



COMMENT INCLURE LES PROCHES DANS LA DÉMARCHE DES PERSONNES AYANT VÉCU UNE AGRESSION SEXUELLE QUI SUIVENT UN TRAITEMENT POUR LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE, L'INSOMNIE ET LES CAUCHEMARS ?

Félicie Gingras, Nohad Majani, Samuel Gagné, Clara Deudon, Jessica Lebel et
Geneviève Belleville

Université Laval, École de psychologie

Les personnes ayant vécu une agression sexuelle (AS) sont à risque de développer un trouble de stress post-traumatique (TSPT). L'efficacité des thérapies d'approche cognitivo-comportementale (TCC) qui incluent un proche a été démontrée pour traiter le TSPT des personnes ayant vécu une AS. Par contre, peu d'études s'est intéressé aux manières de les inclure. L'objectif de la présente étude est donc de documenter la perception des personnes en traitement et de leurs proches concernant une inclusion efficace dans la démarche thérapeutique. Nous avons adopté un cadre conceptuel phénoménologique et réalisé des entrevues semi-structurées avec des participants (n = 6) qui ont suivi une TCC traitant le TSPT, l'insomnie et les cauchemars ainsi qu'avec leurs proches (n = 7). Une analyse thématique des entrevues a permis d'identifier quatre thèmes : les attentes envers les proches, la manière de les inclure, la motivation du proche ainsi que le lien entre lui et la personne ayant vécu l'AS.

See end of text for English abstract.

Mots-clés : Inclusion, proche, agression sexuelle, TSPT, thérapie cognitivo-comportementale.

Correspondance : Geneviève Belleville, École de psychologie, Université Laval, 2325, rue des Bibliothèques, Québec (Québec), G1V 0A6, Canada.
Courriel : genevieve.belleville@psy.ulaval.ca

Introduction

L'agression sexuelle (AS) est définie, par le ministère de la Santé et des Services (MSSS ; 2001), comme un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement d'une personne visée. Elle vise à assujettir l'autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la menace. Les conséquences des AS sont nombreuses et affectent sévèrement le fonctionnement psychologique, physique et social (MSSS, 2001). Dans leur méta-analyse portant sur 22 études, Dworkin et ses collègues (2023) ont observé, chez des personnes ayant vécu une AS à l'adolescence ou à l'âge adulte, des taux de trouble de stress post-traumatique (TSPT) de 75 % un mois après l'AS et de 42% après un an. L'AS est aussi associée aux tentatives de suicide, à des troubles de la santé physiologique, aux troubles anxieux, dépressifs, du sommeil et de l'utilisation des substances (Carey et al., 2018 ; Chen et al., 2010 ; Lang et al., 2003 ; Paras et al., 2009).

Il existe un paradoxe alarmant chez les personnes victimes d'AS adultes: alors qu'elles subissent des conséquences nombreuses et sévères de l'AS sur leur fonctionnement, elles bénéficient d'un moins bon soutien social que les victimes d'autres types d'événements traumatiques (Seibold-Simpson et al., 2021). L'AS affecte aussi la relation entre la personne qui l'a vécue et ses proches. Certaines personnes ne souhaitent pas révéler leur expérience par peur de subir de l'hostilité ou de se faire blâmer. En soi, le dévoilement peut affecter la relation ; il peut entraîner des sentiments de colère, de culpabilité, d'impuissance et un désir de vengeance chez le proche (Ahrens et Campbell, 2000 ; Connop et Petrak, 2004). Chez les partenaires amoureux masculins, ces émotions peuvent nuire à leur capacité à offrir un soutien émotionnel à la personne survivante (Connop et Petrak,

2004). Ces difficultés peuvent entraîner des problèmes de communication, des doutes et la détérioration de la relation. Les réactions face au dévoilement et le soutien subséquent sont généralement prédits par la qualité perçue de la relation avec le proche (Ahrens et al., 2012). Les réactions positives au dévoilement de l'AS renforcent la relation et sont bénéfiques au rétablissement de la personne (Ahrens et al., 2009) alors que, inversement, les réactions défavorables nuisent au rétablissement (Ullman, 1999). Les réactions négatives de l'entourage sont associées à des niveaux plus élevés de symptômes du TSPT et à de mauvaises stratégies d'adaptation (p. ex., l'abus de substance) comparativement à celles qui bénéficient de réactions plus positives (Ullman, 2000). Decou et ses collègues (2019) rapportent que le sentiment de honte ressenti par la personne survivante a un effet médiateur sur les réactions sociales négatives au dévoilement et sur les symptômes du TSPT. La détresse psychologique est ainsi plus élevée lorsque les réactions sociales au dévoilement de l'AS sont négatives.

En plus de ces conséquences sur la relation avec leurs proches, une étude a observé que les personnes survivantes d'une AS, peu importe l'âge à laquelle celle-ci est survenue, ont un moins bon réseau social, un soutien social moindre de la part de leurs proches et une fréquence de contacts avec eux réduite de moitié (Golding, 2002). Or, plusieurs méta-analyses démontrent l'importante association entre le soutien social et les difficultés psychologiques à la suite d'un événement traumatique. Brewin et ses collaborateurs (2000) ont observé que le manque de soutien social est le plus grand facteur de risque pour le développement d'un TSPT, et ce, sans égard au type d'événement traumatique. À ce constat s'ajoute l'étude d'Ozer et ses collaborateurs (2003) qui souligne qu'il est le deuxième facteur le plus important expliquant l'apparition de difficultés de santé mentale en général. Une dernière méta-analyse, étudiant le TSPT chez les anciens combattants, révèle un effet protecteur du soutien social quant au développement d'un TSPT (Wright et al., 2013). Ces études démontrent l'importance cruciale du soutien social pour réduire les conséquences sur leur santé.

