

Université de Montréal

**Un modèle sociocognitif des trajectoires d'adaptation à la rupture amoureuse chez les
jeunes avec et sans trouble mental grave**

Département de psychologie, Faculté des Études Supérieures

Par
Audrey Francoeur

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.), en Psychologie
Recherche et Intervention, option clinique adulte

Janvier 2023

© Audrey Francoeur, 2023

Département de Psychologie, Faculté des Études Supérieures

Cette thèse intitulée

**Un modèle sociocognitif des trajectoires d'adaptation à la rupture amoureuse chez les
jeunes avec et sans trouble mental grave**

Présentée par

Audrey Francoeur

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Christopher Earls
Président-rapporteur

Tania Lecomte
Directrice de recherche

Amal Abdel Baki
Membre du jury

Natacha Godbout
Examineur externe

Résumé

Certains jeunes font face plus facilement à une rupture amoureuse que d'autres. Plusieurs études ont tenté de comprendre l'adaptation à la rupture à l'aide de modèles explicatifs. Néanmoins, ces modèles ne considèrent pas les prédispositions individuelles ou ne se concentrent que sur des aspects interpersonnels. Le modèle diathèse-stress suggère que certains jeunes sont plus vulnérables aux événements de vie stressants. Selon ce modèle, certaines prédispositions environnementales, en interaction avec des facteurs de risque et de protection peuvent influencer l'adaptation à la rupture. Parmi les potentielles prédispositions, on retrouve la maltraitance durant l'enfance (abus physiques, sexuels, psychologiques et/ou autres traumatismes infantiles). Parmi les facteurs de protection (mécanismes explicatifs), on retrouve la cognition sociale, c'est-à-dire les processus cognitifs qui permettent de naviguer dans le monde social, tels que le style d'attribution causale, la mentalisation et la régulation émotionnelle. La résilience, soit les aptitudes à négocier ses ressources pour faire face à un événement stressant, est également un facteur de protection. Les travaux s'entendent sur l'influence de ces variables sur l'adaptation à un événement de vie stressant.

La présente thèse cherche à mieux comprendre l'adaptation à la rupture chez de jeunes adultes de la population générale et chez des jeunes plus vulnérables aux événements de vie stressants, soit ceux ayant un trouble mental grave (dépression majeure, troubles bipolaires et psychotiques). Le premier article scientifique propose une étude prospective visant d'abord à tester un modèle sociocognitif (médiation séquentielle) où la cognition sociale (style d'attribution causale, mentalisation, régulation émotionnelle) et la résilience agissent comme variables médiatrices dans la relation entre la maltraitance durant l'enfance et l'adaptation à la rupture (détresse, symptômes psychologiques), et ensuite, à examiner si ces mêmes variables sont liées aux trajectoires d'adaptation sur six mois (modélisations linéaires mixtes). L'échantillon est de 177 adultes, âgés de 18 à 25 ans, ayant vécu une rupture durant la collecte de données. Le deuxième article scientifique

propose une étude mixte rétrospective ayant pour but de mieux comprendre qualitativement (méthode phénoménologique) l'expérience de la rupture chez de jeunes adultes ayant un trouble mental grave, tout en documentant quantitativement (fréquences et scores moyens) la cognition sociale, la maltraitance, l'attachement et la résilience, tout en les comparant aux travaux réalisés auprès des jeunes sans trouble mental grave. L'échantillon est composé de sept adultes, âgés de 21 à 25 ans, ayant vécu une rupture significative. Puisque qu'aucune étude n'existe sur le sujet, le volet qualitatif vise à mettre en lumière des thèmes qui, avec le volet quantitatif, est complémentaire et permettront de guider de futures études.

Les résultats du premier article permettent de montrer : 1) le rôle médiateur de la régulation émotionnelle dans la relation entre la maltraitance et les symptômes psychologiques; 2) le rôle de la maltraitance, du style d'attribution causale stable, de la mentalisation et de la régulation émotionnelle sur les trajectoires sur six mois de symptômes psychologiques. Le deuxième article permet de : 1) faire émerger quatre principaux thèmes du discours des sept jeunes, soit : les difficultés psychologiques, les causes des difficultés post-rupture, la résilience et stratégies positives d'adaptation, et les stratégies négatives d'adaptation; 2) révéler que les jeunes adultes de notre échantillon présentent des vulnérabilités concernant la régulation émotionnelle, le style d'attribution causale, l'attachement et la maltraitance durant l'enfance.

La thèse contribue à améliorer la compréhension des prédispositions et facteurs de protection en lien avec l'adaptation à la rupture chez les jeunes adultes. Elle contribue aussi à briser le tabou en recherche sur les relations amoureuses chez les personnes ayant un trouble mental grave en leur donnant une voix et offre des fondements pour de futures études auprès de cette population.

Mots-clés : rupture amoureuse, trouble mental grave, jeunes adultes, maltraitance durant l'enfance, cognition sociale, résilience

Abstract

Some young people deal more easily with a romantic breakup than others. Several studies have attempted to understand romantic breakup adjustment using explanatory models. Nevertheless, these models do not consider individual predispositions or focus only on relational aspects. The diathesis-stress model suggests that some young people are more vulnerable than others to stressful life events. According to this model, certain environmental predispositions, in interaction with risks and protective factors, can influence romantic breakup adjustment.

Among potential predispositions, we find childhood maltreatment (physical, sexual, psychological abuse and/or other childhood trauma). Among protective factors (explanatory mechanisms), we propose social cognition, that is, the cognitive processes that allow navigation in the social world, such as causal attribution style, mentalization and emotional regulation. As well, resilience, or the ability to negotiate one's resources to deal with a stressful event, is also a protective factor. Studies agree on the fact that these variables can influence adjustment to a stressful life event.

This thesis seeks to better understand romantic breakup adjustment in young adults from the general population and in young adults more vulnerable to stressful life events, namely those living with a severe mental disorder (major depression, bipolar and psychotic disorders). The first scientific article proposes a prospective study aiming first to test a sociocognitive model (sequential mediation) in which social cognition (causal attribution style, mentalization, emotional regulation) and resilience act as mediating variables in the relationship between childhood maltreatment and romantic breakup adjustment (distress, psychological symptoms), and to further examine whether these same variables are related to romantic breakup adjustment trajectories over six months (linear mixed modeling). The sample consists of 177 adults, aged between 18 and 25, who experienced a breakup during the data collection. The second scientific article proposes a mixed retrospective

study aiming at better qualitatively understanding the experience of romantic breakup in young adults with a severe mental disorder, while quantitatively documenting social cognition, childhood maltreatment, attachment and resilience and comparing them to the scientific literature on young adults without severe mental disorders. The sample included seven young adults, aged between 21 and 25, who had experienced a significant romantic breakup. Since no prior study existed on the topic, the qualitative and quantitative components will guide future studies.

The results of the first article show: 1) the mediating role of emotional regulation in the relationship between maltreatment and psychological symptoms; 2) the role of maltreatment, stable causal attribution style, mentalizing, and emotional regulation on six-month trajectories of psychological symptoms. The second article made it possible to: 1) bring out four main themes from the seven youth's discourse, namely psychological difficulties, the causes of post-breakup difficulties, resilience and positive coping strategies, and negative coping strategies; 2) reveal that the young adults in our sample exhibited vulnerabilities regarding emotional regulation, causal attribution style, attachment, and childhood maltreatment.

The thesis contributes to improving the understanding of predispositions and protective factors related to romantic breakup adjustment in young adults. It also contributes to breaking the taboo in research on romantic relationships among people with a severe mental disorder by giving them a voice and provides the foundations for future studies with this population.

Key words: romantic breakup, severe mental disorder, young adults, childhood maltreatment, social cognition, resilience

Table des matières

RÉSUMÉ	III
ABSTRACT	V
TABLE DES MATIÈRES	VII
LISTE DES TABLEAUX	X
LISTE DES FIGURES	XI
LISTE DES ABRÉVIATIONS	XII
REMERCIEMENTS	XIV
CHAPITRE 1 – INTRODUCTION GÉNÉRALE	14
1.1 MISE EN CONTEXTE	14
1.1.1 <i>Relations amoureuses</i>	14
1.1.2 <i>Ruptures amoureuses</i>	15
1.1.3 <i>Impacts rupture amoureuse</i>	15
1.1.4 <i>Présentation de la thèse</i>	16
1.2 MODÈLES THÉORIQUES.....	17
1.3 MODÈLE DIATHÈSE-STRESS	19
1.4 PRÉDISPOSITION : MALTRAITANCE DURANT L'ENFANCE.....	20
1.4.1 <i>Maltraitance et difficultés relationnelles</i>	21
1.4.2 <i>Maltraitance et santé mentale</i>	21
1.4.3 <i>Maltraitance et rupture amoureuse</i>	23
1.5 MÉCANISME EXPLICATIF : COGNITION SOCIALE	23
1.5.1 <i>Cognition sociale et adaptation</i>	24
1.5.2 <i>Cognition sociale et maltraitance</i>	25
1.5.3 <i>Cognition sociale et rupture amoureuse</i>	26
1.5.4 <i>Attribution causale</i>	26
1.5.5 <i>Mentalisation</i>	27
1.5.6 <i>Régulation émotionnelle</i>	28
1.6 MÉCANISME EXPLICATIF : RÉSILIENCE	29
1.6.1 <i>Résilience et rupture amoureuse</i>	30
1.6.2 <i>Résilience et maltraitance durant l'enfance</i>	32
1.7 MALTRAITANCE DURANT L'ENFANCE, COGNITION SOCIALE, RÉSILIENCE	32
1.8 ÉLÉMENTS LIÉS À LA RELATION ET À LA RUPTURE AMOUREUSE	33
1.9 LIMITES DES ÉTUDES ANTÉRIEURES ET APPORT DE LA PRÉSENTE THÈSE	33
1.10 OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES.....	35
1.11 MÉTHODOLOGIE.....	36
CHAPITRE 2 – ARTICLE SCIENTIFIQUE 1	38
2.1 ABSTRACT.....	39
2.2 INTRODUCTION	40
2.2.1 <i>Romantic breakup impacts</i>	40
2.2.2 <i>Predispositions and explanatory mechanisms of romantic breakup adjustment</i>	41
2.2.3 <i>Predisposition: Childhood maltreatment</i>	42
2.2.4 <i>Explanatory mechanism: Social cognition</i>	42
2.2.5 <i>Explanatory mechanism: Resilience</i>	44
2.2.6 <i>Characteristics linked to the romantic relationship and the romantic breakup</i>	44
2.2.7 <i>Childhood maltreatment, social cognition and resilience</i>	45
2.3 OBJECTIVES	46
2.4 METHODS	47

2.4.1 Participants.....	47
2.4.2 Procedures.....	48
2.4.3 Measures.....	48
2.4.4 Data analysis.....	52
2.5 RESULTS.....	53
2.5.1 Preliminary analyses.....	53
2.5.2 Immediate breakup adjustment through two mediators.....	54
2.5.3 Trajectories of romantic breakup adjustment over six months.....	56
2.6 DISCUSSION.....	58
2.6.1 Immediate post-breakup adjustment.....	59
2.6.2 Romantic breakup adjustment over time.....	60
2.6.3 Implications.....	60
2.6.4 Limitations and recommendations.....	61
2.7 REFERENCES.....	63
CHAPITRE 3 – ARTICLE SCIENTIFIQUE 2.....	76
3.1 ABSTRACT.....	77
3.2 INTRODUCTION.....	78
3.3 OBJECTIVE.....	81
3.4 METHODS.....	82
3.4.1 Participants.....	82
3.4.2 Procedures.....	83
3.4.3 Data Analysis.....	84
3.5 RESULTS.....	85
3.5.1 Descriptive statistics.....	85
3.5.2 Themes and subthemes.....	87
3.5.3 Psychological difficulties.....	88
3.5.4 Causes of difficulties following the romantic breakup.....	89
3.5.5 Resilience and positive coping.....	90
3.5.6 Negative coping.....	91
3.6 DISCUSSION.....	92
3.7 LIMITS.....	94
3.8 CONCLUSION.....	95
3.9 REFERENCES.....	97
3.10 APPENDIX.....	108
CHAPITRE 4 – DISCUSSION.....	109
4.1 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS OBTENUS.....	109
4.2 CONTRIBUTIONS DE LA THÈSE.....	111
4.3 LIMITES.....	113
4.4 IMPLICATIONS CLINIQUES.....	116
4.5 PISTES FUTURES.....	119
4.6 CONCLUSION.....	121
RÉFÉRENCES.....	123
ANNEXE - QUESTIONNAIRES.....	152
EARLY TRAUMA INVENTORY SELF-REPORT SHORT-FORM (ETISR-SF).....	152
ATTRIBUTION STYLE QUESTIONNAIRE (ASQ).....	153
THE MENTALIZATION SCALE.....	155
COGNITIVE EMOTION REGULATION QUESTIONNAIRE (CERQ).....	157
CHILD AND YOUTH RESILIENCE MEASURE.....	158
CARACTÉRISTIQUES DE LA RELATION.....	158
CARACTÉRISTIQUES DE LA RUPTURE AMOUREUSE.....	159
DÉTRESSE.....	159

BRIEF SYMPTOM INVENTORY (BSI)..... 159
GRILLE D'ENTREVUE RUPTURE AMOUREUSE..... 161
THE PSYCHOSIS ATTACHMENT MEASURE (PAM)..... 161

Liste des tableaux

Chapitre 2 – Article scientifique 1

Table 1	53
Table 2	55
Table 3	57

Chapitre 3 – Article scientifique 2

Table 1	87
----------------------	----

Liste des figures

Chapitre 2 – Article scientifique 1

Figure 1.....47

Chapitre 3 – Article scientifique 2

Figure 1.....87

Liste des abréviations

ASQ Attribution Style Questionnaire

BPRS-E Brief Psychiatric Rating Scale-Expanded

BSI Brief Symptom Inventory

CERQ Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

CI Confidence Interval

CM Childhood Maltreatment

CYRM Child and Youth Resilience Measure

DV Dependent Variable

EC Effect Coefficient

ETISR-SF Early Trauma Inventory Self-Report Short-Form

GLOB Globality of Causal Attribution

GSI Global Severity Index

ICC Intraclass Correlation Coefficient

LL Lower Level

LMM Linear Mixed Modeling

MZ Mentalization

OLS Ordinary Least-Squares

PAM Psychosis Attachment Measure

RA Rupture Amoureuse

RB Romantic Breakup

REG Emotional Regulation

RESI Resilience

SE Standard Error

SMD Severe Mental Disorder

SSHRC Social Sciences and Humanities Research Council of Canada

STAB Stability of Causal Attribution

TMG Trouble Mental Grave

UL Upper Level

Remerciements

Le parcours doctoral en psychologie n'est pas sans embûches, mais je peux être fière d'avoir persévéré et de ne jamais avoir perdu mon objectif de vue, et ce, même dans les moments où j'avais l'impression que je n'y arriverais jamais.

Je ne pourrai jamais assez remercier ma directrice de thèse Tania Lecomte pour son accompagnement durant la fin de mon baccalauréat, ma maîtrise et mon doctorat. Merci pour toutes les opportunités que tu m'as offertes, ton écoute, ton ouverture et surtout ton respect à l'égard de mon autonomie. Merci pour ta présence rassurante et d'avoir cru en moi dès le premier jour. Je ne te remercierai jamais assez pour tous les apprentissages en tant que psychologue, chercheure, mais surtout en tant qu'humain.

Je souhaite aussi sincèrement remercier Audrey Brassard et Isabelle Daigneault, toutes deux co-auteurs de mon premier article, qui ont été d'une grande aide pour la coordination de l'étude, la collecte de données, les analyses et la rédaction. Merci aussi à tous mes autres co-auteurs pour votre soutien pour ce projet d'envergure. Merci aussi aux participants de ce projet qui ont accepté de s'investir dans le projet. Je remercie aussi le Fonds de Recherche du Québec- Société et Culture (FRQSC) pour le soutien financier durant mon doctorat.

J'aimerais également remercier mes superviseurs cliniques, Joaquin Poundja, David Ogez et Christopher Earls, qui ont contribué à faire de moi la future psychologue que je souhaite être. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir laissé l'espace pour me développer, tout en étant présents pour me rediriger lorsque je m'égarais. Votre soutien a été précieux.

Un merci particulier à ma famille, d'abord mes parents, Yves et Louise. Merci à vous deux d'avoir accordé une place importante à l'éducation dans ma vie. Je vous serai toujours reconnaissante de m'avoir soutenue et de toujours m'avoir aidée à me relever. Je remercie ma merveilleuse sœur jumelle, Amélie. Merci d'avoir toujours été à mes côtés pour affronter la vie et

de me voir plus grande que je le suis réellement. Merci à mon grand frère Philippe, merci de m'avoir appris à prendre la vie à la légère. Merci de m'avoir appris que c'est bien d'être différent. Merci à toute ma famille de m'avoir suivi dans cette aventure. Un merci particulier à mon beau-frère Maxime, pour ta présence, il est rassurant de toujours pouvoir compter sur toi.

Mon parcours doctoral n'aurait pas été le même sans mes précieux amis et collègues. Merci à Crystal d'avoir toujours été présente dans les hauts et dans les bas de mon doctorat et de ma vie. Merci pour ton écoute, ton empathie et ta patience. Merci d'avoir respecté ta promesse en 2016 de m'accompagner à toutes les étapes de mon parcours doctoral. Merci à Marise d'avoir été un vent de fraîcheur dans mon parcours doctoral et mes stages. Merci pour ta bonne humeur et nos fous rires. Merci à Katherine, ma précieuse amie, avec qui j'ai tellement d'anecdotes. Merci de toujours me permettre de décrocher. Merci d'avoir traversé avec moi tellement d'épreuves. Je remercie aussi Thalie et Félicia, mes collègues devenues amies. Merci d'avoir rendu le doctorat en psychologie plus agréable, chacune à votre façon. Merci à mes collègues de laboratoire et amies d'avoir rendu le doctorat plaisant : Catherine, Marianne et Briana.

Merci à Philippe, mon amoureux, pour ton soutien durant tout mon parcours universitaire. Merci pour ta présence réconfortante à la fin de la journée, merci d'être celui qui est toujours là quoi qu'il arrive. Merci pour ton côté rationnel qui compense avec mon côté plus émotif. Merci pour ta sécurité et ton amour. Je tiens aussi à remercier mon autre partenaire de vie, Leo, mon petit chien, mon partenaire de rédaction parfaitement imparfait.

Merci à Denise, ma belle-maman, pour ton écoute et ton intérêt sincère envers mes travaux de recherche. Merci pour tes encouragements, merci d'être fière de moi et pour ton ouverture. Ta présence dans ma vie est apaisante.

