwartz, S. J., Zamboanga, B. L., Wang, W., & Olthuis, J. V. (2009). Measuring identity from an Eriksonian perspective: Two sides of the same coin? *Journal of Personality Assessment*, 91, 143–154. <http://dx.doi.org/10.1080/00223890802634266>
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2006). A behavioral systems approach to romantic love relationships: Attachment, caregiving, and sex. Dans R. J. Sternberg & K. Weis (éds), *The new psychology of love* (pp. 35–64). New York, É.-U. : Yale University Press.
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 173–180. [http://dx.doi.org/10.1207/s15327906mbr2502\\_4](http://dx.doi.org/10.1207/s15327906mbr2502_4)
- Terr, L. (1990). *Too scared to cry*. New York, É.-U. : Basic Books.
- Tucker, L. R., & Lewis, C. (1973). A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*, 38, 1–10. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02291170>
- Ullman, J. B. (2001). Structural equation modeling. In B. G. Tabachnick & L. S. Fidell (éds.), *Using multivariate statistics* (4th ed., pp. 653–771). New York, NY: Allyn & Bacon.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Psychologie canadienne*, 30, 662–680. <http://dx.doi.org/10.1037/h0079856>

- Van der Kolk, B. A., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry, 75*(6), e559–e565. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.13m08561>
- Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology, 11*, 225–249.
- Van Vugt, E. I., Lanctôt, N., Paquette, G., Lemieux, A., & Ream, F. (2017). La transition des jeunes femmes hors des centres de réadaptation : mieux comprendre le rôle de l'agression sexuelle sur des mineures et des symptômes liés au trauma. *Criminologie, 50*, 127–155. <http://dx.doi.org/10.7202/1039799ar>
- Wheeler, H. A., Adams, G. R., & Keating, L. (2001). Binge eating as a means for evading identity issues: The association between an avoidance identity style and bulimic behavior. *Identity: An International Journal of Theory and Research, 1*, 161–178. [http://dx.doi.org/10.1207/S1532706XID0102\\_04](http://dx.doi.org/10.1207/S1532706XID0102_04)
- Zhai, Z. W., Yip, S. W., Lacadie, C. M., Sinha, R., Mayes, L. C., & Potenza, M. N. (2019). Childhood trauma moderates inhibitory control and anterior cingulate cortex activation during stress. *NeuroImage, 185*, 111–118. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroimage.2018.10.049>

Reçu le 15 juillet 2018

Révision reçue le 4 décembre 2019

Accepté le 5 décembre 2019 ■

### **E-Mail Notification of Your Latest CPA Issue Online!**

Would you like to know when the next issue of your favorite Canadian Psychological Association journal will be available online? This service is now available. Sign up at <https://my.apa.org/portal/alerts/> and you will be notified by e-mail when issues of interest to you become available!

---

### **Avis par courriel de la disponibilité des revues de la SCP en ligne!**

Vous voulez savoir quand sera accessible en ligne le prochain numéro de votre revue de la Société canadienne de psychologie préférée? Il est désormais possible de le faire. Inscrivez-vous à <https://my.apa.org/portal/alerts/> et vous serez avisé par courriel de la date de parution en ligne des numéros qui vous intéressent!