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est le traitement recommandé en première ligne pour le TSPT (Bisson et al., 2019). Comme des difficultés de sommeil sont souvent comorbides au TSPT, la TCC pour l'insomnie (TCC-I; Morin, 1993) et celle pour les cauchemars (Aurora et al., 2010) sont recommandées (Remadi et al., 2023). Cependant, ces traitements comportent des stratégies qui peuvent être exigeantes pour les patients et peuvent créer des difficultés d'adhésion (Taylor et al., 2012). Par exemple, la fatigue, les exigences de changements dans la routine et le manque de soutien social perçu peuvent être des facteurs augmentant les difficultés d'adhésion. Des auteurs proposent ainsi qu'un meilleur soutien social pourrait améliorer l'engagement au traitement en accentuant la motivation à poursuivre (Price et al., 2018). L'inclusion d'un proche faciliterait l'alliance

thérapeutique, ce qui augmenterait l'adhésion (Keller et al., 2010). Le soutien de la part de l'entourage est aussi associé à la diminution de la sévérité des symptômes post-traumatiques (Price et al., 2018). L'inclusion de proches au sein d'un traitement du TSPT pourrait éviter qu'il se chronicise et diminuerait la sévérité des symptômes résiduels (Leclerc et al., 2021). Les auteurs proposent que l'inclusion des proches incite la mise en pratique des compétences acquises, ce qui renforce les effets de la TCC. Cependant, aucune étude ne s'est intéressée aux perceptions des personnes ayant vécu l'AS sur la manière d'inclure le proche. Par exemple, faut-il que le proche assiste aux rencontres? Doit-il accompagner la personne dans ses exercices? Comment choisir le proche à inclure? Plusieurs études proposent le conjoint; d'autres avancent l'importance de se tourner vers des relations significatives au-delà du couple (Leclerc et al., 2021). Ahrens et ses collègues (2012) argumentent que la qualité perçue de la relation serait déterminante dans le choix du proche et proposent plutôt de laisser le choix aux personnes survivantes.

En somme, compte tenu des conséquences importantes des AS, des difficultés d'adhésion et des avantages d'un bon soutien social, l'inclusion des proches pourrait optimiser l'efficacité de la TCC chez les personnes qui ont vécu une AS durant leur adolescence ou à l'âge adulte. De nombreuses études démontrent la pertinence et l'efficacité de l'inclusion des proches, mais peu de données sont disponibles quant aux perceptions des personnes qui suivent le traitement et de leurs proches. La présente étude a pour but de recueillir les perceptions des personnes en thérapie et de leurs proches concernant 1) le choix du/des proche(s) à inclure et leurs caractéristiques, 2) la manière de les inclure et 3) les attentes envers ceux-ci par les personnes survivantes.

Méthode

Participants. La présente étude s'inscrit dans un projet de plus grande envergure visant à évaluer un traitement séquentiel du TSPT, de l'insomnie et des cauchemars auprès de personnes ayant vécu une AS. Les résultats de cette étude ont démontré la pertinence de combiner ces TCC pour réduire les symptômes chez les personnes ayant vécu une AS (Belleville et al., 2023). Les personnes participantes ont été recrutées par le biais d'une annonce diffusée par courriel sur les listes adressées au personnel et au corps étudiants de l'Université Laval. L'annonce a été affichée dans le Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de la ville de Québec.

Les critères d'inclusion pour la présente étude étaient 1) d'avoir participé au traitement du TSPT, de l'insomnie et des cauchemars (sans nécessairement l'avoir complété) et 2) d'avoir un proche informé de cette démarche thérapeutique. De plus, pour être inclus dans l'étude principale, les participants devaient 1) avoir vécu une AS à l'adolescence ou à l'âge adulte (après leur 12^e

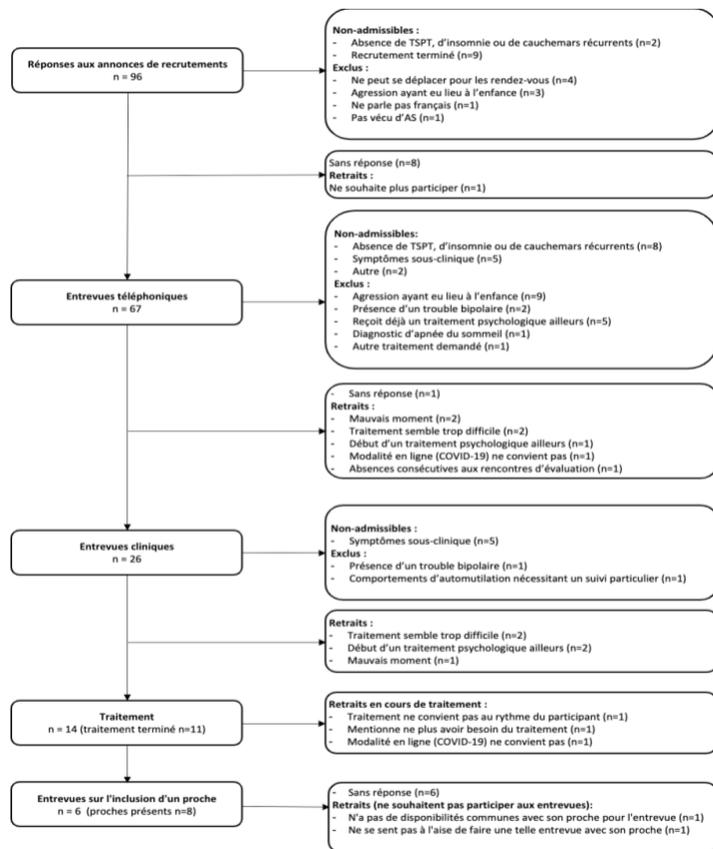
anniversaire); 2) satisfaire les critères diagnostiques du TSPT, évalué à l'aide du *Clinician Administered Post-Traumatic Stress Disorder Scale* (CAPS-5; Weathers et al., 2018), du trouble d'insomnie, sans égard au critère H (absence de troubles coexistants expliquant l'insomnie), évalué à l'aide de l'*Insomnia Interview Schedule* (IIS; Morin, 1993) et du trouble des cauchemars, sans égard au critère E (absence troubles coexistants expliquant les cauchemars), évalué à l'aide de la sous-section *Sleep Disorders* de l'*Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (SCID-5; Taylor et al., 2018). Les personnes qui avaient un diagnostic de trouble bipolaire, des épisodes psychotiques passés ou actuels, un trouble de l'usage de substances graves, eu un changement de médication récent (quatre dernières semaines), utilisant de la prazosine, présentant des idées suicidaires nécessitant un suivi immédiat ou recevant un traitement psychologique n'étaient pas admissibles. Une fois le traitement complété, l'entrevue était proposée aux participants afin de répondre à des questions sur l'inclusion d'un proche choisi par ceux-ci. Seul l'âge était un critère de sélection pour les proches : tous devaient être majeurs.

Procédure. Après l'entrevue d'admissibilité, les personnes participantes ont suivi le traitement (Figure 1).