Chapitre 1 – Introduction générale

1.1 Mise en contexte

1.1.1 Relations amoureuses

Le besoin de maintenir des relations avec autrui fait partie des principales préoccupations de l'humain, et ce, durant toute sa vie (Bowlby, 1973). La période du début de l'âge adulte ne fait pas exception, surtout en ce qui concerne les relations amoureuses qui occupent une place très importante dans la vie des jeunes (Sorensen, 2007). Ce désir d'être en relation avec autrui est aussi présent chez les personnes vivant avec un trouble mental grave (TMG; dépression majeure, troubles bipolaires et psychotiques; Drake & Whitley, 2014) qui mentionnent que les relations intimes font partie de leurs principales préoccupations (Lecomte et al., 2005). Les TMG se caractérisent en général par un diagnostic psychiatrique, une durée du trouble de plus de deux ans, ainsi qu'un impact significatif sur le fonctionnement de la personne (World Health Organisation, 2000).

Bien qu'un bon nombre de jeunes de 25 ans et moins vont parfois, malheureusement, vivre des relations amoureuses malsaines (Halpern et al., 2001; Stöckl et al., 2014), la plupart pourront en retirer des bénéfices positifs. Effectivement, les relations amoureuses saines contribuent au développement d'une image de soi positive en plus de favoriser l'intégration sociale (Meier & Allen, 2008; Montgomery, 2005). Dans le même sens, les relations amoureuses de qualité chez les jeunes, c'est-à-dire les relations amoureuses liées à un haut degré de satisfaction, d'engagement, d'intimité, de confiance, de passion et d'amour, sont associées à plus de bonheur (Demir, 2008). De plus, les résultats obtenus par Braithwaite et collègues (2010) auprès de 1621 étudiants universitaires révèlent que les jeunes engagés dans une relation amoureuse commettent moins de comportements à risque (p. ex. abus d'alcool, conduite avec facultés affaiblies) que ceux étant célibataires.

1.1.2 Ruptures amoureuses

Malgré le consensus des études concernant les impacts positifs d'une relation amoureuse saine chez les jeunes adultes, la documentation scientifique suggère qu'il y a beaucoup d'instabilité dans la vie amoureuse de ceux-ci (Arnett, 2004). En fait, les études montrent que bien que la durée des relations amoureuses augmente avec l'âge à partir de l'adolescence et au début de l'âge adulte (Lantagne & Furman, 2017), celles-ci sont généralement de courte durée et se caractérisent par beaucoup de ruptures amoureuses (RA; Rauer et al., 2013). Plus précisément, on retrouve beaucoup de relations amoureuses intermittentes où les jeunes rompent et reviennent ensuite ensemble ou débute une nouvelle relation (Dailey et al., 2009). D'ailleurs, un peu plus de 30% des jeunes de 15 à 25 ans rapportent avoir vécu une RA dans les trois derniers mois (Bravo et al., 2017).

1.1.3 Impacts rupture amoureuse

Les RA ont une grande portée sur le fonctionnement relationnel des jeunes. En effet, une RA et une relation amoureuse sont des expériences grandement significatives pour les relations amoureuses futures de la personne (Davidson & Fennell, 2002). Plus particulièrement, les expériences amoureuses permettent d'accroître la compréhension des jeunes envers leur fonctionnement interpersonnel et de développer des stratégies de résolution de problèmes qui peuvent être utilisées dans des relations amoureuses futures (Saffrey & Ehrenber, 2007). De plus, les personnes qui présentent moins de difficultés sociales et émotionnelles face à la RA sont plus aptes à identifier les erreurs dans leurs relations passées que celles éprouvant plus de difficultés, ce qui permet d'améliorer la qualité des relations amoureuses ultérieures (Barutçu Yıldırım & Demir, 2015). Aussi, les gens ayant une meilleure compréhension des raisons de la RA à l'âge de 22 ans rapportent moins de conflits dans leur relation amoureuse, une plus grande satisfaction conjugale et de meilleures compétences relationnelles quelques années plus tard (Kansky & Allen, 2018).

Par ailleurs, une RA peut chambouler la santé mentale de certains jeunes. Alors que des

jeunes remédient à leur tristesse à l'aide de stratégies positives d'adaptation telles que le soutien social (Moller et al., 2003), d'autres se heurtent à d'importantes difficultés d'adaptation, comme des symptômes psychologiques et de la détresse. En fait, les RA entraînent de la détresse chez la majorité des étudiants universitaires (Field et al., 2009). Une RA peut d'autant plus avoir un retentissement à long terme sur la santé mentale en agissant comme déclencheur d'une tentative de suicide, ou encore d'un épisode de TMG, comme la dépression, un trouble psychotique, un trouble bipolaire (Donald et al., 2006; Koenders et al., 2014; Mearns, 1991; Smulevich et al., 2018). Une RA constitue d'ailleurs le déclencheur le plus commun d'un premier épisode de dépression majeure (Monroe et al., 1999). Parallèlement, la perte du partenaire dans un contexte de RA non désirée peut être si traumatisante que la personne est parfois submergée ou en est même paralysée (MacDonald & Leary, 2005). Être rejeté par l'autre occasionne chez certains des symptômes physiques notables comparables en intensité à un sevrage de cocaïne (Fisher, 2006). D'ailleurs, selon une étude en neuro-imagerie, la souffrance émotionnelle associée au fait d'être rejeté par l'autre affecte les mêmes régions du cerveau que la souffrance physique (Eisenberger et al., 2003). Quant au partenaire qui a mis fin à la relation, il est à risque de vivre des symptômes dépressifs (Akbari et al., 2022). Une RA peut donc être une entrave à la santé mentale des jeunes.

1.1.4 Présentation de la thèse

À la lumière de la documentation scientifique qui précède, il est possible de se questionner à savoir pourquoi certains jeunes s'adaptent facilement à la RA, tandis que chez d'autres, on voit d'importantes difficultés en ce qui concerne leur santé mentale. Pour mieux comprendre cela, cette thèse s'est d'abord intéressée, dans le cadre d'un premier article scientifique, aux facteurs qui peuvent contribuer aux difficultés à s'adapter à la RA chez les jeunes, dans une perspective cognitive et sociale, à l'aide d'un devis longitudinal prospectif. Cette thèse est aussi allée plus loin en tentant de comprendre dans un deuxième article scientifique, à l'aide d'un devis mixte

rétrospectif, l'expérience subjective de la RA chez un groupe de jeunes particulièrement vulnérables au stress, soit les jeunes ayant un TMG, et voir si certains facteurs de protection ou de risque qui sont identifiés dans le premier article et dans la documentation scientifique s'y retrouvent.

1.2 Modèles théoriques

Plusieurs modèles théoriques s'intéressent à l'adaptation post-RA chez les jeunes. C'est le cas des modèles interpersonnels de compréhension, tels que la théorie de l'attachement et les théories d'interdépendance (Collins, 2003). L'attachement se divise en deux dimensions. La première dimension correspond à l'hyperactivation, c'est-à-dire la focalisation sur les signaux de menace de la relation et sur la recherche d'amour et de sécurité (Godbout et al., 2009; Mikulincer & Shaver, 2003). La deuxième dimension est la désactivation, qui se caractérise par la suppression émotionnelle et l'inconfort face à la proximité et l'interdépendance, et ce, dans un but de réduire la vulnérabilité au rejet (Godbout et al., 2009; Mikulincer & Shaver, 2003). Parmi les travaux portant sur les modèles interpersonnels, on retrouve ceux de Moller et collègues (2003) démontrant qu'un attachement sécurisant et la perception de soutien social sont associés à moins de désespoir, de stress perçu, de symptômes et de solitude post-RA, chez les jeunes adultes. D'un autre côté, les recherches révèlent que d'avoir un attachement de type anxieux (hyperactivation) est associé aux idées suicidaires après une RA (Brassard et al., 2018). En ce qui concerne l'attachement évitant (désactivation), il est associé à une détresse qui se manifeste à plus à long terme (Sprecher et al., 1998). Par ailleurs, les personnes aux prises avec un TMG ont tendance à présenter un attachement anxieux ou évitant (França et al., 2020; Morriss et al., 2009).

D'autres études se concentrent sur le *Dual Processing Model of Coping and Bereavement* (Stroebe & Schut, 1999), un modèle définissant deux façons de faire face à la perte de l'autre, soit l'orientation vers la perte et l'orientation vers la restauration. L'orientation vers la perte correspond

à la tendance à se concentrer sur l'évaluation et le traitement des détails de l'expérience de la perte, en se concentrant par exemple sur la relation avec la personne que l'on a perdu et sur les circonstances de la perte (McKiernan et al., 2018; Stroebe & Schut, 1999). L'orientation vers la restauration se concentre sur des stressseurs secondaires qui représentent également des conséquences du deuil, comme le changement de rôles, de routines et les changements identitaires associés à la perte de l'autre, et implique donc de se réorienter dans un monde sans l'autre (McKiernan et al., 2018). Bien que le modèle soit initialement développé pour un contexte de deuil, McKiernan et collègues (2018) appliquent le modèle chez des jeunes vivant une RA. Leurs résultats suggèrent que les jeunes ont tendance à utiliser les deux types de stratégies d'adaptation et que l'orientation vers la perte est moins adaptative que l'orientation vers la restauration (McKiernan et al., 2018).

Certains auteurs s'intéressent à un autre modèle de l'adaptation à la RA, soit le *Social Cognitive Processing Model* (Lepore, 2011). Ce modèle postule que les interactions interpersonnelles peuvent entraver l'adaptation à une situation stressante comme une RA, lorsque les divulgateurs perçoivent des contraintes sociales à la divulgation (Harvey & Karpinski, 2016; Schneider, 2021). Les contraintes sociales sont définies comme des réponses ou des comportements des membres de son réseau de soutien social qu'un divulgateur perçoit comme peu favorables à la divulgation (p. ex. critiques des autres, déni de la situation), entraînant une inhibition accrue à en divulguer davantage sur la situation stressante (Lepore & Revenson, 2007). Plus précisément, les travaux révèlent que la perception subjective de présence de contraintes sociales dans les interactions interpersonnelles est associée à de la détresse psychologique face à la RA (Harvey & Karpinski, 2016; Schneider, 2021).

Bien que ces modèles s'avèrent intéressants pour la compréhension de l'adaptation à la RA, la plupart de ces modèles se concentrent surtout sur l'adaptation immédiate à la RA et ne

considèrent pas les potentielles prédispositions aux difficultés d'adaptation à la RA. La plupart de ces modèles ne prennent pas non plus en compte les facteurs de protection ou de risque présents bien avant la relation amoureuse et la RA. De plus, ces modèles s'avèrent pour la plupart limités, en se concentrant sur un seul facteur ou sur des facteurs interpersonnels, sans considérer des aspects plus individuels de l'adaptation à la RA.

1.3 Modèle diathèse-stress

Le modèle diathèse-stress (Zuckerman, 1999) suggère que les individus peuvent avoir des prédispositions génétiques, biologiques, environnementales et cognitives les rendant plus vulnérables aux événements de vie stressants, comme une RA. C'est le cas des personnes aux prises avec un TMG par exemple, qui sont plus vulnérables au stress que les individus ne présentant pas un tel diagnostic (Altman et al., 2006; Steen et al., 2011). Plus précisément, ces dernières manifestent une réponse émotionnelle plus élevée face à des événements stressants du quotidien (Myin-Germeys & van Os, 2007). En ce qui concerne le développement d'un trouble de santé mentale, ce modèle interactif postule que l'interaction entre des prédispositions et des stressors environnementaux, comme une RA, peut entraîner le développement d'un trouble de santé mentale (Zuckerman, 1999). Par exemple, les études montrent que de devoir faire face à un événement stressant chez des gens présentant des prédispositions, comme un passé de maltraitance durant l'enfance (abus physique, sexuel, psychologique et/ou autres traumatismes infantiles), peut entraîner le développement d'un trouble de stress post-traumatique (McKeever & Huff, 2003). Dans le même sens, chez des jeunes présentant des prédispositions au développement de TMG, un événement de vie stressant comme une RA, peut précipiter le développement du trouble (Beards et al., 2013; Kendler et al., 2010).

Plus récemment, des chercheurs commencent à avoir une vision plus optimiste du modèle diathèse-stress, en incorporant l'idée que des facteurs de protection sociocognitifs peuvent venir

contrer les impacts négatifs des prédispositions sur l'adaptation à des événements de vie stressants (Cheng et al., 2016; Swearer & Hymel, 2015). Cette vision reconnaît la nature dynamique de l'adaptation à des événements stressants. Une meilleure compréhension de ces facteurs de protection est nécessaire, afin de prévenir les potentiels impacts négatifs d'une RA sur la santé mentale des jeunes adultes. Cette thèse s'intéresse à la maltraitance durant l'enfance en tant que prédisposition environnementale, ainsi qu'aux potentiels facteurs de protection (mécanismes explicatifs) qui peuvent influencer l'adaptation à des événements stressants comme une RA. Parmi les mécanismes explicatifs, nous retrouvons : les aptitudes de cognition sociale et la résilience. La cognition sociale correspond aux processus cognitifs qui nous permettent de s'adapter socialement (Beer & Ochsner, 2006; Green et al., 2008). La résilience correspond aux aptitudes à négocier ses ressources pour faire face à un événement stressant (Kolar, 2011). Des définitions plus précises de ces concepts, de même que leurs liens avec l'adaptation à des événements de vie stressants, comme les RA, sont présentés. La thèse s'intéresse aussi à l'expérience de la RA chez des jeunes particulièrement vulnérables aux événements stressants, soit ceux ayant un TMG.

1.4 Prédisposition : Maltraitance durant l'enfance

Très peu d'études se sont penchées sur l'implication de la maltraitance durant l'enfance, soit un abus physique, sexuel, psychologique et/ou d'autres traumatismes infantiles tels qu'être témoins de violence conjugale entre les parents ou de l'alcoolisme des parents (Bremner et al., 2007) sur l'adaptation post-rupture. Pourtant, la maltraitance durant l'enfance est beaucoup plus répandue qu'on peut le croire. En fait, une étude réalisée auprès de 1400 jeunes de moins de 16 ans révèle qu'au moins deux tiers des jeunes ont vécu au moins un événement traumatisant significatif (Copeland et al., 2007). Dans le même sens, une autre étude évoque que 21.6% des adultes ont vécu un abus sexuel durant l'enfance et 20.6% ont vécu un abus physique (Edwards et al., 2003).

1.4.1 Maltraitance et difficultés relationnelles

La documentation scientifique concernant le lien entre la maltraitance durant l'enfance et les difficultés relationnelles est quant à elle plus complète. En ce qui concerne les abus physiques, les personnes qui en ont vécu durant l'enfance semblent présenter un grand besoin d'être constamment réconfortées en relation, ce qui peut potentiellement fragiliser la relation (Drapeau & Perry, 2004). Dans le même sens, un vécu d'abus psychologique durant l'enfance est associé à plus de conflits dans les relations interpersonnelles à l'âge adulte (Messman-Moore & Coates, 2007). D'ailleurs, la maltraitance psychologique durant l'enfance est liée à d'importantes difficultés dans les relations amoureuses (Reyome, 2010). En effet, les survivantes de violence sexuelle durant l'enfance vivent plus de difficultés sexuelles et de violence en relation de couple (Feiring et al., 2009). Pour ce qui est des victimes de négligence durant l'enfance, elles ont plus tendance à être victimes à l'âge adulte de violence dans leur relation amoureuse comparativement à celles n'ayant pas vécu de négligence (Widom et al., 2014). De façon plus générale, les victimes de maltraitance durant l'enfance rapportent plus de divorces que les gens n'ayant pas affronté ces types d'expériences (Colman & Widom, 2004). Quant aux femmes ayant un vécu de maltraitance, elles présentent moins de perceptions positives de leur partenaire amoureux actuel et sont plus souvent infidèles (Colman & Widom, 2004). Tous les types de maltraitance durant l'enfance confondus affectent particulièrement les habiletés de ces individus à développer des relations amoureuses satisfaisantes qui perdurent dans le temps (Godbout et al., 2013).

1.4.2 Maltraitance et santé mentale

De plus, on retrouve davantage de psychopathologies chez les jeunes ayant vécu de la maltraitance durant l'enfance que chez ceux n'ayant pas fait face à ce type d'adversité (Collishaw et al., 2007). Plus précisément, les expériences de maltraitance durant l'enfance sont des prédispositions bien connues des troubles de santé mentale dont les troubles psychotiques

(Bourgeois et al., 2018; Varese et al., 2012), les troubles bipolaires (Etain et al., 2013), les troubles de la personnalité (Bierer et al., 2003), la dépression (Heim et al., 2008) et le trouble de stress post-traumatique (Grassi-Oliveira & Stein, 2008). Dans le même sens, une étude de grande envergure effectuée auprès de 8,667 adultes révèle que les participants ayant vécu plus d'expériences de maltraitance éprouvent une moins bonne santé mentale à l'âge adulte (Edwards et al., 2003).

Maintes études ont observé la relation entre la maltraitance durant l'enfance et un TMG à l'âge adulte. Ces études mettent notamment en évidence qu'une expérience infantile de maltraitance est une prédisposition très fréquente chez les personnes ayant un TMG. Effectivement, les résultats de la méta-analyse de Varese et collègues (2012) révèlent que les individus ayant un trouble psychotique ont 2,72 fois plus de chances que les individus n'ayant pas ce trouble d'avoir vécu des expériences traumatiques durant l'enfance (abus sexuel, abus physique, abus émotionnel/psychologique, négligence, mort d'un parent, intimidation), comparativement à 2,63 pour le trouble bipolaire (Palmier-Claus et al., 2016) et 2,03 fois pour la dépression (Li et al., 2016). Similairement, une récente étude réalisée auprès d'un échantillon de 194 individus ayant un diagnostic sur le spectre de la schizophrénie révèle que 85% de ces derniers ont vécu au moins un traumatisme durant leur enfance parmi les suivants : abus physique, abus sexuel, abus émotionnel, négligence émotionnelle et physique (Larsson et al., 2013). Par ailleurs, les expériences de maltraitance durant l'enfance semblent avoir des impacts graves sur l'adaptation à un TMG à l'âge adulte. À titre d'exemple, les personnes avec un trouble psychotique ayant vécu de la maltraitance durant l'enfance présentent plus de risques d'effectuer des tentatives de suicide au cours de leur vie que ceux n'ayant pas vécu de maltraitance (Hassan et al., 2016). Ceux-ci éprouvent aussi plus de symptômes anxieux et dépressifs en combinaison avec les symptômes psychotiques comparativement à ceux n'ayant pas vécu de maltraitance (Schenkel et al., 2005). En ce qui concerne les troubles bipolaires, les personnes avec ce diagnostic ayant vécu des expériences de

maltraitance durant l'enfance présentent plus de symptômes suicidaires et d'abus de substance à l'âge adulte (Daruy-Filho et al., 2011). Dans le même sens, les personnes dépressives ayant vécu de la maltraitance durant l'enfance sont plus résistantes au traitement et ont une dépression plus sévère que celles n'ayant pas ce type de vécu (Nelson et al., 2017).

Dans le même sens, la maltraitance durant l'enfance peut venir influencer l'adaptation à des évènements de vie stressants à l'âge adulte. L'étude de Kim et collègues (2014) révèle qu'un passé de maltraitance durant l'enfance est associé à une plus grande envie d'alcool lorsque la personne est confrontée à un évènement de vie stressant. Similairement, les adolescents ayant un vécu de maltraitance durant l'enfance sont plus sensibles aux évènements stressants de la vie, ce qui peut précipiter un premier épisode de dépression (Harkness et al., 2006), entraîner des idées suicidaires (Duprey et al., 2021) et de l'anxiété (Gorka et al., 2014).