Le traitement offert se divisait en trois TCC individuelles ciblant le TSPT, l'insomnie et les cauchemars offertes en séquence à partir d'un ordre déterminé par les personnes participantes et leurs thérapeutes, doctorantes en psychologie. Lors du traitement, il n'y avait pas d'indication pour inclure un proche. En raison de la mise en place des mesures sanitaires de la COVID-19, environ la moitié des personnes participantes ont reçu leur traitement au moins partiellement en personne (n = 6 ; deux participants ont également eu respectivement 5 et 15 séances à distance), tandis que les autres (n = 8) ont suivi le traitement entièrement à distance. Après le traitement, toutes les personnes participantes étaient invitées aux entrevues en visioconférence (n = 14 ; Figure 1) ; six ont participé aux entrevues. Des thérapeutes différentes de celles ayant offert le traitement conduisaient les entrevues afin de favoriser l'ouverture à discuter de difficultés potentielles vécues lors de la thérapie. La première partie de l'entrevue, d'une durée de 20 minutes, visait à comprendre l'expérience du proche lors du traitement et se déroulait en l'absence de la personne participante. Lors de la deuxième partie, la personne joignait son proche pour l'entrevue. Cette section, d'une durée approximative de 40 minutes, visait à explorer leurs perceptions des différents aspects à considérer lors de l'inclusion d'un proche dans un traitement.

Figure 1

Processus de sélection des personnes participantes au traitement de l'étude principale et aux entrevues sur l'inclusion d'un proche



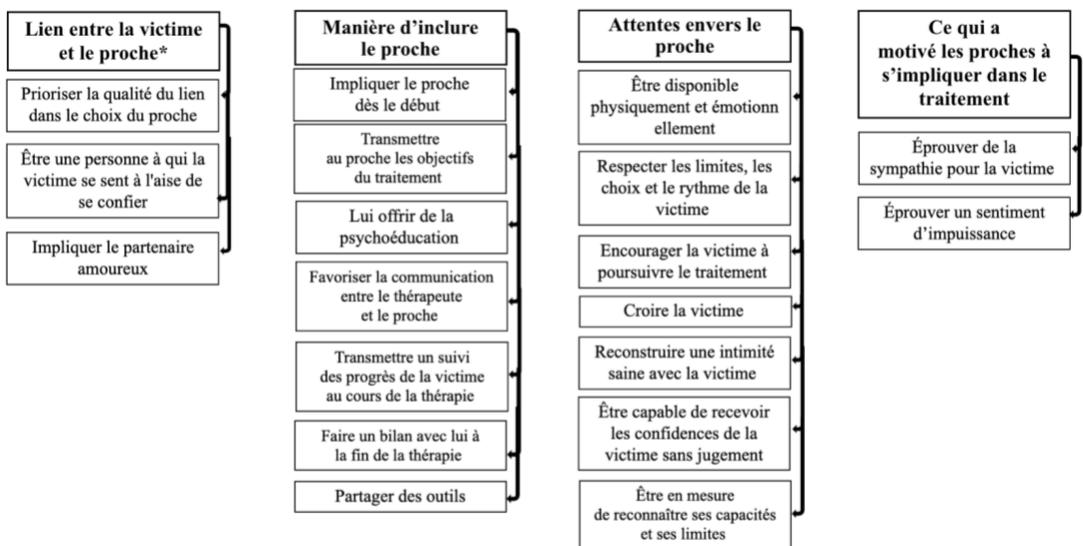
Mesures. Les entretiens semi-structurés étaient menés à partir d'un canevas conçu par l'équipe de recherche. Le concept « d'inclusion d'un proche en thérapie » n'a pas été défini dans les entretiens ; toutes formes d'inclusion en thérapie pouvaient être discutées (p. ex., accompagner la personne participante dans ses exercices). Les thérapeutes étaient libres d'explorer certains sujets abordés pour bonifier les données. Pendant la première partie de l'entretien, les proches ont répondu à quatre questions : (1) *Étiez-vous au courant que (la personne) obtenait un traitement ?* (2) *Aviez-vous déjà encouragé (la personne) à rechercher de l'aide ou à obtenir un traitement ?* (3) *Avez-vous été inclus dans le processus de traitement ?* (4) *Aviez-vous été chercher de l'information sur la situation de (la personne) ?* Lors de la deuxième partie, les personnes participantes et leurs proches ont répondu à six questions ouvertes : (1) *De quelle manière pensez-vous que l'inclusion d'un proche dans le processus doit être faite ?* (2) *Selon vous, en général, quel rôle les proches devraient-ils jouer dans le processus ?* (3) *Selon vous, est-ce que certains types de proches (partenaire amoureux, famille, amis) seraient plus appropriés que d'autres pour l'accompagnement ?* (4) *Selon vous, qu'est-ce qui serait à ne pas faire lors de l'inclusion des proches ?* (5) *Nous recevons parfois des appels de personnes qui veulent aider une autre personne ayant subi une agression sexuelle alors que cette dernière ne souhaite pas entreprendre de démarches à ce moment. À quel point est-ce une situation que vous avez vécue ?* (6)

Quelles ressources dédiées aux proches devraient être mises à leur disposition ?

Analyses. Le cadre conceptuel phénoménologique a été retenu puisque ce devis vise à comprendre en profondeur l'expérience subjective des participants, ce qui permet de répondre aux objectifs de l'étude (O'Reilly et Cara, 2020). Les entretiens ont été transcrits et analysés séparément par deux auxiliaires de recherche qui n'avaient pas pris part à l'étude principale (FG et NM), sous la supervision de la coordonnatrice de l'étude (JL) et de la chercheuse principale (GB). Elles ont réalisé l'analyse thématique selon les lignes directrices de Braun et Clarke (2006). Elles ont identifié des codes initiaux en fonction de mots ou de sujets récurrents. Elles ont ensuite déterminé des thèmes communs, créé un arbre thématique à partir des sujets communs et des sous-thèmes. Ces définitions ont fait l'objet de plusieurs discussions entre tous les auteurs jusqu'à l'atteinte d'un consensus. Chaque nouvelle entrevue a été analysée afin d'explorer la présence de nouveaux thèmes. Cette analyse permet de vérifier si la saturation des données est atteinte (c.-à-d. lorsqu'aucun nouveau contenu n'émerge des entretiens ; Guest et al., 2006). Dans la présente étude, il y a eu saturation des données pour les quatre thèmes principaux (Figure 2). Cependant, un nouveau sous-thème a été identifié à partir de la dernière entrevue analysée, ce qui indique que la saturation des données n'a pas été complètement atteinte en ce qui concerne les sous-thèmes.

Figure 2

Thèmes et sous-thèmes des éléments mentionnés par les participants concernant l'inclusion des proches dans le traitement des personnes ayant vécu une AS



*Un participant a mentionné ne pas vouloir inclure un proche dans sa démarche thérapeutique

Résultats

Au total, six personnes participantes ont accepté de réaliser l'entrevue. Elles étaient âgées de 24 à 30 ans ($M = 25$, $ET = 4,29$). Cinq d'entre elles avaient complété le traitement et une personne l'avait quitté avant de l'avoir complété. Cinq s'identifiaient au genre féminin et un au genre masculin. L'ensemble de l'échantillon avait vécu une AS à l'âge adulte (18 ans et plus). La formation scolaire des personnes participantes était diversifiée : trois avaient un diplôme universitaire, deux avaient un diplôme d'étude secondaire et une avait un diplôme d'étude collégiale. Huit proches ont participé aux entrevues. Ils étaient âgés de 23 à 62 ans ($M = 37$, $ET = 6,08$). Quatre d'entre eux étaient les conjointes et conjoints des personnes ayant vécu une AS, deux étaient des parents de premier degré, un proche était un ami et le dernier était l'ex-conjoint de la personne participante. Au total, cinq

proches s'identifiaient au genre masculin, un proche s'identifiait à la non-binarité et deux s'identifiaient au genre féminin. Les personnes participantes étaient blanches ; aucune ne s'identifiait à un groupe minoritaire. Une personne était d'origine française et les autres étaient d'origine canadienne. Une personne était dans une relation homosexuelle et les autres étaient dans des relations hétérosexuelles.

Une entrevue a été réalisée par participant avec son ou ses proches, sauf une participante qui a fait deux entrevues avec deux proches différents (total de 7 entrevues ; Tableau 1). L'analyse thématique a fait émerger quatre thèmes : le lien entre la personne ayant vécu l'AS et le proche, la manière de l'inclure dans la démarche thérapeutique, les attentes de la personne envers le proche ainsi que la motivation du proche à s'impliquer dans la démarche (voir Figure 2).

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des personnes participantes et de leurs proches.

Numéro d'identifiant	Âge	Genre	Statut de traitement	Lien du proche avec la personne participante
Participant 1	24	Masculin	Abandon	
Proche 1	27	Non-binaire		Partenaire amoureux
Participante 2	33	Féminin	Complété	
Proche 2	35	Masculin		Conjoint
Participante 3	25	Féminin	Complété	
Proche 3a	26	Féminin		Amie
Proche 3b	23	Masculin		Ex-conjoint (conjoint au moment du traitement, mais ex-conjoint au moment de l'entrevue)
Participante 4	24	Féminin	Complété	
Proche 4	— ^a	Masculin		Conjoint
Participante 5	30	Féminin	Complété	
Proche 5a	62	Masculin		Parents
Proche 5b	59	Féminin		Parents
Participante 6	24	Féminin	Complété	
Proche 6	27	Masculin		Conjoint

Note. Les cases vides indiquent que l'information ne s'applique pas.

a. Donnée manquante.

Lien entre la personne ayant vécu une AS et le proche. La signification de la relation entre la personne survivante et son proche a été identifiée comme un élément nécessaire dans le choix du proche à inclure. Certains participants considéraient que la qualité de la relation serait plus importante que la nature du lien avec la personne survivante : « *Je suis convaincu que ça dépend de la relation du patient avec ses proches. Parce que ce n'est pas tout le monde qui a les mêmes relations avec leurs frères, ou sœurs, ou leurs amis, ou leurs parents. Je pense que c'est plus à la discrétion de la personne, puis de son entourage.* » (Ex-conjoint de la participante 3).

Plusieurs ont rapporté qu'il est primordial que le proche soit quelqu'un envers qui la personne ayant vécu l'AS ait naturellement envie de se confier : « *C'est sûr que j'étais quelqu'un à qui [Nom de la participante] pouvait en parler. J'ai été la première amie avec qui elle s'est confiée sur tout ça.* » (Amie de la participante 3).

Finalement, plusieurs ont mentionné l'importance d'inclure un partenaire amoureux, parce que l'AS peut affecter l'intimité : « *J'ai vraiment l'impression qu'une personne partenaire, c'est le meilleur type de personne à impliquer. Parce que, souvent, il y a une proximité qui est*

différente, puis il y a l'intimité qui peut être perturbée. » (Participante 2).

Manières d'inclure le proche. Les personnes ayant vécu l'AS de même que les proches ont nommé différentes manières d'inclure une personne significative dans un processus thérapeutique. Plusieurs ont mentionné qu'il serait préférable d'impliquer le proche dès le début du processus thérapeutique afin qu'il puisse bien connaître l'évolution de la thérapie et savoir à quoi s'attendre. « *Au début [...] peut-être pas l'impliquer dans le processus en tant que tel [dans la thérapie individuelle], de juste avoir une rencontre où tu proposes à la personne qui fait le processus "Est-ce qu'il y a quelqu'un de ton entourage qui est au courant ? Si oui, est-ce que cette personne-là serait intéressée à me [le thérapeute] rencontrer pour juste expliquer le processus, comment ça va fonctionner aussi." [...] Puis, juste dire, "Bien, je suis une personne-ressource, si jamais t'as des questions, ou que tu n'es pas capable de l'accompagner dans telle situation."* » (Participante 3).

Les proches ont rapporté vouloir avoir accès aux objectifs de traitement afin de mieux comprendre la démarche thérapeutique : « *Aussi, m'expliquer les objectifs du traitement. [...] Admettons... "Ah, OK, aujourd'hui, on va faire tel exercice. Puis, le but de ça, c'est d'atteindre, éventuellement, un objectif X." Tu sais, moi, ça aiderait ma compréhension de ce qui se passe. »* (Conjoint de la participante 2).

Un élément mentionné par l'ensemble des personnes participantes ainsi que leurs proches est l'importance d'offrir de la psychoéducation au proche. Fournir des outils et de la documentation facilement accessibles pour bien soutenir la personne ayant vécu l'AS a été mentionné à plusieurs reprises. « *J'aurais aimé ça, que mes parents puissent avoir accès à la psychoéducation. [...] Mais, d'une manière peut-être plus adaptée pour un proche. [...] Ne serait-ce que pour expliquer qu'est-ce qu'un TSPT, [...] le processus de la thérapie, les étapes par lesquelles la personne va passer, les possibles émotions qui pourraient survenir, pourquoi on fait ça, [...] juste la logique derrière le truc. Parce que, souvent, nos proches nous disent "Voyons, c'est bien cruel comme thérapie !" Ou bien "Pourquoi tu fais ça, ça te fait du mal, ça te fait souffrir." Mais, des fois, on n'a pas toujours les mots pour l'expliquer, ou même la force de l'expliquer.* » (Participante 5).