1.4.3 Maltraitance et rupture amoureuse

Tel que montré précédemment, les travaux concernant le rôle de la maltraitance durant l'enfance sur le fonctionnement relationnel, la santé mentale des jeunes, ainsi que sur l'adaptation à des évènements stressants de vie sont riches. Les résultats de notre précédente étude pilote indiquent que la maltraitance durant l'enfance entrave l'adaptation post-rupture (Francoeur et al., 2020). Ces résultats sont en accord avec ceux de Heshmati et collègues (2021) montrant que les personnes ayant un historique de maltraitance ont plus de symptômes cognitifs, émotifs et comportementaux après la RA. D'autres recherches sont toutefois nécessaires pour augmenter la compréhension de l'implication de la maltraitance durant l'enfance sur l'adaptation post-rupture, notamment chez les jeunes vulnérables aux évènements stressants, comme ceux présentant un TMG.

1.5 Mécanisme explicatif : Cognition sociale

La cognition sociale est un concept multidimensionnel provenant de la psychologie cognitive et sociale (Kunda, 1999; Linville & Carlston, 1994; Wegner & Vallacher, 1977). Cette dernière réfère à plusieurs processus cognitifs sous-jacents au comportement social (Green et al., 2008). Plus particulièrement, les aptitudes de cognition sociale permettent de décoder le monde social et de s'y adapter (Beer & Ochsner, 2006). On entend par monde social, toutes les informations concernant soi-même, les autres et les normes sociales (Beer & Ochsner, 2006). Ce construit comprend une variété de processus complexes, dont les principaux sont le style d'attribution causale, la mentalisation, ainsi que la maîtrise de stratégies de régulation émotionnelle (Francoeur et al., 2020; Green et al., 2008). Le style d'attribution causale se caractérise par les explications que les individus donnent pour justifier leur propre comportement ou celui d'autrui (Mizrahi et al., 2008). En ce qui concerne la mentalisation, elle se définit par le processus selon lequel un individu interprète ses propres actions et celles d'autrui (Bateman & Fonagy, 2010). Plus précisément, elle correspond aux aptitudes de reconnaissance des émotions, des intentions et des cognitions de soi et d'autrui (Green et al., 2008). Elle se divise en trois dimensions (Dimitrijević et al., 2017), c'est-à-dire la mentalisation liée à soi (reconnaissance de ses propres processus mentaux), la mentalisation liée aux autres (reconnaissance des processus mentaux d'autrui) et la motivation à mentaliser (actions mises en place, afin de mieux comprendre soi et autrui). Les stratégies de régulation émotionnelle correspondent quant à elles, à la manière cognitive de gérer l'arrivée d'informations stimulantes émotionnellement (Thompson, 1991; Ochsner and Gross, 2005).

1.5.1 Cognition sociale et adaptation

Les déficits en cognition sociale sont particulièrement présents au sein de multiples troubles mentaux, dont les troubles psychotiques (Mancuso et al., 2011; Penn et al., 2008), la dépression (Fischer-Kern et al., 2013) et les troubles bipolaires (Samamé et al., 2012). Le manque d'habiletés de cognition sociale explique d'ailleurs en grande partie les difficultés de fonctionnement au

quotidien des personnes ayant un diagnostic de TMG (Fett et al., 2011; Lahera et al., 2012; Savla et al., 2012). Dans le même sens, un meilleur fonctionnement social est observé chez les jeunes ayant de bonnes habiletés de cognition sociale (Botting, & Conti-Ramsden, 2008), tandis que des lacunes en cognition sociale sont liées à l'impulsivité, l'isolement social (Sutton, 2004) et à une dépendance aux drogues (Savov, & Atanassov, 2012).

Similairement, les aptitudes de cognition sociale peuvent influencer l'adaptation à des événements de vie stressants. Effectivement, les études révèlent que les personnes ayant de meilleures aptitudes de cognition sociales présentent plus d'espoir (Parada-Fernández et al., 2020) et moins de comportements délinquants (Bennett et al., 2005) face à des événements de vie stressants, de même que moins de symptômes dépressifs face à des événements relationnels stressants (Stikkelbroek et al., 2016).

1.5.2 Cognition sociale et maltraitance

Maintes recherches suggèrent que les habiletés de cognition sociale se développent hâtivement durant la vie (Augoustinos et al., 2014; Fiske & Taylor, 2013). Plus précisément, les enfants manifestent des aptitudes pour comprendre ce qui se passe dans la tête de l'autre dès l'âge de deux ans (Fiske & Taylor, 2013). Par ailleurs, plusieurs études révèlent qu'une enfance empreinte de maltraitance et de violence entrave le développement de la cognition sociale (Crawford et al., 2022). Par exemple, les enfants et les adultes ayant subi de la maltraitance durant l'enfance présentent plus de difficultés de mentalisation (Fonagy et al., 2006; Stein, 2006), ainsi que de moins bonnes habiletés de régulation émotionnelle (Burns et al., 2010; Dvir et al., 2014; Kim & Cicchetti, 2010). D'ailleurs, les études soulignent un taux élevé de traumatismes infantiles auprès de certains groupes de personnes avec des troubles mentaux caractérisés par des difficultés de cognition sociale, notamment les personnes avec un trouble psychotique (Varese et al., 2012), bipolaire (Palmier-Claus et al., 2016) et un trouble dépressif (Batten et al., 2004).

1.5.3 Cognition sociale et rupture amoureuse

L'adolescence ainsi que le jeune âge adulte sont des périodes critiques pour la consolidation des aptitudes de cognition sociale développées durant l'enfance (Brizio et al., 2015). Il s'agit de périodes au cours desquelles les jeunes apprennent à mieux comprendre leurs propres expériences intérieures et celles des autres, ainsi qu'à exercer un meilleur contrôle sur leurs émotions (Brizio et al., 2015). En prenant en considération que la plupart des jeunes ne peuvent échapper à une RA (Rauer et al., 2013) lors de cette période critique pour la consolidation de leurs habiletés de cognition sociale, il est possible d'émettre l'hypothèse que les aptitudes de cognition sociale sont impliquées dans l'adaptation post-rupture des jeunes. Bien qu'il y ait eu un intérêt envers la cognition sociale en lien avec l'adaptation post-rupture, les travaux sur le sujet s'avèrent très fragmentés. Peu d'études intègrent plus d'un aspect de la cognition sociale pour expliquer l'adaptation aux événements d'adversité, dont la RA.

1.5.4 Attribution causale

Quelques études se penchent sur un élément central de la cognition sociale, soit le style d'attribution causale. Le style d'attribution a été grandement étudié dans le contexte de l'adaptation à la RA. Les travaux mentionnent plus spécifiquement l'implication néfaste d'une attribution interne, soit de se tenir responsable de la RA. Effectivement, l'étude réalisée par Boelen et Reijntjes (2009) révèle que les individus s'attribuant la responsabilité d'une RA entretiennent plus de symptômes dépressifs et anxieux face à cette épreuve comparativement à ceux ne s'attribuant pas la responsabilité. Une attribution interne de la RA est d'autant plus liée à des pensées plus perturbantes concernant la RA (Chung et al., 2003). De plus, les gens percevant leurs propres problèmes comme raison principale de leur RA rapportent plus de comportements obsessionnels de poursuite de leur ex-partenaire tel que traquer l'ancien partenaire (Park et al., 2011). Cela dit, il apparaît que les jeunes affichant une attribution externe en blâmant l'autre pour la RA font aussi

face à des difficultés psychologiques. En effet, les jeunes percevant la RA comme étant causée par l'ancien partenaire vivent plus de détresse face à cette épreuve (Tashiro & Frazier, 2003). Les personnes ayant un trouble psychotique ou bipolaire ont d'ailleurs tendance à présenter un style d'attribution externe et hostile, soit en blâmant et en attribuant des intentions hostiles aux autres ce qui peut leur occasionner une grande détresse (Lahera et al., 2015; Mancuso et al., 2011). Néanmoins, une attribution externe 'blâmant' des facteurs environnementaux plutôt que l'autre personne produit des effets inverses chez les jeunes ayant vécu une RA. Plus précisément, le fait d'attribuer la RA et le déclin de la relation à des facteurs environnementaux est associé à une plus grande croissance personnelle chez les étudiants universitaires (Tashiro & Frazier, 2003).

La documentation scientifique portant sur l'attribution de la responsabilité de la RA et son impact sur l'adaptation à la RA est florissante. Toutefois, aucune étude à notre connaissance ne se penche sur le rôle du style d'attribution général (non spécifique à la RA) sur l'adaptation à la RA, encore moins chez une population vulnérable au stress, comme les personnes ayant un TMG. Pourtant, le style d'attribution général peut avoir d'importants retentissements sur l'adaptation à une situation difficile. Par exemple, les gens ayant vécu un tremblement de terre et ayant la tendance générale à attribuer des événements négatifs à des causes internes, stables et globales présentent plus de symptômes dépressifs que les autres (Greening et al., 2002). Dans le même sens, un style d'attribution général pessimiste (interne, stable et global) est associé à plus de symptômes de trouble de stress post-traumatique après avoir vécu un événement traumatisant (Gray et al., 2003). Puisque le style d'attribution général semble affecter l'adaptation à des événements négatifs, il est possible d'émettre l'hypothèse que le style d'attribution général peut influencer l'adaptation à la RA.

1.5.5 Mentalisation

La mentalisation est centrale à la cognition sociale. La mentalisation favorise l'adaptation à des événements de vie stressants comme la pandémie mondiale Covid-19 (Hosgoren Alıcı et al.,

2022), le stress parental (Shai et al., 2017) et les traumatismes de guerre (Ferrajão & Aragão Oliveira, 2016). D'ailleurs, les aptitudes de mentalisation favorisent une bonne santé mentale et sont associées à la résilience chez les jeunes adultes (Stein, 2006). Les personnes ayant un TMG présentent des lacunes majeures de mentalisation (Fischer-Kern et al., 2013; Lysaker et al., 2013). Les difficultés de mentalisation entravent le fonctionnement de ces dernières personnes en agissant souvent comme médiateur ou modérateur de l'impact des symptômes sur le fonctionnement quotidien de ces individus (Fischer-Kern et al., 2013; Lysaker et al., 2013).

L'étude pilote précédant ce projet de thèse s'intéresse à l'adaptation à la RA chez 482 étudiants universitaires et révèle que la mentalisation est associée à la résilience ainsi qu'aux symptômes anxieux, dépressifs et somatiques suivant la RA (Francoeur et al., 2020). Outre cette étude pilote, peu de travaux se penchent sur l'implication de la mentalisation dans un contexte de RA. Néanmoins, plusieurs recherches se concentrent sur le rôle de la mentalisation dans le fonctionnement conjugal. Ces études révèlent qu'être doué à comprendre les pensées de son partenaire amoureux (aussi connu sous les noms de théorie de l'esprit ou mentalisation liée aux autres) dans un couple est lié à une meilleure satisfaction conjugale, à plus de proximité relationnelle (Thomas & Fletcher, 2003) et à un plus grand bien-être du partenaire (Dodell-Feder et al., 2015).

1.5.6 Régulation émotionnelle

La régulation émotionnelle est aussi une composante essentielle de la cognition sociale, ayant fait l'objet de nombreuses études. Les aptitudes de régulation émotionnelle sont liées à la résilience, à moins de problèmes de santé mentale et à une meilleure adaptation face à des épreuves de la vie (Berking & Wupperman, 2012; Troy & Mauss, 2011) comme une RA par exemple. En fait, des difficultés de régulation émotionnelle sont associées à des comportements perturbants et potentiellement dangereux chez les jeunes tels qu'un abus de substances (Wong et al., 2013), de

même que des idées suicidaires (Arria et al., 2009). De plus, les résultats de Kimhy et collègues (2012) suggèrent que les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie manifestent moins d'aptitudes pour se réguler émotionnellement comparativement à un groupe contrôle et que ces déficits influencent grandement l'adaptation sociale de ces individus. Les personnes ayant un trouble bipolaire et dépressif éprouvent aussi des difficultés quant à leurs stratégies de régulation émotionnelle (Dodd et al., 2019; Joormann & Stanton, 2016).

En ce qui a trait à l'adaptation à la RA, des difficultés de régulation émotionnelle sont la source d'une plus grande détresse et de symptômes anxieux, dépressifs et somatiques après une RA, tandis que de bonnes aptitudes de régulation émotionnelle sont liées à une plus grande résilience face à la RA (Francoeur et al., 2020). Plus précisément, les habiletés de régulation émotionnelle expliquent la façon dont les individus gèrent la détresse post-rupture (Norona et al., 2018). D'ailleurs, la réévaluation cognitive, une stratégie de régulation émotionnelle qui implique d'interpréter une situation susceptible de provoquer des émotions de manière à en modifier l'impact émotionnel (Lazarus, & Alfert, 1964), facilite la croissance personnelle post-rupture (Norona et al., 2018). À la lumière de ces informations, il semble que les aptitudes de régulation émotionnelle puissent jouer un rôle crucial dans l'adaptation à la RA.

1.6 Mécanisme explicatif : Résilience

Les travaux en résilience montrent que certaines personnes fonctionnent de façon plus adaptative que d'autres lorsqu'elles font face à des épreuves (Daigneault et al., 2004; Hains et al., 2014) comme une RA par exemple. La résilience est perçue par plusieurs auteurs comme un résultat de l'adaptation à une situation stressante, c'est-à-dire comme une détresse de moindre ou de plus courte durée à la suite d'un événement indésirable (Kolar, 2011). Cela dit, cette conception ne prend pas en considération qu'un jeune peut montrer une certaine détresse face à une expérience négative, tout en présentant de la résilience dans la gestion de ses responsabilités quotidiennes et en ayant

des ressources pour y faire face (Coleman & Hagell, 2007; Olsson et al., 2003). Plus récemment, d'autres auteurs commencent à conceptualiser la résilience comme un processus en décrivant cette dernière comme l'interaction entre la personne et son environnement pour négocier les ressources qui favorisent son adaptation en contexte d'évènement stressant (Kolar, 2011). Plus précisément, ces derniers prennent en considération l'interaction entre les facteurs de risque et de protection au niveau du monde individuel, social et sociétal de la personne (Kolar, 2011). Cette approche de la résilience reconnaît que cette dernière se développe dans le temps (Kolar, 2011).

1.6.1 Résilience et rupture amoureuse

Peu d'études considèrent la résilience face à la RA comme un processus, la plupart des travaux considérant uniquement l'absence de détresse (Gilbert & Sifers, 2011) ou l'absence de trouble de santé mentale post-rupture (Verhallen et al., 2022). Les quelques travaux s'attardant à la résilience en tant que processus montrent qu'après une RA récente les individus possédant un plus haut niveau de base de résilience, c'est-à-dire ceux qui ont plus d'habiletés pour faire face à des évènements stressants, présentent une meilleure estime de soi, moins de symptômes dépressifs, et emploient moins de stratégies négatives d'adaptation post-rupture comparativement à ceux ayant un moins bon niveau de base de résilience (Yau, 2013). Dans le même sens, une récente étude s'est intéressée à la résilience comme facteur de protection face à une RA, en identifiant des traits reflétant la résilience, comme l'optimisme, l'estime de soi et le courage qui sont associés à de plus bas niveaux de ruminations et de symptômes dépressifs post-RA (O'Sullivan et al., 2019).

Aucune étude à ce jour n'a étudié la résilience en lien avec une RA chez les jeunes présentant des vulnérabilités au stress comme ceux ayant un TMG. Dans le même sens, la plupart des études chez les personnes aux prises avec un TMG concernant la résilience se concentrent sur la résilience en tant que résultat, en mesurant la résilience à partir de la rémission face aux symptômes (Meyer & Mueser, 2011; Mizuno et al., 2016) plutôt que comme ressource pour faire face à des épreuves

comme une RA. En fait, peu d'études considèrent la possibilité que les personnes ayant un TMG puissent être résilientes malgré leur diagnostic. Par exemple, plusieurs études s'attardent à la résilience chez les personnes à haut risque de développement de TMG, en considérant la résilience comme l'absence du développement du trouble malgré un contexte de vulnérabilité (Doucet et al., 2017; Kim et al., 2013; Marulanda & Addington, 2016). Néanmoins, quelques études plus récentes commencent à s'intéresser à la résilience au-delà des symptômes du TMG. C'est le cas de l'étude de Browne et collègues (2018) qui s'intéresse aux ressources des personnes ayant un trouble psychotique en évoquant que parmi ces individus, ceux ayant certaines ressources comme un sentiment de justice (force qui permet de garder une vie communautaire saine), une humanité (capacité à créer des liens avec les autres) et une transcendance (capacité à créer des liens plus vastes et à donner un sens) ont un meilleur bien-être ainsi que de meilleures relations interpersonnelles que ceux ne disposant pas de ces ressources. Dans le même sens, les résultats de Nunes et da Rocha (2022) démontrent que les personnes vivant avec un TMG ayant certaines ressources caractérisant la résilience, soit les compétences personnelles et l'acceptation de la vie et de soi-même, ont une meilleure perception de leur rôle dans la vie au niveau physique, psychologique, social et environnemental. Malheureusement, ce ne sont pas toutes les personnes ayant un diagnostic de TMG qui possèdent ces ressources. En effet, il semble que les personnes ayant un diagnostic de TMG sont généralement moins résilientes que les personnes n'ayant pas ce diagnostic (Choi et al., 2015; Wartelsteiner et al., 2013). Cela dit, les individus avec un TMG présentant de la résilience ont une meilleure qualité de vie que ceux n'affichant pas de résilience (Lee et al., 2017; Pardeller et al., 2020; Wartelsteiner et al., 2013).

Considérant la variété au niveau du profil de résilience chez les personnes aux prises avec un TMG et la possible implication de la résilience sur l'adaptation post-rupture chez les jeunes ne

présentant aucun TMG, une meilleure compréhension de l'expérience de la RA chez les jeunes présentant un TMG est nécessaire.

1.6.2 Résilience et maltraitance durant l'enfance

La résilience se développe dès l'enfance par l'interaction de l'enfant avec son environnement (Kim-Cohen & Gold, 2009). Plusieurs expériences infantiles peuvent influencer le développement de la résilience. Plus particulièrement, les expériences d'adversité durant l'enfance, comme la maltraitance, peuvent façonner le développement de la résilience (Bolger & Patterson, 2003; Francoeur et al., 2020; Simeon et al., 2007). À titre d'exemple, les résultats de Topitzes et ses collègues (2013) obtenus auprès de 1539 jeunes suivis de la naissance jusqu'à l'âge de 24 ans, suggèrent que les enfants ayant vécu de la maltraitance sont beaucoup moins résilients au jeune âge adulte comparativement à ceux n'ayant pas vécu de maltraitance. De plus, les jeunes ayant des déficits de cognition sociale sont beaucoup moins résilients que les jeunes n'affichant pas ces lacunes, ce qui se manifeste en un plus haut taux de criminalité en contexte de maltraitance durant l'enfance (Schofield et al., 2015).

1.7 Maltraitance durant l'enfance, cognition sociale, résilience

Quelques études émergentes s'intéressent aux liens entre la maltraitance durant l'enfance, les aptitudes de cognition sociale, la résilience et l'adaptation au stress. En ce sens, les données de Hong et collègues (2018) révèlent que les aptitudes de régulation émotionnelle et la résilience agissent comme variables médiatrices dans la relation entre la maltraitance durant l'enfance et le stress perçu. En ce qui concerne plus particulièrement l'adaptation à la RA, Francoeur et collègues (2020) ont trouvé que la maltraitance durant l'enfance est associée à plus de détresse, moins de résilience et plus de symptômes anxieux, dépressifs et somatiques, directement et indirectement par son association avec la cognition sociale (style d'attribution causale, mentalisation, régulation émotionnelle) chez de jeunes universitaires ayant vécu une RA.

1.8 Éléments liés à la relation et à la rupture amoureuse

La majorité des études qui examinent les éléments associés à l'adaptation post-rupture chez les jeunes adultes se concentrent sur ceux liés à la nature de la relation amoureuse avant la RA, de même que ceux liés à la RA. Parmi les éléments liés à la nature de la relation amoureuse avant la RA, le manque d'engagement dans la relation (Frazier & Cook, 1993; Sprecher et al., 1998), ainsi qu'une relation amoureuse de courte durée (Frazier & Cook, 1993; Locker Jr et al., 2010) sont des facteurs associés à plus de détresse post-rupture. Pour ce qui est des éléments liés à la RA, les jeunes dont le partenaire est celui qui a initié la RA ont plus de mal à s'adapter à la RA en éprouvant plus de détresse post-rupture comparativement aux jeunes ayant initié eux-mêmes la RA (Sprecher et al., 1998). Il est possible que le sentiment de rejet ressenti par le jeune explique cette difficulté d'adaptation à la RA (Perilloux & Buss, 2008). Une RA inattendue comparativement à une RA attendue est aussi associée à plus de détresse post-rupture (Field et al., 2009). Un modèle de compréhension de l'adaptation à la RA se doit de considérer les éléments liés à la nature de la relation amoureuse et à la RA.

1.9 Limites des études antérieures et apport de la présente thèse

La documentation scientifique montre que plusieurs modèles s'intéressent à l'adaptation à la RA, sans toutefois se concentrer sur plusieurs éléments à la fois, sur les prédispositions environnementales ou sur les facteurs de protection et de risque présents avant la RA, qui peuvent influencer l'adaptation à la RA (Collins, 2003; Lepore, 2011; Stroebe & Schut, 1999). Le modèle diathèse-stress (Zuckerman, 1999) présenté précédemment suggère que certains individus peuvent être plus vulnérables aux événements de vie stressants, comme la RA. Afin de bien comprendre pourquoi certains jeunes s'adaptent facilement à la RA et d'autres non, il est important de s'intéresser dans le cadre d'un premier article scientifique à plusieurs variables interreliées, soit la maltraitance durant l'enfance en tant que prédisposition environnementale, et les aptitudes de

cognition sociale (style d'attribution causale, mentalisation, régulation émotionnelle) et la résilience en tant que mécanismes explicatifs, en raison de leur potentielle influence sur l'adaptation à des événements de vie stressants, comme une RA (Boelen & Reijntjes, 2009; Francoeur et al., 2020; Godbout et al., 2013; Norona et al., 2018; Yau, 2013). Cet article scientifique se concentre sur un modèle sociocognitif, qui est sous-étudié dans la documentation scientifique sur l'adaptation à la RA, mais qui est en émergence dans les études sur l'adaptation à des événements de vie stressants. Le premier article de cette thèse s'inscrit dans une étude de plus grande envergure, intégrant aussi l'attachement et le soutien social. Ces deux variables n'ont pas été intégrées à l'article 1 ni à la présente thèse, afin de se concentrer uniquement sur le modèle sociocognitif.

Il faut aussi s'intéresser à l'adaptation à la RA chez des personnes qui peuvent être particulièrement vulnérables aux événements de vie stressants, comme la documentation scientifique le montre chez les jeunes présentant des TMG (Altman et al., 2006; Steen et al., 2011). Considérant l'absence d'études sur le sujet chez les jeunes vivant avec un TMG, une composante qualitative est requise afin d'étudier le phénomène plus en profondeur et de mettre les balises pour de futures études quantitatives (Corbière & Larivière, 2020). D'ailleurs, les analyses qualitatives sont identifiées comme une méthode de valeur pour capturer la complexité et les nuances des expériences amoureuses chez les personnes ayant un TMG (Mizock, 2019; Pickens, 1999). Compte tenu qu'un grand nombre de personnes ayant un diagnostic de TMG présentent potentiellement des lacunes en cognition sociale, un historique de maltraitance durant l'enfance, moins de résilience (Choi et al., 2015; Mancuso et al., 2011; Varese et al., 2012; Wartelsteiner et al., 2013) et un attachement anxieux ou évitant (França et al., 2020; Morriss et al., 2009), et que ces variables peuvent possiblement influencer l'adaptation à des événements stressants comme une RA, il est important de documenter quantitativement ces variables et de les comparer auprès d'une population

de jeunes sans TMG dans la littérature, afin d'offrir des données complémentaires qui peuvent permettre le développement d'hypothèses pour de futures études de plus grande envergure.

1.10 Objectifs et hypothèses

La thèse vise à contribuer à l'avancement des connaissances concernant l'adaptation à la RA chez des jeunes adultes et chez des jeunes particulièrement vulnérables au stress, soit ceux vivant avec un TMG. Le premier article explore d'abord avec un devis longitudinal prospectif, le rôle médiateur de la cognition sociale (attribution causale, mentalisation, régulation émotionnelle) et de la résilience, dans la relation entre la maltraitance durant l'enfance et l'adaptation à la RA (détresse, symptômes psychologiques) chez de jeunes adultes vivant actuellement une RA, tout en contrôlant pour les potentielles covariables (caractéristiques de la RA et de la relation). Conformément aux travaux sur le sujet et à nos données d'étude pilote (Francoeur et al., 2020), il est attendu que les jeunes adultes ayant vécu plus de maltraitance durant l'enfance présentent plus de difficultés de cognition sociale, qui explique de plus bas niveaux de résilience, et qui finalement entraîne plus de difficultés d'adaptation à la RA, soit plus de détresse et de symptômes psychologiques post-RA. Le premier article s'intéresse ensuite à savoir si la maltraitance durant l'enfance, la cognition sociale et la résilience sont liées aux trajectoires sur six mois d'adaptation à la RA, tout en contrôlant pour les potentielles covariables. Il est attendu que plus de maltraitance durant l'enfance, plus de difficultés de cognition sociale et de plus bas niveaux de résilience soient associés à plus de trajectoires de difficultés d'adaptation à la RA, soit plus de détresse et de symptômes psychologiques. Cet article est soumis au *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*.

Le deuxième article vise à augmenter notre compréhension de l'expérience subjective de la RA chez de jeunes adultes vivant avec un TMG à l'aide d'un devis mixte rétrospectif. L'étude comprend une composante qualitative usant d'une approche phénoménologique (Giorgi, 1985), ainsi que des données quantitatives descriptives concernant la cognition sociale (style d'attribution

causale, mentalisation, régulation émotionnelle), la résilience, le style d'attachement, la maltraitance durant l'enfance et les symptômes psychiatriques qui sont comparées avec les travaux portant sur de jeunes adultes sans TMG. Bien que nous ayons des hypothèses concernant l'adaptation à la RA chez les jeunes adultes sans TMG, aucune hypothèse n'est formulée dans le cadre de ce dernier article en raison du caractère exploratoire et de l'absence d'études dans la documentation scientifique concernant l'adaptation à la RA chez les jeunes adultes vivant avec un TMG. Cet article est soumis au Canadian Journal of Community Mental Health.

1.11 Méthodologie

Dans le cadre du premier article de cette thèse, 1385 jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans en couple ont été recrutés, dont 177 ont vécu une RA. Plus précisément, les participants étaient invités à participer à une étude d'une durée de 6 à 18 mois (les participants en couple ont été suivis jusqu'à un maximum de 12 mois et lorsqu'ils vivaient une RA, ils étaient suivis durant six mois post-RA), visant à mieux comprendre les trajectoires amoureuses des jeunes adultes. Afin d'éviter des biais d'échantillonnage, ils n'ont pas été avisés que l'étude s'intéresse seulement aux 177 participants ayant vécu une RA durant la période de collecte de données. Aux deux semaines, les participants répondaient à une question sur la détresse et une autre à savoir s'ils avaient vécu une RA. Des mesures concernant leur adaptation à la RA (détresse et symptômes psychologiques) ont été prises, via un questionnaire en ligne, toutes les deux semaines durant six mois post-RA pour la détresse et après un, trois et six mois post-RA pour les symptômes psychologiques. Des mesures concernant la maltraitance durant l'enfance, les aptitudes de cognition sociale (style d'attribution causale, mentalisation, régulation émotionnelle) et la résilience ont été prises au début de l'étude, lorsque les participants étaient tous en couple (et prises à nouveau, pour les aptitudes de cognition sociale et la résilience, après six et douze mois après le commencement de l'étude, bien que ces données subséquentes n'aient pas été utilisées dans les analyses). Un modèle de médiation séquentielle où

la maltraitance durant l'enfance (mesurée rétrospectivement) agit comme variable indépendante, la détresse et les symptômes psychologiques comme variables dépendantes, tandis que les aptitudes de cognition sociale et la résilience comme variables médiatrices, est testé. Bien qu'un long débat existe en ce qui concerne les biais (p. ex. biais de rappel) associés à l'utilisation de données rétrospectives concernant la maltraitance durant l'enfance (Baldwin et al., 2019; Hardt & Rutter, 2004), plusieurs travaux suggèrent que les études qui mesurent prospectivement la maltraitance durant l'enfance obtiennent des résultats similaires aux études mesurant rétrospectivement celle-ci dans des modèles de médiation (Dion et al., 2019; Herrenkohl et al., 2003). Dans le même sens, selon Kraemer et collègues (2008), un modèle de médiation ayant deux ou trois temps de mesure, comme c'est le cas ici avec la maltraitance durant l'enfance (mesurée rétrospectivement), la cognition sociale et la résilience (mesurées au début de l'étude, lorsque les participants sont en couple), ainsi que l'adaptation à la RA (mesurée lors de la RA) est adéquat pour établir des médiateurs. Enfin, les trajectoires sur six mois d'adaptation à la RA sont développées à l'aide de modélisations linéaires mixtes où la détresse et les symptômes psychologiques agissent comme variables dépendantes.

Pour le deuxième article de cette thèse, une entrevue semi-structurée a été conduite auprès de sept jeunes adultes vivant avec un trouble mental grave, âgés de 21 à 25 ans, concernant une RA ayant été significative pour eux. Une analyse phénoménologique est effectuée selon la méthode de Giorgi (1991). Des données quantitatives descriptives concernant les aptitudes de cognition sociale, la résilience, le style d'attachement, la maltraitance durant l'enfance et les symptômes psychiatriques ont aussi été collectées et sont comparées à la documentation scientifique auprès de jeunes adultes sans TMG.

Chapitre 2 – Article scientifique 1

Title: Why can't I get over you? Predispositions and explanatory mechanisms of romantic breakup adjustment in young adults

Audrey Francoeur (M. Sc.)^{ab}, Isabelle Daigneault (Ph. D.)^b, Audrey Brassard (Ph. D.)^c, Kristin Gëhl^c, Francelyne Jean-Baptiste^d, Gabrielle Riopel^b, Félix Diotte^b, Frédérique Bourget^e, Veronik Sicard (Ph. D.)^f, Briana Cloutier^b, Tania Lecomte (Ph. D.)^b

^aCorresponding author, audrey.francoeur.1@umontreal.ca

^bPsychology department, University of Montréal, Montréal, QC, Canada

^cPsychology department, University of Sherbrooke, Sherbrooke, QC, Canada

^dResearch Center of Montreal Mental Health University Institute, Montréal, QC, Canada

^ePsychology department, University of Quebec in Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC, Canada

^fCHEO Research Institute, Ottawa, ON, Canada

Funding Source Declaration: The current study was funded by The Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (SSHRC) (no. 435-2019-0279).

2.1 Abstract

Background: Most emerging adults will face a romantic breakup (RB), which can be an important life adversity. Childhood maltreatment, poorer social cognition skills and lower levels of resilience (ability to maintain well-being in context of adversity) are also associated with poorer adjustment to life adversities. **Objectives:** The current study investigate whether social cognition (mentalization, emotional regulation, stability and globality of causal attribution) and resilience act as sequential mediators in the relationship between childhood maltreatment and immediate RB adjustment (distress and psychological symptoms); and whether childhood maltreatment, social cognition and resilience are associated with RB adjustment trajectories over the course of six months. **Participants and setting:** We recruited 1385 youth aged between 18 and 25 years, of whom 177 experienced a RB during the study. **Methods:** Measures of childhood maltreatment, social cognition, resilience were administered in the beginning of the study. Distress was measured every two weeks, while psychological symptoms were measured after one, three, and six months post-RB. **Results:** Multiple ordinary least-square regressions reveal that childhood maltreatment is associated with lower levels of emotional regulation, which in turn is related to more psychological symptoms. Linear mixed modeling analyses reveal that childhood maltreatment and a stable causal attribution are associated with an increase in psychological symptoms trajectories, while lower levels of mentalization and emotional regulation are related to more overall (intercept) psychological symptoms. **Conclusions:** Findings indicate that childhood maltreatment and lower levels of social cognition skills can explain immediate post-RB adjustment difficulties, and trajectories of post-RB adjustment difficulties over six months.

Keywords: Romantic breakup; childhood maltreatment; social cognition; resilience; young adult

2.2 Introduction

Young adulthood represents, for most individuals, a period of romantic investment. As observed by Simon and Barrett (2010), about 57% of young adults (aged between 18 to 23 years old) report to be in a romantic relationship. Moreover, romantic relationships occupy a central space in the lives of young people (Sorensen, 2007; Watkins & Beckmeyer, 2020), as they tend to spend a large part of their time thinking and talking about their love affairs (Furman, 2002). The importance given to romantic relationships is far from surprising considering that young people engaged in a romantic relationship experience greater well-being and display better mental health than those who are single (Braithwaite et al., 2010; Gómez-López et al., 2019). Beginning a romantic relationship is also associated with increases in self-esteem, with the increase persisting longer when the relationship lasts at least one year (Luciano & Orth, 2017).

Although emerging adults are capable of commitment to a romantic relationship, recent research suggest that it's not the case for many young people who engage in several consecutive romantic relationship (Shulman & Connolly, 2013). This transitional stage allows them to integrate what they wish for in a long-term romantic relationship (Shulman & Connolly, 2013). Thus, a considerable number of youth experience a romantic breakup (RB); given romantic relationships tend to be short lived among young adults (Rauer et al., 2013). According to Lantagne and colleagues (2017), 37% of young adults have experienced a RB in the last 12 months. This rate is crucial considering that many young individuals identify the breakup as one of the most stressful events of their life (Kendler et al., 2003).

2.2.1 Romantic breakup impacts

A romantic breakup can have a significant impact on youth's social functioning. According to Larson and colleagues (2012), experiencing a RB is associated with an increase in alcohol and substance consumption in youth, as well as an increase in offending among young males. Youth

also tend to experience anger following a RB, which impacts their social relationships (Purwoko & Fitriyah, 2018). Romantic breakup can also affect subsequent romantic relationships, as it increases youth's doubts about their competence to sustain a future romantic relationship (Connolly & McIsaac, 2009) and increases their difficulties within a relationship four years later (Shulman et al., 2017).

A RB can also seriously affect the mental health of youth: it increases the likelihood of experiencing depressive symptoms (Mirsu-Paun & Oliver, 2017), even after controlling for other life stressors (Monroe et al., 1999) and the risk of suicide attempts among young adults (Donald et al., 2006). It is no wonder considering that relationship endings enhance feelings of worthlessness and abandonment (Connolly & McIsaac, 2009). Furthermore, RBs is also known as stress-related triggers for the onset of a severe mental disorder such as bipolar and psychotic disorders (Koenders et al., 2014; Smulevich et al., 2018).

2.2.2 Predispositions and explanatory mechanisms of romantic breakup adjustment

While a breakup can have deleterious impacts on social functioning and mental health, some young people appear to overcome breakups without dire consequences. Some youth find that the RB makes them feel happy, less anxious and even bring a sense of relief and freedom (Carter et al., 2018). Several studies attempt to understand why RB adjustment varies from one young individual to another. The diathesis-stress model (Zuckerman, 1999) suggests that individuals may have genetic, biological, environmental, and cognitive predispositions, that make them more vulnerable to stressful life events such as RB. Researchers begin to add potential protective and risk factors (explanatory mechanisms) to the model, which can counter the negative impacts of predispositions on adjustment to stressful life events (Cheng et al., 2016; Lewinsohn et al., 2001; Swearer & Hymel, 2015). The current study focuses more particularly on childhood maltreatment

as a predisposition to RB adjustment difficulties, as well as social cognition and resilience as risk or protective factors (mechanisms explanatory) of RB adjustment difficulties.

2.2.3 Predisposition: Childhood maltreatment

An emergent literature identifies history of childhood maltreatment, which includes witnessing violence between parents, physical, sexual, and emotional abuse (Bremner et al., 2007), as a potential predisposition for breakup difficulties. Recent studies suggest that childhood maltreatment is associated with more distress and psychological symptoms following a RB (Barolet et al., 2022; Francoeur et al., 2020). Similarly, Heshmati and colleagues (2021) reveal that more experiences of childhood maltreatment are associated with higher levels of RB grief. Childhood maltreatment is associated with more frequent reliance on maladaptive coping strategies (Perlman et al., 2016) and greater adjustment difficulties to stressful life events in young adults, including a higher risk of a major depression diagnosis (Zheng et al., 2020), alcohol-related problems (Young-Wolff et al., 2012), and suicide behaviors (Duprey et al., 2021).

2.2.4 Explanatory mechanism: Social cognition

A key potential explanatory mechanisms of post-breakup difficulties is social cognition. Social cognition includes a variety of complex processes that enable us to understand and adjust to the social world (Beer & Ochsner, 2006), such as recognition of emotions, intentions, and cognitions (mentalization) of self and others, causal attribution style, and mastery of emotional regulation strategies (Green et al., 2008). The scientific literature regarding the role of social cognition on RB adjustment is still emerging. However, its role in adjustment to stressful life events is well documented (Bennett et al., 2005; Parada-Fernández et al., 2020; Stikkelbroek et al., 2016), thus making this variable a preferred variable for understanding RB adjustment.