Un enjeu nommé par toutes les personnes participantes à l'étude est de favoriser la communication entre le proche et le thérapeute afin que celui-ci soit une ressource pour le proche, dans le but d'éviter que la personne recevant le traitement ait à jouer le rôle de psychoéducateur. « *[...] il y a des parents qui voudraient peut-être s'impliquer, mais qui attendent que la personne qui vit des problèmes leur en parle. Mais, je ne savais pas, moi-même, à quoi m'attendre. J'étais mal outillée, pour dire à mes proches*

ce qui m'attendait. On dirait que ce n'était pas moi, qui aurait fallu qui dise ça. » (Participante 5).

« *Ça allège la tâche de la personne qui est en thérapie, parce que là, je n'ai pas tout à réexpliquer. Ça demande du jus, expliquer, repasser à travers toutes les émotions que, je ne sais pas, moi, les expositions nous ont fait vivre pendant la semaine. »* (Participante 5).

La quasi-totalité des personnes participantes aux entretiens a exprimé le souhait que le proche soit informé des progrès de la personne suivant le traitement : « *[...] Je trouve que ce serait le fun, qu'on fasse un exercice de raconter comment tu t'es amélioré, puis pourquoi tu t'es amélioré, puis dans quel domaine, puis comment tu vas mieux. Je pense que ce serait rassurant, aussi, pour les proches, de voir que tu progresses.* » (Participante 5).

Une personne a mentionné que d'établir un bilan de fin de traitement avec le proche serait également souhaitable afin de s'assurer de transmettre tous les progrès effectués durant la thérapie ainsi que les nouvelles stratégies mises en place afin que la personne ayant vécu l'AS soit plus outillée face à ses difficultés : « *[...] [faire] un rappel. De voir comment ça s'est passé, peut-être, puis de faire un "wrap-up" de tout, finalement. Puis, de voir où chacun en est, aussi, dans ce processus-là, je pense que c'est important.* » (Amie de la participante 3).

Plusieurs personnes ont mentionné que le partage d'outils utilisés en thérapie avec les proches consoliderait les acquis pour éviter la rechute : « *Le partage des outils, ce serait bien. Quand j'ai perdu ma thérapeute, ça a été un gros morceau qui est parti de ma vie, parce que j'avais vraiment l'impression que c'était elle qui me tenait par la main, puis là, j'ai senti que je n'avais plus de main à tenir. Je pense que cette passation-là des outils permettrait de sentir que j'ai encore des mains qui sont là, qui peuvent être là en cas de besoin. Même si je n'y fais pas appel, le fait de sentir qu'il y en a encore, ça peut juste être suffisant, des fois, pour ne pas retomber. Pour ne pas se sentir complètement perdue, ou toute seule à nouveau.* » (Participante 5).

Les attentes envers le proche. Une fois que la personne participante au traitement exprime l'intérêt d'inclure son proche dans sa démarche, elle nourrit certaines attentes envers lui. Toutes les personnes participantes ont mentionné l'importance de la disponibilité physique et émotionnelle pour soutenir la personne ayant vécu l'AS : « *[...] Ne serait-ce que passer 45 minutes dans le stationnement à regarder [un endroit public rappelant l'AS dans le cadre d'un exercice d'exposition], avec quelqu'un qui ne s'implique pas verbalement ni physiquement, mais qui est simplement là, pour supporter, en présence. [...] C'est important de choisir quelqu'un qui va être capable d'agir de cette manière-là, puis, aussi, la disponibilité de la personne.* » (Conjoint de la participante 2).

Il a été soulevé par tous que le proche à inclure devrait respecter les limites, les choix et le rythme de la personne ayant vécu l'AS. Il leur semblait important de ne pas perdre de vue qu'il s'agit d'une thérapie individuelle, même si le proche est impliqué, et que la personne ayant vécu une AS doit être priorisée : « *Centraliser sur le patient, et non pas sur les proches. C'est important que ça reste là, puis comme [Nom de la participante] a dit, si l'autre personne [le proche] a besoin de soutien, bien, il faudrait qu'elle aille en chercher elle-même, parce que ce n'est pas le but de son intervention à elle [la participante].* » (Amie de la participante 3).

À plusieurs reprises, il a été mentionné que le proche peut encourager la personne ayant vécu une AS à poursuivre le traitement dans les moments plus difficiles (p. ex, exercices d'exposition) : « *Je pense que le proche peut beaucoup aider à ce que l'on ait la régularité dans les exercices, puis qu'il soit capable de nous encourager à les faire le plus possible.* » (Participante 2).

Une autre attente envers la personne significative est de croire la personne ayant vécu l'AS : « *[...] le point numéro un qui est important quand on reçoit une confiance d'une personne qui a été agressée sexuellement c'est de croire la personne qui est en train de te faire ce tableau-là.* » (Participante 5).

Quelques personnes ont mentionné que la personne significative peut aider à reconstruire l'intimité : « *Peut-être que les proches peuvent être inclus pour reconstruire une notion d'intimité qui est plus saine. [...] il pourrait y avoir une rencontre avec une personne significative avec qui on a de l'intimité [...] puis essayer de trouver les limites.* » (Participante 2).

La quasi-totalité des personnes participantes aux entretiens ont mentionné que le proche à inclure devait être en mesure de recevoir les confidences de la personne ayant vécu une AS et ce, sans jugement : « *[...] J'étais super à l'aise, qu'elle en discute avec moi, puis, encore aujourd'hui, ce n'est pas un sujet tabou entre nous deux. Elle peut en parler n'importe quand, puis, je pense qu'elle sait qu'elle peut en parler sans jugement puis, ça fonctionne.* » (Conjoint de la participante 6).

Il semble qu'avant de s'engager dans le processus, le proche doit aussi reconnaître ses capacités et ses limites pour assurer son rôle de soutien de façon continue : « *Parce que, tu sais, des fois, le monde peut dire "Oui, moi, je suis capable" puis, à un moment donné, ils sont rendus à la moitié, ou même pas un quart, puis ils sont comme "C'est trop pour moi."* » (Conjoint de la participante 6).