To our knowledge, few studies focus on the role of mentalization in RB adjustment of youth. Mentalization is divided into three dimensions, namely the recognition of one's own mental

processes (mentalization related to oneself), those of others (mentalization related to others) and the motivation to mentalize (Dimitrijević et al., 2017). In our previous study, we show that higher levels of mentalization are associated with higher levels of resilience (ability to maintain well-being in context of significant adversity; Kolar, 2011), and fewer psychological symptoms following a RB (Francoeur et al., 2020). The lack of literature on the subject is surprising considering that higher levels of mentalization are associated with better adjustment to adversities such as childhood maltreatment (Huang et al., 2020; Taubner & Curth, 2013), war experiences (Berleković & Dimitrijević, 2020), and stressful life events (Parada-Fernández et al., 2020), and are also associated with higher levels of resilience (Kealy et al., 2021).

Another potential explanatory mechanism is attributional style, a concept that reflects how individuals explain negative life events that befall them (Dykema et al., 1996), which is extensively studied in the context of adjustment to stressful life events, such as a RB. For instance, a stable (effects are stable in time versus instable) and global (effects are global versus specific to the context) attributional style for negative life events is related to more severe and chronic depressive symptoms in individuals with a history of childhood maltreatment (Schierholz et al., 2016). Regarding attribution style specific to the RB, inconsistent results are found as some studies have suggested that individuals attributing the responsibility of the RB to themselves tend to present more depressive and anxious symptoms (e.g., Boelen & Reijntjes, 2009), while others show that young people perceiving the RB as being caused by the former partner present more distress than those who do not (Tashiro & Frazier, 2003). In the context of a RB, no studies to our knowledge have looked at the role of the general attribution style (not specific to RB) on RB adjustment.

Emotional regulation and how it can modulate one's adjustment to stressful life events, such as a RB, is extensively studied as an explanatory mechanism in various context. Emotional regulation represents intentional ways of handling emotionally arousing information (Garnefski et

al., 2001; Thompson, 1991; Ochsner & Gross, 2005). Evidence reveals that, following a RB, higher levels of emotional regulation skills are related to less distress, fewer psychological symptoms (Francoeur et al., 2020), more personal growth (Norona et al., 2018) and less 'love trauma syndrome' (i.e., anger, depression, guilt, disappointment, loss of self-confidence and disturbance in functioning; Rajabi & Nikpoor, 2018). Moreover, higher levels of emotional regulation are associated with superior adjustment to many life adversities such as war experiences (Perlick et al., 2017), divorce (Goli et al., 2019), and occupational stress (Saedpanah et al., 2016). In fact, according to Mestre and colleagues (2017), higher levels of emotional regulation are predictors of higher levels of resilience in youth (Mestre et al., 2017).

2.2.5 Explanatory mechanism: Resilience

Resilience is also identified as a potential explanatory mechanism of post-RB difficulties. Although there is no consensus on the definition of resilience (Olsson et al., 2003), resilience can be defined by the ability of the individual to sustain their well-being in context of significant adversity, by using their psychological, social, cultural, and physical resources (Ungar, 2008). Studies focusing on resilience in RB context suggest that higher levels of resilience are related to higher self-esteem and less maladaptive coping strategies following a RB (Yau, 2013). O'Sullivan and colleagues (2019) also suggest that optimism, a trait reflecting resiliency, is associated with lower levels of depressive symptoms following a RB. Further studies are required to better understand the role of resilience in youth RB adjustment.

2.2.6 Characteristics linked to the romantic relationship and the romantic breakup

The literature on RB adjustment also sheds some light on characteristics linked to the romantic relationship and the RB itself that can potentially modulate RB adjustment. Regarding RB characteristics, Locker Jr and colleagues (2010) reveal that the RB initiator tends to experience less distress and self-doubt following the RB. Being the initiator is also associated with better

global adjustment to the RB (Barutçu Yıldırım & Demir, 2015). Furthermore, an unexpected breakup compared to an expected RB is related to more post-breakup distress (Field et al., 2009). As for the characteristics of the relationship, greater commitment (Sprecher et al., 1998) and greater relationship length (Locker Jr et al., 2010; Sprecher et al., 1998) are related to more RB distress.

2.2.7 Childhood maltreatment, social cognition, and resilience

Several studies attempt to understand predispositions and explanatory mechanisms of adjustment to adversities, such as a RB, using mediation models that include childhood maltreatment (predisposition), social cognition (explanatory mechanism) and resilience (explanatory mechanism). For instance, Hong and colleagues (2018) reveal that lower levels of emotional regulation and resilience partly explain the relationship between experiences of childhood maltreatment and more perceived stress. Emotional regulation also mediates the relationship between childhood maltreatment and depression severity, with lower levels of emotional regulation being associated with more severe depression (Hopfinger et al., 2016). In the same way, a recent study reveals that adolescents who experienced more childhood maltreatment report more personality difficulties, which in turn are partly explained by lower levels of mentalization (Duval et al., 2018). Regarding RB adjustment, a recent cross-sectional study, using a mediation model, shows that the association between more experiences of childhood maltreatment and post-RB difficulties is partly explained by poorer social cognition skills (Francoeur et al., 2020).

The scientific literature agrees that childhood maltreatment is a predictor of social cognitive skills (Crawford et al., 2022; Huang et al., 2020; Schierholz et al., 2016; Taubner & Curth, 2013) and resilience in adulthood (Campbell-Sills et al., 2009; Nishimi et al., 2020). Along the same lines, several studies identify social cognitive skills as predictors of resilience (Hosgoren Alici et al., 2022; Mestre et al., 2017; Nosratabadi et al., 2015), with more social cognitive skills predicting

higher levels of resilience. Thus, a model of RB adjustment that integrates childhood maltreatment, social cognition, and resilience, while considering the potential role of the characteristics linked to the relationship and the RB would help us to understand young adults RB adjustment better. To our knowledge, no longitudinal study focus on predispositions and explanatory mechanisms of young adults RB adjustment.

2.3 Objectives

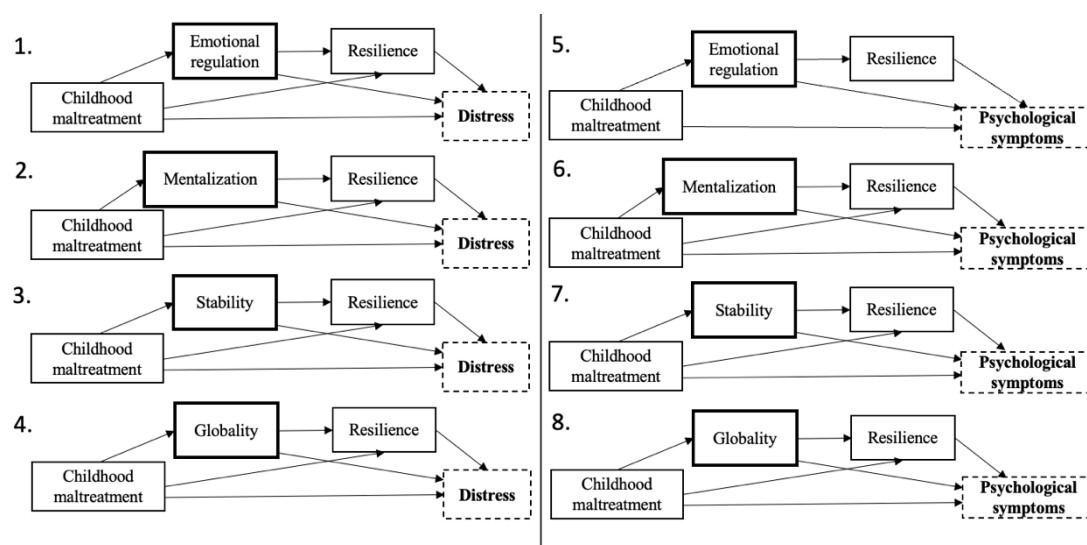
The first objective of this longitudinal study is to test a sequential mediation model where social cognition indicators (independent models : emotional regulation, mentalization, stability and globality of causal attribution style) and resilience sequentially mediate the relation between childhood maltreatment and RB adjustment (independent models: distress, psychological symptoms) as shown in Figure 1, while controlling for covariates such as characteristics of their romantic relationship (e.g., relationship commitment, length of relationship) and characteristics of the RB (person who initiated the RB, expected or unexpected RB; O1). Based on the literature and our pilot data, we first hypothesized that young adults with more experiences of childhood maltreatment would have poorer social cognitive skills, which in turn explains lower levels of resilience, and finally leads to worse RB adjustment (H1). Considering the role of childhood maltreatment on social cognition skills, resilience, and adjustment to stressful events such as RB, as well as the predictive role of social cognition on resilience as show in scientific literature, sequential mediation is the best way to test our hypothesis since this approach allows for the variables to be tested in a sequence, with social cognition predicting resilience.

The second objective of this study is to determine if childhood maltreatment, social cognition and resilience are related to post-breakup adjustment trajectories, while controlling for covariates (O2). We hypothesize that more childhood maltreatment experiences, poorer social cognition skills and lower levels of resilience is associated with more distress (measured every two weeks during

six months post-RB) and psychological symptoms (measured one, three, and six months post-RB) for six months following the RB (H2).

Figure 1

Statistical diagram of the sequential mediation analyses adapted from Model 6 in *Process* (Hayes, 2013).



2.4 Methods

2.4.1 Participants

Following approval from the research ethics board of the *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal*, 1385 young adults currently in a romantic relationship were recruited through social networks (Facebook, Instagram) to participate in a 6 to 18-months (participants in stable relationships were followed up to a maximum of 12 months; when they experienced RA, they were followed for six months post-RB) longitudinal study aiming at better understanding the love paths of young people. This study took place from March 2020 to November 2021, in Canada, as part of a larger study funded by the SSHRC. Participants received 150\$ for their participation. For the purpose of the current study, we only include the 177 participants (12% of entire sample) who experienced a RB during data collection in the analyses and to avoid sampling bias, participants were not aware of this information during data collection.

Participants reported being aged between 18 and 25 years old ($M = 21.73$), 85% identified as being female, 91% were born in Canada and 71% were full-time students. In the current sample, 78% of participants described themselves as heterosexual, 11% as bisexual, 4% as homosexual, 6% as pansexual, and less than 1% as queer. A minority (19%) reported currently living with a mental health disorder, namely anxiety, personality, neurodevelopmental, mood, eating and/or attention deficit hyperactivity disorders. Dropout rate for the entire study is 13%. All were fluent in French.

2.4.2 Procedures

Participants first responded to an online questionnaire via the Qualtrics platform that focus on sociodemographic characteristics, childhood maltreatment, social cognition, resilience, and characteristics of their romantic relationship (e.g., relationship commitment, length of relationship). Questions regarding social cognition and characteristics of the romantic relationship were also measured after six and twelve months of participation in the study. Only baseline data on maltreatment, social cognition, and resilience were used in the analyses. Participants received a link by email every two weeks asking about the state of their relationship (still in relationship or RB). When they mentioned having experienced a RB, they were asked to answer questions about the characteristics of the RB (person who initiated the RB, expected or unexpected RB) and their level of distress. For six months, they received an email questionnaire every two weeks concerning the state of their relationship (still single or back in a relationship) and their level of distress. Additional questions were added regarding psychological symptoms at one, three, and six months post-breakup.

2.4.3 Measures

Sociodemographic questions were asked at the beginning of the study to collect descriptive information such as age, gender, origin, sexual orientation, occupation, and mental health diagnosis. Experiences of childhood maltreatment were documented with the Early Trauma

Inventory Self-Report Short-Form (ETISR-SF; Bremner et al., 2007; Cyr et al., 2007). This 7-item version measures with dichotomous questions (*yes/no*) witnessing marital violence (3 items), neglect (1 item), physical (1 item), psychological (1 item) and sexual abuse (1 item) occurring before the age of 18. The ETISR-SF presents an adequate internal consistency ($\alpha = .78-.90$), as well as satisfactory construct validity (Bremner et al., 2007; Cyr et al., 2007). A total score is computed where higher scores indicate more experiences of childhood maltreatment.

Resilience skills were measured at the beginning of the study by the Child and Youth Resilience Measure-12 (CYRM-12; Liebenberg et al., 2013), a brief version of the original CYRM-28 which contains 28 items (Daigneault et al., 2013; Ungar & Liebenberg, 2011). The CYRM-12 assesses resilience with 12 items on a 5-point Likert Scale (1 = *not at all* to 5 = *a lot*) by observing the individual (e.g., acknowledging one's strength), relational (e.g., family support), and contextual (e.g., community resources) resilience resources and is used with young adults up to 25 years old (Francoeur et al., 2020; McEwen et al., 2022). Since the CYRM-12 (Liebenberg et al., 2013) is not translated into French unlike the CYRM-28 (Daigneault et al., 2013), we use the 12 French items from the CYRM-28 that correspond to the CYRM-12 items for the current study. The French version of the CYRM-28 (Daigneault et al., 2013) has an adequate internal consistency ($\alpha = .88$), as well as the English version of the CYRM-12 (Liebenberg et al., 2013) with a Cronbach's alpha of .75. Both versions present satisfactory validity (Daigneault et al., 2013; Liebenberg et al., 2013). The French version of the CYRM-12 used in the current study has an adequate internal consistency, similar to the English version of the CYRM-12 and the French version of the CYRM-28, with a Cronbach's alpha of .82.

Relationship commitment was measured at the beginning of the study on a 7-point Likert scale with the question: "How committed do you consider yourself to be in your relationship?" from 1 (*not committed at all*) to 7 (*fully committed*), and relationship length (measured at the

beginning of the study) was evaluated with the question: “How long have you been in a relationship with this person?” (in months). As for questions relating to the characteristics of the RB (measured at the moment of the RB), they are as follows: “Who initiated the breakup?” (*me, my partner, or both*) and “Did you expect the breakup?” (*yes/no*).

The French version of the Mentalization Scale (Dimitrijević et al., 2017; Francoeur et al., 2020) was used at the beginning of the study to assess levels of mentalization. The instrument consists of 28 items on a 5-point Likert scale (1 = *completely incorrect* to 5 = *completely correct*) measuring mentalization related to oneself (8 items), mentalization related to others (10 items) and motivation to mentalize (10 items). The English version presents a satisfactory construct validity (Dimitrijević et al., 2017). The French version has an adequate internal consistency, like the English version ($\alpha = .74-.79$), with a Cronbach's alpha of .86 (Dimitrijević et al., 2017; Francoeur et al., 2020). An average score is computed where higher scores indicate higher levels of mentalization.

The causal attribution style for negative life events was measured at the beginning of the study by The Attribution Style Questionnaire (ASQ; Dykema et al., 1996; Simoneau et al., 1990), which presents satisfactory psychometric properties. Internal consistency is adequate, estimated by the Cronbach's alpha of .85 for stability and .88 for globality (Simoneau et al., 1990). The questionnaire includes 12 negative hypothetical events for which participants must rate on a 7-point Likert scale the stability (versus unstable) over time (-3 = *will never affect you* to +3 = *will always affect you*) of the perceived cause of the event as well as its globality (versus specific to the context; -3 = *just affects this sort of event* to +3 = *affects all other areas*). For both dimensions, scores are averaged. For the first dimension, higher scores indicate a more stable causal attribution style. For the second dimension, higher scores indicate a more global causal attribution style.

Emotional regulation was assessed at the beginning of the study by the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ; Acremont & Van der Linden, 2007; Garnefski et al., 2001). This 36-item instrument measures emotional regulation strategies for negative events with a 5-point Likert Scale (1 = *almost never* to 5 = *almost always*). The French version has an adequate internal consistency with Cronbach's alphas larger than .62, as well as satisfactory construct validity (Acremont & Van der Linden, 2007). An average score is computed where higher scores indicate higher levels of emotional regulation.

RB adjustment was measured with two variables: distress (measured every two weeks during six months post-RB) and psychological symptoms (measured at one, three, and six months post-RB). Distress was evaluated with the single item: "How are you feeling right now?". The question is rated on a 10-point Likert scale ranging from 1 (*not good at all*) to 10 (*I feel great*). Psychological symptoms were assessed by the Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983; Gosselin & Bergeron, 1993). This 53-item questionnaire measures on a 5-point Likert Scale (1 = *not at all* to 5 = *extremely*): somatization (7 items), obsessive-compulsive symptoms (6 items), interpersonal sensitivity (4 items), depression (6 items), anxiety (6 items), hostility (5 items), phobic anxiety (5 items), paranoid ideation (5 items) and psychoticism (5 items). The BSI includes four additional items that do not match any dimensions. The total score is computed (Global Severity Index, GSI) where higher scores indicate more psychological symptoms. The psychometric properties (validity and reliability) are satisfactory according to several studies with different populations (e.g., clinical population, students) and people of several nationalities (Derogatis & Melisaratos, 1983; Kerimova & Osmanli, 2016; Pereda Beltran et al., 2007). The French version validated by Gosselin and Bergeron (1993) demonstrates adequate internal consistency for the overall BSI score ($\alpha = .96$).

2.4.4 Data analysis

To test the first objective (O1) and the first hypothesis (H1), multiple ordinary least-squares (OLS) regressions are computed using Model 6 for sequential mediation from Process (Hayes, 2013) with IBM SPSS 27 using childhood maltreatment as an independent variable, distress, and psychological symptoms as dependent variables (independent models, see Figure 1), and social cognition indicators (independent models, see Figure 1) and resilience as mediators. Indirect effects (mediation) are tested using 5,000 resampling bias-corrected bootstrap confidence interval (CI). When zero is not included in the interval, they are considered statistically significant. A 95% level of confidence is used for all analyses.

To test trajectories of RB adjustment over time based on childhood maltreatment, social cognition, and resilience (O2), linear mixed modeling (LMM) in IBM SPSS 27 and maximum likelihood estimation are used, since it does not have restrictive assumptions for missing data. LMM with growth models allows examining the rate of change of a variable, such as distress (measured every two weeks during six months post-RB) and psychological symptoms (measured at one, three, and six months post-RB), over time. As an initial step, an unconditional mean model (no predictors included) was estimated to compute the intraclass correlation coefficient (ICC) and confirm the utility of modeling a growth curve. ICC describes the amount of variance in an outcome that is attributed to difference in individuals (Shek & Ma, 2011). As a second step, an unconditional linear growth curve model examining simple linear and quadratic and temporal trends (time added in the model) in distress and psychological symptoms (two independent models) was conducted. Finally, childhood maltreatment, social cognition indicators and resilience were added to the model (conditional linear growth model), while controlling for potential covariates. Interactions between potential predictors (childhood maltreatment, social cognition indicators and resilience) with time

were also added to the model, to explore change over time on distress and psychological symptoms. A 95% level of confidence is used for all analyses.

2.5 Results

2.5.1 Preliminary analyses

Table 1 shows Pearson correlations between the study variables. Emotional regulation, globality of causal attribution, resilience, distress (higher score means less distress) and psychological symptoms are all significantly and negatively correlated with childhood maltreatment. Furthermore, higher levels of resilience are also associated with higher levels of emotional regulation and mentalization, and with a global causal attribution style. More distress regarding the RB is associated with more childhood maltreatment experiences, it is also associated with higher levels of emotional regulation and resilience. Psychological symptoms are significantly correlated with all study variables, with more psychological symptoms being associated with lower levels of emotional regulation, mentalization and resilience, as well as a stable and global attribution style and more distress. Finally, a stable causal attribution style is associated with a global attribution style.

Table 1

Pearson correlations between study variables scores with 95% confidence intervals.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Childhood maltreatment	-							
2. Emotional regulation	-.20**	-						
3. Mentalization	.04	.00	-					
4. Stability	.05	-.06	-.11	-				
5. Globality	.12*	-.05	-.09	.5**	-			
6. Resilience	-.36**	.27**	.30**	-.10	-.22**	-		
7. Distress	-.22**	.17*	.14	.01	-.07	.26**	-	
8. Psychological symptoms	.29**	-.25**	-.25**	.29**	.26**	-.28**	-.51**	-

* $p < .05$.

** $p < .01$.

2.5.2 Immediate breakup adjustment through two mediators

Analyses were first conducted to examine the relationship between covariates and immediate post-breakup distress and psychological symptoms. For the current purpose, RB initiator was collapsed into three dichotomous variables: “I initiated the RB” (49%) or not; “my partner and me initiated the RB” (19%) or not; “my partner initiated the RB” (32%) or not. No difference in psychological symptoms and distress emerges as a function of relationship length, relationship commitment, being the RB initiator and the partner being the RB initiator ($p > .05$). However, an expected RB is associated with fewer psychological symptoms ($r = -.19, p = .03$), and no difference in distress is found ($p > .05$). When both partners initiated the RB they experience less distress following the RB ($r = -.19, p = .02$) than when either do, and no difference in psychological symptoms is found ($p > .05$). Consequently, “both partners initiated the RB or not” (both initiators) was included in analyses regarding distress, while “expected or unexpected RB” (expected RB) was included in analyses regarding psychological symptoms.

The total effect of childhood maltreatment on RB adjustment shows that participants with a history of childhood maltreatment report more distress ($\beta = -.30, p < .001, R^2 = .10$) and more psychological symptoms following the RB ($\beta = 6.12, p < .001, R^2 = .11$). The direct association (when controlling for mediators and covariates) between childhood maltreatment and RB adjustment reveals that participants who experienced childhood maltreatment face more distress ($\beta = -.24, p = .02, R^2 = .15$) and more psychological symptoms following the RB ($\beta = 3.74, p = .04, R^2 = .24$). Based on Cohen's (1988) criteria, effect sizes for distress (total effect and direct effect) and for psychological symptoms (total effect) are considered medium ($R^2 \cong .09$), while effect size for psychological symptoms (direct effect) is considered medium ($R^2 \cong .09$) to large ($R^2 \geq .25$).

Table 2

Indirect effects of childhood maltreatment via social cognition indicators and resilience on romantic breakup adjustment indicators.

Dependent variables	Distress (covariate: “both initiators”)		Psychological symptoms (covariate: “expected RB”)	
	95% CI		95% CI	
Mediators	EC	LL-UL	EC	LL-UL
CM →REG→DV	-.03	[-.08, .01]	1.42	[.33, 2.88]*
CM →MZ→DV	.02	[-.01, .06]	.04	[-.46, .74]
CM →STAB→DV	.00	[-.02, .02]	-.02	[-.45, .43]
CM →GLOB→DV	.00	[-.02, .03]	.24	[-.24, 1.08]
CM →RESI→DV	-.05	[-.13, .03]	.53	[-.88, 2.11]
CM →REG→RESI→DV	-.01	[-.02, .00]	.05	[-.10, .28]
CM →MZ→RESI→DV	.00	[.00, .02]	-.05	[-.35, .09]
CM →STAB→RESI→DV	.00	[.00, .00]	.00	[-.04, .05]
CM →GLOB→RESI→DV	.00	[-.01, .00]	.02	[-.06, .16]

Note. *RB* romantic breakup, *CM* childhood maltreatment, *REG* emotional regulation, *DV* dependent variable, *MZ* mentalization, *STAB* stability of causal attribution, *GLOB* globality of causal attribution, *RESI* resilience, *EC* effect coefficient, *CI* confidence interval based on 5,000 bootstrap samples, *LL* lower level, *UL* upper level

*CI excludes 0

As shown in Table 2, regression coefficients for the indirect effects of childhood maltreatment on distress following the RB through social cognition and resilience indicators (see Figure 1), yield no significant results (CI included 0). Regression coefficients for the indirect effects of childhood maltreatment on psychological symptoms following the RB through social cognition and resilience indicators (see Figure 1) show that experiences of childhood maltreatment

are indirectly associated with more psychological symptoms through lower levels of emotional regulation with CI excluding 0. Effect size (ratio of indirect to total effect of childhood maltreatment on dependent variables) for the mediation effect shows that emotional regulation carries 23% of the childhood maltreatment total effect on psychological symptoms. Other indirect effects of social cognition and resilience indicators in the link between childhood maltreatment and psychological symptoms are not significant (CI included 0).

2.5.3 Trajectories of romantic breakup adjustment over six months

First, the unconditional mean model yields an ICC of .43 for distress and .73 for psychological symptoms, suggesting that about 43% of the total variation of distress and 73% of the total variation of psychological symptoms are due to interindividual differences. This exceeds the suggested minimum cutoff of 25% for the utility of growth curve modeling as described by Shek and Ma (2011). Second, the unconditional linear growth curve model was tested with only the time following the RB added as a predictor. Results reveal that there is a significant linear decrease in distress ($\beta = .03$, $SE = .01$, $p < .001$) with a mean distress indicator of 6.31. Similarly, there is a significant linear decrease in psychological symptoms over time ($\beta = -.53$, $SE = .13$, $p < .001$), with a mean psychological symptoms' indicator of 98.74. The unconditional quadratic growth curve model is non-significant ($p > .05$) for distress and psychological symptoms.

Before adding the main predictors (childhood maltreatment, mentalization, emotional regulation, stability of causal attribution, globality of causal attribution and resilience) to the model, the effect of the potential covariates, namely relationship commitment, length of relationship, person who initiated the RB and expected or unexpected RB, were all tested individually on overall level (intercept) of distress and psychological symptoms. These results reveal that only relationship commitment is significant for distress ($\beta = .59$, $SE = .12$, $p < .001$), while all other covariates are

not significant ($p > .05$) for distress and psychological symptoms. This indicates that higher relationship commitment is associated with less overall distress. Hence, only the effect of relationship commitment on distress is controlled in subsequent analyses.

Table 3 presents the results for LMMs. Results indicate that childhood maltreatment, mentalization, emotional regulation, stability, globality and resilience are not significantly related to the overall level (intercept) of distress or to trajectories of change in post-RB distress (interaction with time; $p > .05$). However, relationship commitment is significantly related to intercept, indicating that higher relationship commitment is associated with less overall distress following the RB. As shown in Table 3, childhood maltreatment is a significant predictor of intercept and trajectories of change in psychological symptoms, with more experiences of childhood maltreatment predicting more psychological symptoms and an increase in psychological symptoms over six months. Results reveal that mentalization and emotional regulation are significantly related to overall level of psychological symptoms, but not to trajectories of change in psychological symptoms ($p > .05$). This means that lower levels of mentalization and emotional regulation are associated with more psychological symptoms. Significant results of stability of causal attribution on psychological symptoms reveal that a tendency to make causal attributions that are stable over time is associated with more overall psychological symptoms and with an increase in psychological symptoms over six months. The effects of globality of the causal attribution and resilience on the intercept and trajectories of psychological symptoms are not significant ($p > .05$).

Table 3

Results from linear mixed models on distress and psychological symptoms trajectories.

Parameter	Distress					Psychological symptoms				
	β	SE	t	p	95% CI LL-UL	β	SE	t	p	95% CI LL-UL

Intercept	1.60	1.68	.95	.342	[-1.71, 4.91]	192.47	26.43	7.28	.000**	[140.15, 244.79]
Childhood maltreatment	-.16	.08	-2.01	.050	[-.32, .00]	3.25	1.25	2.60	.010*	[0.78, 5.72]
Mentalization	.45	.30	1.48	.142	[-.15, 1.05]	-14.37	4.70	-3.06	.003*	[-23.66, -5.09]
Emotional regulation	.42	.33	1.29	.199	[-.23, 1.07]	-13.67	5.04	-2.71	.007*	[-23.62, -3.72]
Stability	.15	.18	.83	.409	[-.21, .50]	6.78	2.74	2.45	.014*	[1.37, 12.19]
Globality	-.06	.17	-.38	.705	[-.39, .26]	3.37	2.54	1.32	.187	[-1.66, 8.39]
Resilience	.53	.27	1.93	.056	[-.01, 1.06]	-3.63	4.17	-.87	.385	[-11.87, 4.61]
Relationship commitment	.55	.11	4.91	.000**	[.33, .78]	-	-	-	-	-
Time*Childhood maltreatment	.00	8.37	-2.67	.333	[.00, .00]	.01	.001	3.49	.000**	[.00, .01]
Time*Mentalization	1.92	.00	.07	.944	[.00, .00]	-.01	.00	-1.30	0.20	[-.01, .00]
Time*Emotional regulation	-5.99	.00	-.21	.836	[.00, .00]	.00	.01	-.85	.396	[-.01, .01]
Time*Stability	.00	.00	.65	.518	[.00, .00]	.01	.00	2.83	.01*	[.00, .01]
Time*Globality	.00	.00	-.64	.520	[.00, .00]	.00	.00	1.44	.151	[.00, .01]
Time*Resilience	.00	.00	1.34	.183	[.00, .00]	.00	.00	.13	.894	[-.01, .01]

Note. β coefficient estimate, *SE* standard error, *CI* confidence interval, *LL* lower level, *UL* upper level.

* $p < .05$.

** $p < .001$.

2.6 Discussion

Taken together, results show that the relationship between childhood maltreatment and psychological symptoms directly after the RB, is partially explained by emotional regulation. Furthermore, childhood maltreatment and a stable causal attribution style are associated with an

increase in psychological symptoms trajectories over six-month, whereas lower levels of mentalization and emotional regulation are related to worse overall psychological symptoms.

2.6.1 Immediate post-breakup adjustment

The present study aims to test a sequential mediation model where social cognition indicators (emotional regulation, mentalization, stability and globality of causal attribution style) and resilience sequentially mediate the relation between childhood maltreatment and RB adjustment (distress, psychological symptoms). As expected, history of childhood maltreatment is found to be associated with immediate RB distress and psychological symptoms. Contrary to our hypothesis, no indirect effects of childhood maltreatment on distress through social cognition and resilience indicators are found. These results for distress are surprising and could potentially be explained by the lack of specificity of our variable measuring distress. The question's formulation is very general and might have led to different interpretations. Also, the question targets current distress, whereas we show by our trajectories results that childhood maltreatment can have continuous effects over time.

Regarding psychological symptoms, experiences of childhood maltreatment are associated with lower levels of emotional regulation, which in turn is related to more psychological symptoms. Surprisingly, the indirect effects of childhood maltreatment on psychological symptoms through mentalization, causal attribution style (stability and globality) and resilience are not significant. Results regarding mentalization might be explained by the fact that a minority of participants experienced more than one experience of childhood maltreatment. More precisely, Weijers and colleagues (2018) find that, in a nonaffective psychotic disorder sample, the mediating effect of mentalization on negative symptoms is only observed in cases of severe childhood maltreatment, which might also be the case in the general population. Results for causal attribution could be explained by the fact that we measured general causal attribution style rather than RB attribution

as in most other studies (Boelen & Reijntjes, 2009; Tashiro & Frazier, 2003). Another possible explanation could be that childhood maltreatment may have a comparatively stronger impact, potentially reducing the effects of our mediating variables.

2.6.2 Romantic breakup adjustment over time

The present study also aims at determining if history of childhood maltreatment, poorer social cognition skills and lower levels of resilience are associated with more distress and psychological symptoms trajectories over six months post-RB. Consistent with our hypothesis and literature, childhood maltreatment and a stable causal attribution style are associated with more psychological symptoms and with an increase in psychological symptoms trajectories, while lower levels of mentalization and emotional regulation are related to more overall psychological symptoms but not to psychological symptoms trajectories over time. These findings are consistent with our prior cross-sectional study showing the role of childhood maltreatment and social cognition in adjustment to a RB (Francoeur et al., 2020). However, contrary to our predictions, childhood maltreatment, social cognition indicators and resilience are not predictors of linear trajectories of distress. The lack of specificity of our measure of distress or other concurrent predictors might explain these results. Similarly, globality of the causal attribution and resilience are not predictors of linear trajectories of psychological symptoms.

2.6.3 Implications

It is noteworthy that no studies to our knowledge attempt to identify predictors of RB adjustment using a prospective perspective while including many aspects of social cognition, as we do. Yet, social cognition skills are associated with better coping with stressful life situations (Francoeur et al., 2020; Parada-Fernández et al., 2020; Schierholz et al., 2016). Our results support the important role of childhood maltreatment and social cognition skills in adjustment to adversities (Parada-Fernández et al., 2020; Schierholz et al., 2016), such as a RB (Francoeur et al., 2020;

Rajabi & Nikpoor, 2018; Yau, 2013). Although further studies are required, the results of this study highlight the importance for mental health professionals working with young people who experienced a recent RB to consider childhood maltreatment and social cognition skills when assessing RB adjustment. Interventions targeting these aggravating or facilitating factors might also be studied in such context. As therapies targeting social cognitive skills are effective on social functioning in schizophrenia (Roberts & Penn, 2009), it may be relevant to develop and test similar therapies for young adults without mental illnesses in the context of stressful life events such as RB.

Young adulthood represents a period of romantic instability for many young people. This is also a period where some young people develop a psychotic disorder, such as schizophrenia, since the average age for a first episode of psychosis is approximately 21 years old (Pulver et al., 1990). Individuals living with schizophrenia are at higher risk of having an history of childhood maltreatment (Varese et al., 2012) and difficulties in social cognition (Mancuso et al., 2011). Knowing that, and the findings of the current study showing associations between experiences of childhood maltreatment, poorer social cognition and post-RB difficulties, it is possible to hypothesize that a RB could be particularly difficult for young adults living with schizophrenia. Thus, it would be interesting for future studies to focus on romantic breakup adjustment in young adults with other severe mental disorders.

2.6.4 Limitations and recommendations

One of the primary limitations of the current study is the possibility that the Covid19 pandemic influenced the levels of distress and psychological symptoms during the entire study. Our recruitment started at the beginning of the pandemic and the implementation of sanitary measures in Quebec, such as a lock-down, which may have increased the level of distress and psychological symptoms of participants (García et al., 2021; Twenge & Joiner, 2020). Furthermore,

only self-reported questionnaires are used, which could potentially affect validity of the answers collected. Also, the lack of heterogeneity in the sample limits the generalization to all youth, since most of our sample identified as female (85%) and heterosexual (78%), with poor representativity of the LGBTQ+ and cultural/ethnic diversity of minority groups (91% born in Canada). It would also have been relevant to run analyses for the non-heterosexual subgroup (22%), to see if their romantic breakup adjustment differs. Future studies should also distinguish different types of childhood maltreatment. However, the cumulation of childhood maltreatment experiences is more appropriate for the current study considering that most participants mentioned one or less experiences of childhood maltreatment.

2.7 References

- Acremont, M., & Van der Linden, M. (2007). How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Journal of Adolescence*, 30(2), 271–282. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.02.007>
- Barolet, J. C. (2022). *Adaptation face à une rupture amoureuse non-désirée chez les jeunes adultes de 18 à 25 ans, selon les traumatismes à l'enfance, l'attachement et la régulation émotionnelle* [Master dissertation, University of Montreal]. Papyrus. <http://hdl.handle.net/1866/26570>
- Barutçu Yıldırım, F., & Demir, A. (2015). Breakup adjustment in young adulthood. *Journal of Counseling & Development*, 93(1), 38–44. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2015.00179.x>
- Bennett, S., Farrington, D. P., & Huesmann, L. R. (2005). Explaining gender differences in crime and violence: The importance of social cognitive skills. *Aggression and Violent Behavior*, 10(3), 263–288. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2004.07.001>
- Berleković, V., & Dimitrijević, A. (2018). Attachment and mentalization in war veterans with and without post-traumatic stress disorder. In A. Hamburger (ed.), *Trauma, Trust, and Memory* (pp. 151–159). Routledge.
- Boelen, P. A., & Reijntjes, A. (2009). Negative cognitions in emotional problems following romantic relationship break-ups. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 25(1), 11–19. <https://doi.org/10.1002/smi.1219>
- Braithwaite, S. R., Delevi, R., & Fincham, F. D. (2010). Romantic relationships and the physical and mental health of college students. *Personal Relationships*, 17(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2010.01248.x>

- Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the Early Trauma Inventory–Self Report. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *195*(3), 211–218. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c>
- Campbell-Sills, L., Forde, D. R., & Stein, M. B. (2009). Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *Journal of Psychiatric Research*, *43*(12), 1007–1012. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.01.013>
- Carter, K. R., Knox, D., & Hall, S. S. (2018). Romantic breakup: Difficult loss for some but not for others. *Journal of Loss and Trauma*, *23*(8), 698–714. <https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1502523>
- Cheng, S. C., Walsh, E., & Schepp, K. G. (2016). Vulnerability, stress, and support in the disease trajectory from prodrome to diagnosed schizophrenia: Diathesis–stress–support model. *Archives of Psychiatric Nursing*, *30*(6), 810–817. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.008>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Routledge.
- Connolly, J. A., & McIsaac, C. (2009). Romantic relationships in adolescence. In R. M. Lerner, & L., Steinberg, L. (eds.), *Handbook of adolescent psychology: Contextual influences on adolescent development* (3rd ed., vol. 2, pp. 104–151). John Wiley & Sons, Inc.
- Crawford, K. M., Choi, K., Davis, K. A., Zhu, Y., Soare, T. W., Smith, A. D., Germine, L., & Dunn, E. C. (2022). Exposure to early childhood maltreatment and its effect over time on social cognition. *Development and Psychopathology*, *34*(1), 409–419. <https://doi.org/10.1017/S095457942000139X>
- Cyr, M., Hébert, M., & Zuk, S. (2007). *Early Trauma Inventory Self-Report–Short Form (ETI-SR SF): French translation from Bremner, Bolus, & Mayer’s original instrument* [unpublished document]. University of Montreal.