« *La première règle qui devrait être, c'est "est-ce que tu es sûr et certain de vouloir accompagner ton proche jusqu'à la fin?" Si la personne se fait abandonner, ou lâcher de même, à la moitié de son traitement, bien, la personne va être triste encore plus de ce qu'elle peut surmonter dans les épreuves qu'on lui a demandé de faire.*

Fait que, ça ne l'aiderait pas, ça va encore plus l'amener à se dire "Ah, je vais abandonner ma thérapie, je n'ai plus personne pour le faire." » (Conjoint de la participante 6)

Ce qui a motivé les proches à s'impliquer dans le traitement. Les sources de motivation qui ont incité les proches à vouloir être inclus ont été soulevées en entrevue. Il est à noter que la présente étude n'avait pas comme objectif de recueillir des recommandations générales de ce qui devrait inciter un proche à participer, mais plutôt de comprendre les raisons de leurs implications dans le traitement de la personne ayant vécu l'AS.

Le fait d'éprouver de la sympathie envers la personne qui a vécu l'AS a été une motivation mentionnée par plusieurs proches : « *Ça reste que mon amie a vécu quelque chose qui est désagréable. Donc, ça venait tout le temps me chercher, aussi.* » (Amie de la participante 3).

Vivre un sentiment d'impuissance envers quelqu'un qui leur est important est aussi un moteur de motivation abordé : « *Quoi faire ? Qu'est-ce qu'on peut lui donner ? Qu'est-ce qu'on peut lui dire ? Est-ce que c'est bien de rester juste à côté puis de le regarder pleurer ? Est-ce que c'est bien de la coller ? [...] comment réagir par rapport à une situation de crise ? ... On perd la patience, on n'est pas capable de l'aider fait qu'on est comme, je fais quoi, je fais quoi, je fais quoi ?* » (Participante 4).

Ne pas impliquer de proches. Notons enfin qu'une personne a mentionné la préférence de ne pas impliquer un proche dans le processus au-delà de l'informer de sa thérapie : « *Je me serais senti dépossédé de ma thérapie. J'ai peur qu'en incluant un proche, ça se transforme en thérapie de la relation.* » (Participant 1). Certaines personnes pourraient ne pas voir d'avantages à inclure un proche dans leur démarche thérapeutique. D'ailleurs, une personne participante au traitement a refusé l'entrevue, car elle ne sentait pas à l'aise de se prêter à un tel exercice avec un proche (Figure 1).

Discussion

La présente étude avait pour but de documenter la perception des personnes qui ont vécu une AS, à l'adolescence ou à l'âge adulte, et de leurs proches concernant la manière d'inclure ces derniers dans leur démarche thérapeutique. L'analyse thématique des entrevues réalisées a permis de dégager quatre enjeux à considérer lors de l'inclusion dans la thérapie ciblant le TSPT et les difficultés de sommeil après une AS.

Le premier thème est le lien entre la personne participante et son proche. Les études antérieures se sont majoritairement intéressées à l'inclusion des partenaires amoureux (Leclerc et al., 2021). Le partenaire amoureux a été identifié comme un proche important à inclure dans la présente étude, surtout lorsque la personne ayant vécu l'AS sent le besoin de rebâtir son intimité avec l'autre. Toutefois, de manière générale, il ne semble pas y avoir un proche en particulier à inclure ; l'importance est plutôt mise sur le sentiment d'être confortable, en confiance pour

se confier à l'autre et d'entretenir une relation de qualité. Ces résultats concordent avec ceux d'Ahrens et ses collaborateurs (2012) qui soulignent que les réactions des proches quant à l'AS sont plus positives lorsque la relation est de qualité. La qualité de la relation serait aussi associée à une plus grande réduction des symptômes de TSPT pendant le traitement (Fredette et al., 2016). La personne significative à inclure pourrait différer d'une personne participante à l'autre, d'où l'importance de laisser le choix à la personne suivant le traitement (Ahrens et al., 2012).

Un deuxième thème soulevé porte sur les différentes manières d'inclure le proche dans la thérapie. La revue de la littérature de Leclerc et ses collègues (2021) identifie la présence du proche dans les séances thérapeutiques comme la plus commune. Selon ces chercheurs, cette manière d'inclure un proche aurait un impact positif sur la diminution des symptômes de TSPT à long terme. Dans la présente étude, les personnes participantes ont souligné la pertinence d'inclure le proche à la première séance pour clarifier les rôles de chacun. Cependant, certaines personnes participantes ont soulevé la crainte que la thérapie devienne une thérapie commune si le proche est présent à chaque rencontre. Cette manière n'est peut-être pas nécessaire ni souhaitable. D'autres façons d'inclure le proche ont été rapportées, comme transmettre les objectifs du traitement, offrir de l'éducation psychologique et partager un suivi des progrès.

Un troisième thème mentionné concerne les attentes que les personnes participantes présentent envers leur proche. L'importance de la disponibilité du proche, d'être cru et respecté dans ses limites, dans ses choix et dans son rythme ont été identifiés. Il est attendu des proches que ceux-ci priorisent les besoins des personnes qui suivent le traitement. Une autre attente identifiée est que les proches encouragent les personnes participantes à poursuivre le traitement. Ces encouragements favoriseraient la mise en application et la généralisation des acquis. Enfin, il était attendu des proches qu'ils soient en mesure de reconnaître leurs capacités et leurs limites. La confiance et le non-jugement ont été nommés comme des qualités importantes. En effet, les réactions négatives peuvent nuire au bien-être des personnes ayant vécu une AS (Ullman, 2000 ; Decou et al., 2019).

Le quatrième thème est la motivation du proche à être inclus dans le traitement. Dans une autre étude, portant sur une TCC pour la dépendance au jeu de hasard et d'argent, le principal facteur motivationnel identifié était de s'inquiéter pour le bien-être de la personne nécessitant les services (Nilsson et al., 2016). Ce facteur a également été nommé dans la présente étude. Deux autres facteurs ont été identifiés : éprouver de la sympathie pour la personne survivante et ressentir de l'impuissance face à la situation. Alors qu'Ahrens et ses collègues (2000) ont observé que le sentiment d'impuissance du proche peut le rendre moins disposé à offrir du soutien, ce sentiment était plutôt une source de motivation à s'impliquer dans la démarche de la personne ayant vécu l'AS dans la présente étude. Dans le

contexte précis d'une thérapie, où des stratégies concrètes pour diminuer les symptômes et des espoirs de rétablissement sont transmis, le sentiment d'impuissance pourrait ainsi être transformé en motivation.