- Daigneault, I., Dion, J., Hébert, M., McDuff, P., & Collin-Vézina, D. (2013). Psychometric properties of the Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28) among samples of French Canadian youth. *Child Abuse & Neglect, 37*(2–3), 160–171.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.06.004>
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine, 13*(3), 595–605.
<https://doi.org/10.1017/S0033291700048017>
- Dimitrijević, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijevic, A., & Jolić Marjanovic, Z. (2017). The Mentalization Scale (MentS): A self-report measure for assessment of mentalizing capacity. *Journal of Personality Assessment, 100*(3), 268–280.
<https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1310730>
- Donald, M., Dower, J., Correa-Velez, I., & Jones, M. (2006). Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: A comparison of hospital-based with population-based samples of young adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(1), 87–96.
<https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01747.x>
- Duprey, E. B., Handley, E. D., Manly, J. T., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2021). Child maltreatment, recent stressful life events, and suicide ideation: A test of the stress sensitivity hypothesis. *Child Abuse & Neglect, 113*, 104926.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104926>
- Duval, J., Ensink, K., Normandin, L., & Fonagy, P. (2018). Mentalizing mediates the association between childhood maltreatment and adolescent borderline and narcissistic personality traits. *Adolescent Psychiatry, 8*(3), 156–173.
<https://doi.org/10.2174/2210676608666180829095455>

- Dykema, J., Bergbower, K., Doctora, J. D., & Peterson, C. (1996). An attributional style questionnaire for general use. *Journal of Psychoeducational Assessment, 14*(2), 100–108. <https://doi.org/10.1177/073428299601400201>
- Field, T., Diego, M., Pelaez, M., Deeds, O., & Delgado, J. (2009). Breakup distress in university students. *Adolescence, 44*(176), 705–727.
- Francoeur, A., Lecomte, T., Daigneault, I., Brassard, A., Lecours, V., & Hache-Labelle, C. (2020). Social cognition as mediator of romantic breakup adjustment in young adults who experienced childhood maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 29*(9), 1125–1142. <https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1603177>
- Furman, W. (2002). The emerging field of adolescent romantic relationships. *Current Directions in Psychological Science 11*(5), 177–180. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00195>
- García, R. A. G., Licona, N. A., Ruiz, A. S., & Reyes, P. L. F. (2021). Psychological distress, sanitary measures and health status in student's university. *Nova Scientia, 13*. <https://doi.org/10.21640/ns.v13ie.2602>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences, 30*(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Goli, Z. S., Mirseify Fard, L. S., & Hassanzadehbenam, H. (2019). Effectiveness of coping skills training on cognitive emotion regulation and adjustment after divorce in divorced women. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences, 61*(supplment1), 296–308. <https://doi.org/10.22038/MJMS.2019.15072>
- Gómez-López, M., Viejo, C., & Ortega-Ruiz, R. (2019). Well-being and romantic relationships: A systematic review in adolescence and emerging adulthood. *International Journal of*

Environmental Research and Public Health, 16(13), 2415.

<https://doi.org/10.3390/ijerph16132415>

Gosselin, M., & Bergeron, J. (1993). *Évaluation des qualités psychométriques du questionnaire de santé mentale SCL-90-R*. Cahier de recherche du RISQ.

Green, M. F., Penn, D. L., Bentall, R., Carpenter, W. T., Gaebel, W., Gur, R. C., Kring, A. M., Park, S., Silverstein, S. M., & Heinssen, R. (2008). Social cognition in schizophrenia: An NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1211–1220. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm145>

Hasani, J. (2010). The psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *Journal of Clinical Psychology*, 2(3), 73–83. <https://doi.org/10.22075/JCP.2017.2031>

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation and conditional process analysis: A regression-based approach*. The Guildford Press.

Heshmati, R., Zemestani, M., & Vujanovic, A. (2021). Associations of childhood maltreatment and attachment styles with romantic breakup grief severity: The role of emotional suppression. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(13–14), NP11883–NP11904. <https://doi.org/10.1177/0886260521997438>

Hong, F., Tarullo, A. R., Mercurio, A. E., Liu, S., Cai, Q., & Malley-Morrison, K. (2018). Childhood maltreatment and perceived stress in young adults: The role of emotion regulation strategies, self-efficacy, and resilience. *Child Abuse & Neglect*, 86, 136–146. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.014>

Hopfinger, L., Berking, M., Bockting, C. L., & Ebert, D. D. (2016). Emotion regulation mediates the effect of childhood trauma on depression. *Journal of Affective Disorders*, 198(1), 189–197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.050>

- Hosgoren Alici, Y., Hasanli, J., Saygılı, G., & Kocak, O. M. (2022). The importance of mentalization, coping mechanisms, and perceived stress in the prediction of resilience of healthcare workers. *Psychology, Health & Medicine*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2131855>
- Huang, Y. L., Fonagy, P., Feigenbaum, J., Montague, P. R., Nolte, T., & London Personality and Mood Disorder Research Consortium. (2020). Multidirectional pathways between attachment, mentalizing, and posttraumatic stress symptomatology in the context of childhood trauma. *Psychopathology*, 53(1), 48–58. <https://doi.org/10.1159/000506406>
- Kealy, D., Rice, S. M., Seidler, Z. E., Oliffe, J. L., & Ogradniczuk, J. S. (2021). Reflective functioning and men's mental health: Associations with resilience and personal growth initiative. *Stress and Health*, 37(4), 706–714. <https://doi.org/10.1002/smi.3030>
- Kendler, K. S., Hettema, J. M., Butera, F., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 789–796. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.789>
- Kerimova, M., & Osmanli, N. (2016). The Brief Symptom Inventory: A validity-reliability study of a sample from Azerbaijan. *Journal of Education and Training Studies*, 4(12), 153–159. <http://dx.doi.org/10.11114/jets.v4i12.2000>
- Koenders, M. A., Giltay, E. J., Spijker, A. T., Hoencamp, E., Spinhoven, P., & Elzinga, B. M. (2014). Stressful life events in bipolar I and II disorder: Cause or consequence of mood symptoms?. *Journal of Affective Disorders*, 161, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.036>

- Lantagne, A., Furman, W., & Novak, J. (2017). “Stay or Leave” Predictors of relationship dissolution in emerging adulthood. *Emerging Adulthood, 5*(4), 241–250. <https://doi.org/10.1177/2167696817699750>
- Larson, M., & Sweeten, G. (2012). Breaking up is hard to do: Romantic dissolution, offending, and substance use during the transition to adulthood. *Criminology, 50*(3), 605–636. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2012.00272.x>
- Lewinsohn, P. M., Joiner Jr, T. E., & Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(2), 203–215. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.2.203>
- Liebenberg, L., Ungar, M., & LeBlanc, J. C. (2013). The CYRM-12: A brief measure of resilience. *Canadian Journal of Public Health, 104*(2), e131–e135. <https://doi.org/10.1007/BF03405676>
- Locker Jr, L., McIntosh, W. D., Hackney, A. A., Wilson, J. H., & Wiegand, K. E. (2010). The breakup of romantic relationships: Situational predictors of perception of recovery. *North American Journal of Psychology, 12*(3), 565–578.
- Luciano, E. C., & Orth, U. (2017). Transitions in romantic relationships and development of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 112*(2), 307–328. <http://dx.doi.org/10.1037/pspp0000109>
- Mancuso, F., Horan, W. P., Kern, R. S., & Green, M. F. (2011). Social cognition in psychosis: Multidimensional structure, clinical correlates, and relationship with functional outcome. *Schizophrenia Research, 125*(2–3), 143–151. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.11.007>
- McEwen, C., Alisic, E., & Jobson, L. (2022). Moral injury appraisals in young people from refugee backgrounds in Melbourne, Australia. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001214>

- Mestre, J. M., Núñez-Lozano, J. M., Gómez-Molinero, R., Zayas, A., & Guil, R. (2017). Emotion regulation ability and resilience in a sample of adolescents from a suburban area. *Frontiers in Psychology, 8*(1980), 42–54. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01980>
- Mirsu-Paun, A., & Oliver, J. A. (2017). How much does love really hurt? A meta-analysis of the association between romantic relationship quality, breakups and mental health outcomes in adolescents and young adults. *Journal of Relationships Research, 8*(e5), 1–12. <https://doi.org/10.1017/jrr.2017.6>
- Monroe, S. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Lewinsohn, P. M. (1999). Life events and depression in adolescence: Relationship loss as a prospective risk factor for first onset of major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 108*(4), 606–614. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.4.606>
- Nishimi, K., Choi, K. W., Davis, K. A., Powers, A., Bradley, B., & Dunn, E. C. (2020). Features of childhood maltreatment and resilience capacity in adulthood: Results from a large community-based sample. *Journal of Traumatic Stress, 33*(5), 665–676. <https://doi.org/10.1002/jts.22543>
- Norona, J. C., Scharf, M., Welsh, D. P., & Shulman, S. (2018). Predicting post-breakup distress and growth in emerging adulthood: The roles of relationship satisfaction and emotion regulation. *Journal of Adolescence, 63*(1), 191–193. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.01.001>
- Nosratabadi, M., Bagheri, M., & Fazilat Pour, M. (2015). The mediation role of resiliency in the relationship of attribution styles and personality dimensions with job burnout in surgeons of Kerman city, Iran. *Journal of Kerman University of Medical Sciences, 22*(6), 690–704.
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences, 9*(5), 242–249. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.03.010>

- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26(1), 1–11. [https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(02\)00118-5](https://doi.org/10.1016/S0140-1971(02)00118-5)
- O’Sullivan, L. F., Hughes, K., Talbot, F., & Fuller, R. (2019). Plenty of fish in the ocean: How do traits reflecting resiliency moderate adjustment after experiencing a romantic breakup in emerging adulthood?. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(5), 949–962. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-00985-5>
- Parada-Fernández, P., Herrero-Fernández, D., Oliva-Macías, M., & Rohwer, H. (2020). Stressful life events and hopelessness in adults: The mediating role of mentalization and emotional dysregulation. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(4), 385–392. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1061>
- Pereda Beltran, N., Forns, M., & Peró, M. (2007). Dimensional structure of the Brief Symptom Inventory with Spanish College students. *Psicothema*, 19(4), 634–639.
- Perlick, D. A., Sautter, F. J., Becker-Cretu, J. J., Schultz, D., Grier, S. C., Libin, A. V., Maitland Schladen, M., & Glynn, S. M. (2017). The incorporation of emotion-regulation skills into couple-and family-based treatments for post-traumatic stress disorder. *Military Medical Research*, 4(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s40779-017-0130-9>
- Perlman, M. R., Dawson, A. E., Dardis, C. M., Egan, T., & Anderson, T. (2016). The association between childhood maltreatment and coping strategies: The indirect effect through attachment. *The Journal of Genetic Psychology*, 177(5), 156–171. <https://doi.org/10.1080/00221325.2016.1220912>
- Pulver, A. E., Brown, C. H., Wolyniec, P., McGrath, J., Tam, D., Adler, L., Carpenter, W. T., & Childs, B. (1990). Schizophrenia: Age at onset, gender and familial risk. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82(5), 344–351. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1990.tb01399.x>

- Purwoko, B., & Fitriyah, F. K. (2018). Anger management in adolescents behind romantic breakup: Implementation of solution-focused brief therapy. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research: Proceedings of The 1st International Conference on Education Innovation (ICEI 2017)*, 173, 47–50. <https://doi.org/10.2991/icei-17.2018.13>
- Rajabi, S., & Nikpoor, N. (2018). Comparison of the effectiveness of the transactional analysis training and emotion regulation on the improvement of love trauma syndrome: Dealing with the problems caused by the separation and love break up. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 20(4), 17–28. <https://doi.org/10.12740/APP/99970>
- Rauer, A. J., Pettit, G. S., Lansford, J. E., Bates, J. E., Dodge, K. A. (2013). Romantic relationship patterns in young adulthood and their developmental antecedents. *Developmental Psychology*, 49(11), 2159–2171. <https://doi.org/10.1037/a0031845>
- Roberts, D. L., & Penn, D. L. (2009). Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: A preliminary study. *Psychiatry Research*, 166(2–3), 141–147. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.02.007>
- Saedpanah, D., Salehi, S., & Moghaddam, L. F. (2016). The effect of emotion regulation training on occupational stress of critical care nurses. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 10(12), VC01–VC04. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/23693.9042>
- Schierholz, A., Krüger, A., Barenbrügge, J., & Ehring, T. (2016). What mediates the link between childhood maltreatment and depression? The role of emotion dysregulation, attachment, and attributional style. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 32652. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.32652>
- Shek, D. T., & Ma, C. (2011). Longitudinal data analyses using linear mixed models in SPSS: Concepts, procedures and illustrations. *The Scientific World Journal*, 11, 42–76. <https://doi.org/10.1100/tsw.2011.2>

- Shulman, S., & Connolly, J. (2013). The challenge of romantic relationships in emerging adulthood: Reconceptualization of the field. *Emerging Adulthood, 1*(1), 27–39. <https://doi.org/10.1177/2167696812467330>
- Shulman, S., Seiffge-Krenke, I., Scharf, M., Lev-Ari, L., & Levy, G. (2017). Adolescent depressive symptoms and breakup distress during early emerging adulthood: Associations with the quality of romantic interactions. *Emerging Adulthood, 5*(4), 251–258. <https://doi.org/10.1177/2167696817698900>
- Simoneau, A., Sabourin, S., & Wright, J. (1990). Attributions, événements de vie et dépression. *Science et Comportement, 20*(1), 24–38.
- Smulevich, A. B., Germanova, K. N., Chitlova, V. V., & Voronova, E. I. (2018). Stress-induced depression and reactive schizophrenia. *International Journal of Culture and Mental Health, 11*(1), 27–41. <https://doi.org/10.1080/17542863.2017.1401270>
- Sorensen, S. (2007). *Adolescent romantic relationships*. ACT for Youth Centre of Excellence. http://www.actforyouth.net/resources/rf/rf_romantic_0707.pdf
- Sprecher, S., Felmlee, D., Metts, S., Fehr, B., & Vanni, D. (1998). Factors associated with distress following the breakup of a close relationship. *Journal of Social and Personal Relationships, 15*(6), 791–809. <https://doi.org/10.1177/0265407598156005>
- Stikkelbroek, Y., Bodden, D. H., Kleinjan, M., Reijnders, M., & van Baar, A. L. (2016). Adolescent depression and negative life events, the mediating role of cognitive emotion regulation. *PloS One, 11*(8), e0161062. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161062>
- Swearer, S. M., & Hymel, S. (2015). Understanding the psychology of bullying: Moving toward a social-ecological diathesis–stress model. *American Psychologist, 70*(4), 344–353. <https://doi.org/10.1037/a0038929>

- Tashiro, T. Y., & Frazier, P. (2003). "I'll never be in a relationship like that again": Personal growth following romantic relationship breakups. *Personal Relationships, 10*(1), 113–128. <https://doi.org/10.1111/1475-6811.00039>
- Taubner, S., & Curth, C. (2013). Mentalization mediates the relation between early traumatic experiences and aggressive behavior in adolescence. *Psihologija, 46*(2), 177–192. <https://doi.org/10.2298/PSI1302177T>
- Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review, 3*(4), 269–307. <https://doi.org/10.1007/BF01319934>
- Twenge, J. M., & Joiner, T. E. (2020). Mental distress among US adults during the COVID-19 pandemic. *Journal of Clinical Psychology, 76*(12), 2170–2182. <https://doi.org/10.1002/jclp.23064>
- Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *British Journal of Social Work, 38*(2), 218–235. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl343>
- Ungar, M., & Liebenberg, L. (2011). Assessing resilience across cultures using mixed methods: Construction of the child and youth resilience measure. *Journal of Mixed Methods Research, 5*(2), 126–149. <https://doi.org/10.1177/1558689811400607>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., & Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin, 38*(4), 661–671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Watkins, N. K., & Beckmeyer, J. J. (2020). Assessing young adults' beliefs regarding the importance of romantic relationships. *Journal of Family Issues, 41*(2), 158–182. <https://doi.org/10.1177/0192513X19871080>

- Weijers, J., Fonagy, P., Eurelings-Bontekoe, E., Termorshuizen, F., Viechtbauer, W., & Selten, J. P. (2018). Mentalizing impairment as a mediator between reported childhood abuse and outcome in nonaffective psychotic disorder. *Psychiatry Research, 259*, 463–469. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.010>
- Yau, Y. C. I. (2013). *The effect of resilience on psychological distress among university students following breakup* [unpublished document]. University of Hong Kong.
- Young-Wolff, K. C., Kendler, K. S., & Prescott, C. A. (2012). Interactive effects of childhood maltreatment and recent stressful life events on alcohol consumption in adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 73*(4), 559–569. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.559>
- Zheng, Z., Han, W., Zhou, Y., & Zhang, N. (2020). Childhood maltreatment and depression in adulthood in Chinese female college students: The mediating effect of coping style. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 581564. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.581564>
- Zhu, X., Auerbach, R. P., Yao, S., Abela, J. R., Xiao, J., & Tong, X. (2008). Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Chinese version. *Cognition & Emotion, 22*(2), 288–307. <https://doi.org/10.1080/026999307013690>
- Zuckerman, M. (1999). Diathesis-stress models. In M. Zuckerman (Ed), *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model* (pp. 3–23). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10316-001>

Chapitre 3 – Article scientifique 2

Title: **Romantic breakup experience in young adults with severe mental disorders: A qualitative study**

Audrey Francoeur (M. Sc.)^{ab}, Tania Lecomte (Ph. D.)^b

^aCorresponding author, audrey.francoeur.1@umontreal.ca

^bPsychology department, University of Montréal, Montréal, QC, Canada

3.1 Abstract

A romantic breakup can be difficult for young adults with severe mental disorders (SMD; i.e. psychotic, bipolar, depressive disorders). This study explores the subjective experience of romantic breakup in seven young adults with SMD recruited from social networks (i.e. Facebook and Instagram), using a mixed research design. Phenomenological qualitative analysis of interviews reveals themes of psychological difficulties, causes of post-breakup difficulties, resilience and positive coping, and negative coping. Quantitative data (frequencies and mean scores) on childhood maltreatment, social cognition (mentalization, emotion regulation, causal attribution style), resilience, attachment, and psychiatric symptoms are compared to literature on young adults from general population, revealing vulnerabilities in emotion regulation, causal attribution style, attachment, and childhood maltreatment in youth with SMD. This study provides a better understanding of romantic breakup in this population and highlights the need to identify protective and risk factors for post-breakup difficulties in future studies.

Keywords: Romantic breakup; severe mental disorders; youth; qualitative; breakup adjustment; psychotic disorders; bipolar disorders; depression

3.2 Introduction

Young people with severe mental disorders (i.e. psychotic, bipolar disorders, or major depressive disorders) are more likely to suffer from loneliness than the general population. Some, such as individuals experiencing paranoia, may intentionally avoid social contacts (Hansen et al., 2009), whereas others, namely people living with depression, may lack the interest or motivation for social contacts (Radke et al., 2014). Still, according to Badcock and colleagues (2015), 80% of individuals with psychotic disorders experience loneliness. Loneliness is also common in people with bipolar disorders (Granek et al., 2016) and major depressive disorder (Achterbergh et al., 2020). Loneliness is associated with lower levels of subjective personal recovery (Roe et al., 2011), loss of pleasure, and impairment in cognitive functioning (Badcock et al., 2015) in people living with a severe mental disorder (SMD).