La présente étude comporte plusieurs implications cliniques. L'ensemble de l'échantillon, à l'exception d'un participant, a mentionné la pertinence d'inclure un proche dans le traitement des personnes ayant vécu une AS à l'adolescence ou à l'âge adulte. Ainsi, le thérapeute pourrait explorer la volonté de ses clients à inclure un proche et, ensuite, les accompagner dans leur choix de proche à inclure, en fonction de la qualité de leur relation. Or, la présence de trois acteurs clés dans cette démarche — le client, son proche et le thérapeute — requiert un travail de concertation et de clarification des rôles. Les résultats soulignent l'importance de ne pas perdre de vue le client ; ses besoins doivent être priorités. Outre inviter le proche à certaines rencontres de thérapie, le thérapeute peut partager des informations sur le TSPT et sur les stratégies thérapeutiques utilisées afin d'optimiser son rôle de soutien pour le client. Par exemple, lors de l'utilisation de l'exposition prolongée, le soutien du proche pourrait d'ailleurs être particulièrement pertinent dans la complétion des exercices d'exposition. Enfin, il importe que le proche évalue ses capacités à répondre aux besoins de la personne suivant le traitement, afin d'éviter le retrait brusque de son soutien en cours de thérapie.

Les résultats de la présente étude doivent être interprétés à la lumière de certaines limites. D'abord, l'échantillon incluait seulement six personnes ayant vécu une AS et sept proches. Les personnes participantes étaient majoritairement des femmes, blanches et hétérosexuelles. La moitié des proches choisis étaient des partenaires amoureux masculins. D'autres points de vue concernant l'inclusion de proches dans la démarche thérapeutique pourraient être recueillis auprès d'un échantillon plus hétérogène. En effet, malgré l'homogénéité des caractéristiques sociodémographiques des participants, la saturation des données n'a pas été observée pour les sous-thèmes de l'analyse de contenu. De plus, les résultats sont vraisemblablement affectés d'un double biais de sélection ; il est probable que des personnes favorables à l'intervention proposée aient participé à l'étude de traitement initiale et que des personnes favorables à l'inclusion de proches dans leur thérapie aient accepté l'entrevue. Néanmoins, un avis divergent dans les résultats a été observé, ainsi qu'un refus de participation, documentant sommairement le fait que certaines personnes puissent refuser d'inclure des proches dans leur démarche. Le critère d'inclusion nécessitant d'avoir un proche informé ou investi dans la démarche a pu limiter le recrutement. En effet, la littérature souligne que les personnes ayant vécu une AS bénéficient de moins de soutien social (Golding et al., 2002). Au-delà de leur volonté d'inclure un proche, une telle personne de confiance n'est peut-être pas disponible dans leur entourage.

Malgré ces limites, la force principale de cette étude est de présenter de rares observations qualitatives auprès de personnes et de leurs proches ayant fait l'expérience d'une TCC. Plusieurs types de relations entre la personne ayant vécu l'AS et le proche ont été représentés ; bien que la majorité des binômes étaient des conjoints, certaines ont réalisé l'entrevue avec une amie ou leurs parents. En laissant le choix aux participants, différents proches ont pu être inclus dans l'étude, et ce, malgré la petite taille de l'échantillon. Une autre force de l'étude est d'avoir questionné l'opinion des proches en plus de celle des personnes ayant participé au traitement. D'autres études ont rapporté que certains proches ressentent de l'impuissance face à une personne de leur entourage qui vit de la détresse psychologique à la suite d'une AS (Ahrens et al., 2000). La plupart des services s'adressent à ces dernières et peu ou pas du tout à leur entourage. Créer de nouvelles manières de s'impliquer dans la démarche thérapeutique pourrait être un moyen de diminuer ce sentiment d'impuissance.

En conclusion, la présente étude a permis de documenter la perception des personnes suivant une TCC pour un TSPT et des difficultés de sommeil après une AS à l'adolescence ou à l'âge adulte, et de leurs proches, concernant les meilleures façons d'inclure ces derniers dans la démarche thérapeutique. Une variété de perspectives a été explorée pour identifier les proches à inclure, les manières de les inclure ainsi que les attentes envers ceux-ci. Il a été mentionné que le proche à inclure devrait préférablement être une personne de confiance qui entretient une relation de qualité avec la personne ayant vécu l'AS. Il serait important que la personne recevant le traitement puisse proposer la manière d'inclure son proche et que celui-ci priorise les besoins de la personne ayant vécu l'AS. Les résultats suggèrent que l'inclusion d'un proche dans le processus thérapeutique auprès d'une personne ayant vécu une AS et ayant un TSPT pourrait faire l'objet d'une évaluation individualisée dans une approche collaborative entre le client et le thérapeute. Il serait pertinent de répliquer cette étude qualitative avec un plus grand échantillon pour recueillir une plus grande diversité des points de vue. Ensuite, des protocoles à cas unique ou des essais cliniques permettraient d'examiner si différentes façons d'inclure les proches permettent de moduler l'efficacité ainsi que l'adhésion aux traitements.

Abstract

People who have experienced sexual assault (SA) are at risk of developing post-traumatic stress disorder (PTSD). Cognitive-behavioral therapies (CBT) that include a significant other have been shown to be effective in treating PTSD in people who have experienced SA. However, few studies have looked at how to include them. The aim of the present study was therefore to document the perceptions of people undergoing treatment and their significant others regarding effective inclusion in the therapeutic process. We adopted a phenomenological conceptual framework and conducted semi-structured interviews with participants (n = 6) who had undergone CBT treating PTSD, insomnia and nightmares, as well as with their significant others

(n = 7). A thematic analysis of the interviews identified four themes: expectations of significant others, how to include them, motivation of the significant other, and the relationship between the significant other and the person who experienced SA.

Keywords: Inclusion, significant other, sexual assault, PTSD, cognitive-behavioral therapy.

Références

- Ahrens, C. E., & Campbell, R. (2000). Assisting rape victims as they recover from rape: the impact on friends. *Journal of Interpersonal Violence, 15*, 959–986.
- Ahrens, C. E., Cabral, G., & Abeling, S. (2009). Healing or hurtful: sexual assault survivors' interpretations of social reactions from support providers. *Psychology of Women Quarterly, 33*(1), 81–94. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2008.01476.x>
- Ahrens, C. E., & Aldana, E. (2012). The ties that bind: understanding the impact of sexual assault disclosure on survivors' relationships with friends, family, and partners. *Journal of Trauma & Dissociation, 13*(2), 226–243. <https://doi.org/10.1080/15299732.2012.642738>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5e éd.). Elsevier Masson.
- Aurora, R. N., Zak, R. S., Auerbach, S. H., Casey, K. R., Chowdhuri, S., Karippot, A., Maganti, R. K., Ramar, K., & Kristo, D. A. (2010). Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 6*(4), 389–402.
- Belleville, G., Lebel, J. & Audet, J.S. (2023). *An exploratory study of patient preference-based sequential CBT intervention for PTSD, insomnia and nightmares after sexual assault*. [document soumis pour publication]. École de Psychologie, Université Laval.
- Bisson, J. I., Berliner, L., Cloitre, M., Forbes, D., Jensen, T. K., Lewis, C., Monson, C. M., Olf, M., Pilling, S., Riggs, D. S., Roberts, N. P., & Shapiro, F. (2019). The international society for traumatic stress studies new guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: methodology and development process. *Journal of Traumatic Stress, 32*(4), 475–483. <https://doi.org/10.1002/jts.22421>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology, 3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748–766.

- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., Elamin, M. B., Seime, R. J., Shinozaki, G., Prokop, L. J., & Zirakzadeh, A. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7), 618–29. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0583>
- Carey, K. B., Norris, A. L., Durney, S. E., Shepardson, R. L., & Carey, M. P. (2018). Mental health consequences of sexual assault among first-year college women. *Journal of American College Health: J of Ach*, 66(6), 480–486. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1431915>
- Connop, V., & Petrak, J. (2004). The impact of sexual assault on heterosexual couples. *Sexual & Relationship Therapy*, 19(1), 29–38. <https://doi.org/10.1080/14681990410001640817>
- DeCou, C. R., Mahoney, C. T., Kaplan, S. P., & Lynch, S. M. (2019). Coping self-efficacy and trauma-related shame mediate the association between negative social reactions to sexual assault and ptsd symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(1), 51–54.
- Dworkin, E. R., Jaffe, A. E., Bedard-Gilligan, M., & Fitzpatrick, S. (2023). Ptsd in the year following sexual assault: a meta-analysis of prospective studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(2), 497–514. <https://doi.org/10.1177/15248380211032213>
- Fredette, C., El-Baalbaki, G., Palardy Véronique, Rizkallah, E., & Guay Stéphane. (2016). Social support and cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Traumatology*, 22(2), 131–144.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Golding, J. M., Wilsnack, S. C., & Cooper, M. L. (2002). Sexual assault history and social support: six general population studies. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 187–197. <https://doi.org/10.1023/A:1015247110020>
- Keller, S. M., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2010). Understanding factors associated with early therapeutic alliance in ptsd treatment: adherence, childhood sexual abuse history, and social support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 974–979.
- Leclerc, M.-È., Paradis, A., Dewar, M., & Fortin, C. (2021). The involvement of a significant other in the treatment of posttraumatic disorder: a systematic review. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4). <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100188>
- Lang, A. J., Rodgers, C. S., Laffaye, C., Satz, L. E., Dresselhaus, T. R., & Stein, M. B. (2003). Sexual trauma, posttraumatic stress disorder, and health behavior. *Behavioral Medicine (Washington, D.c.)*, 28(4), 150–8.
- Ministère de la santé et des services sociaux. Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle (2001). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-807-1.pdf>
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia: psychological assessment and management*. New York: Guilford Press.
- Nilsson, A., Magnusson, K., Carlbring, P., Andersson, G., & Hellner Gumpert, C. (2016). Effects of added involvement from concerned significant others in internet-delivered cbt treatments for problem gambling: study protocol for a randomised controlled trial. *Bmj Open*, 6(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011974>
- Paras, M. L., Murad, M. H., Chen, L. P., Goranson, E. N., Sattler, A. L., Colbenson, K. M., Elamin, M. B., Seime, R. J., Prokop, L. J., & Zirakzadeh, A. (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 302(5), 550–61. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1091>
- Price, M., Lancaster, C. L., Gros, D. F., Legrand, A. C., van Stolk-Cooke, K., & Acierno, R. (2018). An examination of social support and ptsd treatment response during prolonged exposure. *Psychiatry*, 81(3), 258–270. <https://doi.org/10.1080/00332747.2017.1402569>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52–52. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
- O'Reilly, L. et Cara, C. (2020). La phénoménologie selon l'école de pensée de Husserl : Survol des notions épistémologiques et applications de la méthode investigation relationnelle caring pour mieux comprendre infirmière d'« être avec » la personne soignée en réadaptation. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes, 2^e édition : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd., p.33-58). Presses de l'Université du Québec.
- Remadi, M., Dinis, S., Bernard, L., Defontaine, D., Boussaud, M., Chennaoui, M., & Saguin, E. (2023). Evaluation of sleep and therapeutic education needs of military with ptsd. *L'encéphale*. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.01.004>
- Seibold-Simpson, S. M., McKinnon, A. M., Mattson, R. E., Ortiz, E., Merriwether, A. M., Massey, S. G., & Chiu, I. (2021). Person- and incident-level predictors of blame, disclosure, and reporting to authorities in rape scenarios. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(9-10), 4788-4814. <https://doi.org/10.1177/0886260518795171>
- Taylor, D. J., Wilkerson, A. K., Pruiksma, K. E., Williams, J. M., Ruggero, C. J., Hale, W., Mintz, J., Organek, K. M., Nicholson, K. L., Litz, B. T., Young-McCaughan, S., Dondanville, K. A., Borah, E. V., Brundige, A., & Peterson, A. L. (2018). Reliability

- of the structured clinical interview for dsm-5 sleep disorders module. *Journal of Clinical Sleep Medicine : Jcsm : Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 14(3), 459–464. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7000>
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., & McKay, D. (2012). Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 583–589. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.02.010>
- Ullman, S. E. (1999). Social support and recovery from sexual assault:a review. *Aggression and Violent Behavior*, 4(3), 343–358. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(98\)00006-8](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(98)00006-8)
- Ullman, S. E. (2000). Psychometric characteristics of the Social Reactions Questionnaire: A measure of reactions to sexual assault victims. *Psychology of Women Quarterly*, 24(3), 257-271. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2000.tb00208.x>
- Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Keane, T. M., & Marx, B. P. (2018). The clinician-administered ptsd scale for dsm–5 (caps-5): development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*, 30(3), 383–395.
- Wright, B. K., Kelsall, H. L., Sim, M. R., Clarke, D. M., & Creamer, M. C. (2013). Support mechanisms and vulnerabilities in relation to ptsd in veterans of the gulf war, iraq war, and afghanistan deployments: a systematic review. *Journal of Traumatic Stress*, 26(3), 310–318. <https://doi.org/10.1002/jts.21809>