A romantic relationship can break the loneliness and social withdrawal cycle of young people with SMD, with positive impacts on their mental health (Chow et al., 2015). In fact, romantic relationships are linked to fewer psychiatric symptoms overtime (White et al., 2021). The few studies studying romantic relationships in young people with SMD reveal that romantic relationships act as a facilitator for personal recovery (Boucher et al., 2016; Dunne et al., 2019). Unfortunately, people with SMD often meet numerous barriers to developing and maintaining romantic relationships, such as stigma, lack of social skills, mentalization deficits (i.e., ability to reflect on others' and self's actions, thoughts, and emotions), emotion regulation difficulties, causal attribution style bias and attachment preoccupations. Specifically, deficits in mentalization are documented as interfering with interpersonal functioning in people with bipolar disorders and with developing and maintaining romantic relationships in young adults with psychosis (Latour-Desjardins et al., 2019; Van Rheezen & Rossell, 2014). On the other hand, the ability to evaluate and positively manage emotions (i.e. emotional regulation) predicts better interpersonal

functioning in people with SMD (Holley et al., 2018; Kimhy et al., 2012; Latour-Desjardins et al., 2019; Van Rheezen & Rossell, 2014). Moreover, people with depression tend to make stable and global causal attributions for negative events (Hu et al., 2015), which is linked to lower romantic relationship satisfaction (Kimmes et al., 2015). Furthermore, some studies suggest that people living with SMD tend to present more insecure attachment styles (i.e. anxiety and/or avoidance) than people without such diagnoses (Couture et al., 2007; Marazziti et al., 2007), making it difficult to develop or maintain a romantic relationship (Cloutier et al., 2021; Heene et al., 2007; Pillay et al., 2018). In fact, individuals with SMD tend to experience more marital difficulties than people without mental health issues (Kang et al., 2012). All these elements suggest that young adults with SMD who engage in a romantic relationship, are at risk of experiencing a romantic breakup.

It is also possible that a romantic breakup might trigger an initial episode of a SMD. While some overcome their breakup by relying on the support of their social network (Moller et al., 2003), others face significant distress (Field et al., 2009). In college students, this is manifested by insomnia, intense emotions such as despair, obsessive behavior (Fisher et al., 2010), substance abuse (Fleming et al., 2010) and a decline in satisfaction with one's life (Rhoades et al., 2011). Thus, a romantic breakup can be particularly difficult for young adults, especially in those more vulnerable to stress.

The stress-vulnerability-protective factors model, sometimes called diathesis-stress model (Zuckerman, 1999), related to development and relapse in SMD (Lecomte et al., 2019; Nuechterlein & Dawson, 1984) suggests that environmental stressors, such as a romantic breakup for example, can trigger an episode of SMD in individuals with vulnerabilities or a relapse in people with existing SMD. Knowing this, this model makes it possible to hypothesize that adjustment to a stressful event such as a romantic breakup can be particularly difficult for people with SMD or with vulnerabilities to develop SMD.

To our knowledge, there is a considerable gap in the literature on post-breakup adjustment with practically no studies to date focusing on romantic breakup adjustment in a population with SMD. In fact, there seems to be a taboo in addressing romantic breakup or even romantic relationships in young people with SMD, both in clinical contexts (Nnaji & Friedman, 2008; Östman & Björk-man, 2013; Wright & Martin, 2003) and in research (Cloutier et al., 2021). Yet most SMD develop at the age when young people begin to engage in serious romantic relationships, around age 20 and 21 (Morken et al., 2009; Pulver et al., 1990). We only found one study on the subject suggesting that adolescents with depressive symptoms tend to experience more distress following a romantic breakup four years later (Shulman et al., 2017). Thus, a better understanding of the experience of romantic breakup in young adults with SMD is required.

In a previous study conducted by our research team (Francoeur et al., 2020), we found that childhood maltreatment and social cognition skills (emotional regulation, mentalization and attribution style) predict romantic breakup adjustment (resilience, psychiatric symptoms, distress) in college young adults. More precisely, results suggest that experiences of childhood maltreatment and poor social cognition skills are associated to difficulties in romantic breakup adjustment. Our other studies allow us to observe the role of an insecure attachment style on post-breakup difficulties (Barolet et al, 2021; Brassard et al., 2018). Studies also find that individuals with SMD are at higher risks of having a history of childhood maltreatment, difficulties in social cognition, and insecure attachment styles (França et al., 2020; Hoertnagl & Hofer, 2014; Mancuso et al., 2011; Morriss et al., 2009; Nelson et al., 2017; Varese et al., 2012).

In order to obtain a more comprehensive understanding of romantic breakup adjustment in young adults living with SMD, a mixed research design is required. According to Briand & Larivière (2020), qualitative data when combined with quantitative data allows to better understand a phenomenon. Considering that no study looks at romantic breakup among people living with

SMD, it is essential to have a qualitative component to the current study, in order to allow people living with SMD to share their perspectives and to gain a nuanced, in-depth, understanding of the phenomenon, to bring to light themes that might not otherwise be considered in the research, and to provide a foundation for future studies (Alasuutari, 2010; Corbière & Larivière, 2020; Denzin & Lincoln, 2011). A quantitative component is also necessary for the present study, to better describe the sample on variables that can potentially influence functioning in people living with a diagnosis of SMD. Considering the links between childhood maltreatment, social cognitive skills, resilience, attachment, psychiatric symptoms, and romantic breakup adjustment in young adults, as well as the presence of certain difficulties concerning these variables in young people living with SMD, we believe that quantitative descriptive data concerning these variables can be complementary to the qualitative data collected. The combination of these two methods provides a richer and more complex understanding of romantic breakup adjustment (Briand & Larivière, 2020).

3.3 Objective

The current study aims to increase our understanding of the subjective experience of romantic breakup adjustment in youth with SMD, with a mixed research design. Regarding the qualitative part of the study, a phenomenological approach (Giorgi, 1985) is used to capture the phenomenon, due to the absence of studies on the subject. Phenomenological method aims to provide an accurate representation of shared essential themes between participants, rather than interpreting the descriptions made by the participants (Giorgi, 2009). Regarding the quantitative part of the study, descriptive data were collected regarding social cognition skills (emotional regulation, mentalization, causal attribution style), resilience skills, attachment style, history of childhood maltreatment and psychiatric symptoms. Descriptive results are compared with the literature on young adults from general population.

We recognize that in a phenomenological approach, there should be no preconceived assumptions or hypothesis. As presented previously, some studies show links between childhood maltreatment, social cognitive skills, attachment, and romantic breakup adjustment, and show the presence of difficulties regarding these variables in people living with SMD. In order to respect the phenomenological method, this study adopts an exploratory approach by not issuing hypotheses concerning qualitative analysis or potential links between the qualitative analysis and quantitative descriptive variables. Although hypotheses are discussed in the discussion, these were not taken into consideration while conducting the interviews of the study. Similarly, a conscious effort was made by the researchers to minimize the role of the researcher during the qualitative data collection, by adopting an exploratory approach during the interviews and by abandoning any pre-existing knowledge on the subject (Mayoh & Onwuegbuzie, 2015). The work of Mayoh and Onwuegbuzie (2015) suggests that a mixed design is entirely compatible with the phenomenological method, when the role of the researcher on the data is minimized.

3.4 Methods

3.4.1 Participants

Following approval from the research ethics board of the Research Ethics Board of *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal*, seven youth who self-identified as having a SMD and as having experienced a romantic breakup, were recruited from social networks in February 2021 (i.e. Facebook and Instagram). All had to be fluent in French, have a diagnosis of SMD, and have experienced a romantic breakup in the last five years. Recruitment stopped when we obtained data saturation (i.e. no new information was generated during the interviews). Main psychological diagnosis of participants varied from schizophrenia or other psychotic disorders (28.57%, $n = 2$), bipolar disorders (57.14%, $n = 4$) and major depressive disorder (14.29%, $n = 1$). Participants were aged between 21 and 25 years, and 71.45% ($N = 7$) were

female.

3.4.2 Procedures

In the first part of the interview, we used the Brief Psychiatric Rating Scale-Expanded version (BPRS-E) to document current psychiatric symptoms (Ventura et al., 2000). Participants were also asked to complete a brief online battery of self-report questionnaires. For the second part of the interview, we used an interview outline developed by our research team. The interview outline aims to increase our understanding of the experience of romantic breakup with twelve open-ended questions such as ‘How did you understand the romantic breakup?’, ‘How do you feel about the breakup?’, ‘How did your romantic breakup go?’, ‘What would you like to tell me about your breakup?’ or ‘What do you think of when we talk to you about this breakup?’. The full interview outline is provided in the appendix. The first author conducted the interviews in Spring 2021 via video meetings due to the Covid19 restrictions. This part of the interviews lasted between 15 and 60 minutes. The interviews were digitally recorded.

Before the interview, participants answered an online questionnaire on Qualtrics measuring social cognition skills (emotional regulation, mentalization, attribution style), resilience skills, attachment style and history of childhood maltreatment. Sociodemographic information was also collected. All measures used are validated in French except when mentioned otherwise. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) (Acremont & Van der Linden, 2007; Garnefski et al., 2001) was used to assess emotion regulation skills for negative events. Mentalization was measured by the Mentalization Scale (Dimitrijević et al., 2017; Francoeur et al., 2020), which measures self-related mentalization, others-related mentalization and motivation to mentalize. Causal attribution style, namely stability in time (versus unstable) and globality (effects are global versus specific to the context) of the causal attribution for negative events, was captured by the Attribution Style Questionnaire (ASQ; Dykema et al., 1996; Simoneau et al., 1990).

Resilience skills were measured with the Child and Youth Resilience Measure-12 (CYRM-12; Daigneault et al., 2013; Liebenberg et al., 2013). The CYRM-12 measures resilience as a process by observing the general resources shared by the person with his family and community. Attachment style was measured by the The Psychosis Attachment Measure, which assesses attachment in terms of the two dimensions of attachment anxiety and avoidance (PAM; Berry et al., 2008). For the current study, we translated the questionnaire into French with the back translation technique (Brislin, 1970). The French version has an internal consistency similar to the English version with a Cronbach's alpha of .89 for attachment anxiety (English version: .82) and .66 for attachment avoidance (English version: .76). Finally, history of childhood maltreatment (general trauma, physical, emotional, and sexual abuse) was captured by the Early Trauma Inventory Self-Report Short-Form (ETISR-SF; Bremner et al., 2007; Cyr et al., 2007). All questionnaires were chosen based on their good psychometric properties.

3.4.3 Data Analysis

Descriptive analyses were conducted with SPSS version 21 (IBM Corp., 2012) to examine the rates (%) of participants using social cognition skills (emotional regulation, mentalization, causal attribution style), showing resilience, presenting attachment preoccupations (anxious and avoidant), history of childhood maltreatment and psychiatric symptoms in our sample. Descriptive statistics (rates) were then compared to rates found in the scientific literature in adults from general population. Rates of emotional regulation skills, mentalization skills, resilience skills, stability of the causal attribution and history of childhood maltreatment are compared to a sample of young adults from our previous study (Francoeur et al., 2020). This comparison seemed natural since they both had large sample sizes and measured the same variables as the current study. Rates of attachment anxiety and avoidance are compared to a large representative sample of American adults from Mickelson and colleagues' study (1997). This study is the largest population-based

study about attachment carried out with a North American sample, to our knowledge. With regard to the “globality” dimension of the causal attribution style, the means are used to compare the study sample to the sample of young adults of Dykema and colleagues (1996), in order to facilitate comparison. This study also targets a sample of young adults, while using the same causal attribution style measure.

Giorgi's qualitative research methodology is used to explore and describe the experience of the breakup (Giorgi, 1985). First, interviews were transcribed and checked twice for accuracy. Transcripts were then read several times by the original interviewer (AF) and the second author (TL) to capture the general sense of the experience of the participants. As the third step, text was broken down into units (i.e. sentence or paragraph that described the phenomenon) with a focus on the experience of the romantic breakup. In this step, every sentence in the transcribed text that captured the phenomenon (meaning units) was included for further analysis. They then compared the meaning units they identified and reached 100% consensus. Afterward, the original interviewer transformed the meaning units, expressed in the everyday language of participants, into a scientific language that is congruent with the phenomenological theme. The transformed meaning units were then grouped by psychological categories. Initial coding yielded 20 categories that were divided into four essential themes. All analyses were performed in the interview's original language (French). For the purpose of the current study, parts of the interviews provided in the results section were translated in English.

3.5 Results

3.5.1 Descriptive statistics

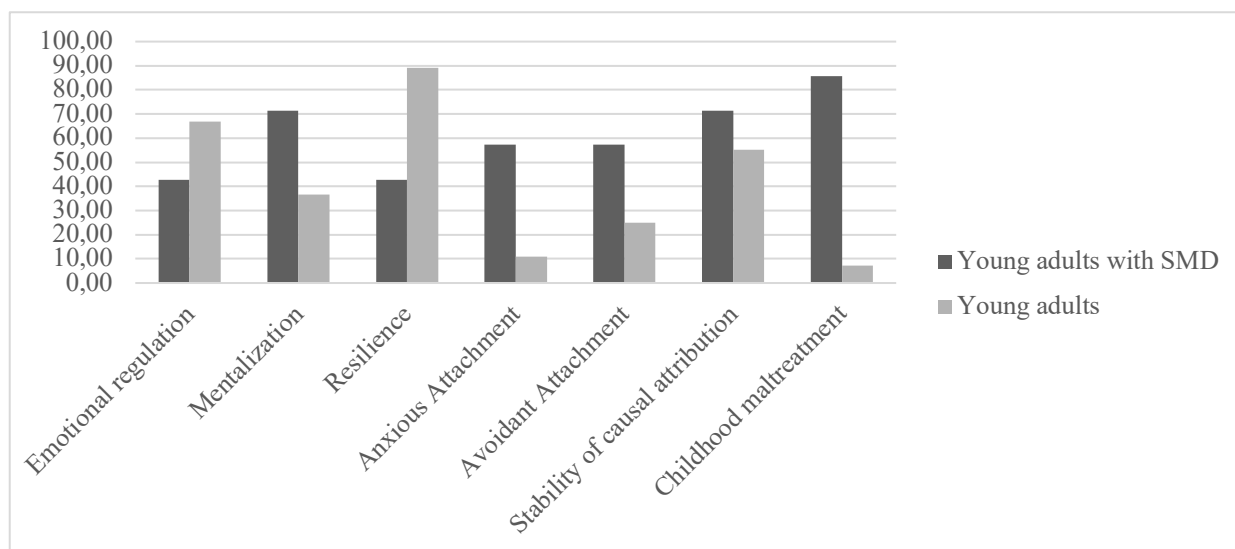
As shown in Figure 1, a minority of young adults with SMD from the current study uses emotion regulation skills at least “Regularly” with a rate of 42.86% ($n = 7$), comparatively to 66.9% ($n = 483$) of participants for the sample of young adults without SMD from Francoeur et al. (2020).

In contrast, the sample of young adults with SMD uses more mentalization skills (71.43%) than the sample of young adults without this diagnosis (36.6%). A majority of young adults with SMD tends to make stable causal attributions (stability; 71.43%) compared to 55.2% of young adults in Francoeur et al. (2020) study. The sample of young college adults shows more resilience than the sample of young adults with SMD with 89% of college participants reporting being on average “Moderately” to “Very much” resilient versus 42.86% for participants with SMD. Direct comparisons between young adults with SMD and the sample of adults of Mickelson and colleagues' study (1997) reveal that young adults with SMD in our sample present more attachment anxiety (57.14%) and avoidance (57.14%) than adults without reported SMD (respectively 11% and 25% ($n = 8098$)). In the current study, participants with SMD experience more childhood maltreatment (85.71%) comparatively to the sample of young adults of Francoeur and colleagues' (2020) study (7.3%).

In order to facilitate the comparison of the results concerning the globality of the causal attribution style within our sample to that of Dykema and colleagues (1996), the ASQ-Globality items initial scales (-3 to 3) were transformed to 1-7 scales. Direct comparisons between young adults with SMD sample and the young adults sample shows that young adults with SMD tend to make more global causal attributions (versus specific) ($M = 5.35$; range 4.33 to 6.58; $n = 7$) than young adults without diagnosis ($M = 4.63$; $n = 102$). Finally, total scores for psychiatric symptoms (BPRS-E) vary between 34 and 49, suggesting the presence of current psychiatric symptoms.

Figure 1

Comparison of social cognition skills (emotion regulation, mentalization, stability of causal attribution), resilience, and history of childhood maltreatment with a sample of young adults from Francoeur et al. (2020) and comparison of attachment style (anxious and avoidant) with a sample of adults from Mickelson and colleagues' study (1997).



3.5.2 Themes and subthemes

Four key themes emerge from the analysis process, all subdivided in sub-themes as shown in Table 1.

Table 1

Table showing the themes and subthemes of the qualitative responses, frequencies and % for experience of romantic breakup in young adults living with SMD.

Themes	Sub-themes	Freq.	%
<i>Psychological difficulties</i>		7	100
	Mental health	6	85.71
	Self-esteem	3	42.86
	Sadness	5	71.43
	Distress	3	42.86
<i>Cause of difficulties following the romantic breakup</i>		7	100
	Toxic relationship	6	85.71

<i>Resilience and positive coping</i>	Blame of ex-partner	7	100
	Self-blame	3	42.86
		7	100
	Social support	7	100
<i>Negative coping</i>	Professional help	5	71.43
	Personal growth	4	57.14
	Positive perception	4	57.14
		4	57.14
	Isolation	2	28.57
	Drug use	1	14.29
	Relational instability	2	28.57
Runaway	1	14.29	

3.5.3 Psychological difficulties

All participants report experiencing psychological difficulties following the romantic breakup. More precisely, six participants link their breakup to their mental health problems. Most of them share that they experienced their first psychiatric hospitalization at the moment of the breakup and all six report the onset of psychiatric symptoms or a relapse of their SMD at that moment. One participant explains:

He had treated me so badly that I experienced major psychotic depression. I was suicidal (...) It was the trauma of this relationship and the trauma of the breakup that caused my psychotic depression (...) He just hit me until I couldn't get up anymore. (Participant #1)

Another participant explains the content of his auditory hallucinations that he also describes as “annoying”: “Sometimes I hear the girl say: I don't know what's wrong with me, but I've been thinking of murdering you”. (Participant #3)

Similarly, some participants mention their self-esteem was affected as a result of the breakup. More specifically, three participants report that the breakup had an impact on their perception of themselves, as one participant recalls her experience: “It was like my world was falling apart (...) It was like I was a failure. I thought I would never be loved in my life because there was never

anyone who loved me.” (Participant #1)

It is no surprise that most of the participants (five participants) experienced sadness following the romantic breakup. This sadness sometimes had an impact on their daily functioning. Most recall crying a lot, as one participant describes: “I cried in all of my classes. I spent my life crying and then isolating myself.” (Participant #1)

Furthermore, three participants describe distress following the romantic breakup talking about suicidal or violent thoughts, overwhelming emotions, panic and/or feeling “broken”. One participant explains: “I really had a hard time (...) my emotions have really taken over me.” (Participant #7)

3.5.4 Causes of difficulties following the romantic breakup

All participants address the causes of their difficulties following the romantic breakup in their narratives. The most common sub-theme discussed by participants is that the relationship was toxic. Six participants describe their relationship before the romantic breakup as “abusive” or “toxic”. One participant further explains: “I was the one who stopped the relationship because it had become toxic (...) He was very paranoid. He was controlling. He judged me a lot.” (Participant #2)

Some participants describe violence in the relationship: “It was still a pretty toxic relationship where there was violence, drug abuse, alcohol abuse, so it really affected me on all points.” (Participant #5)

In the same way, all participants blame the ex-partner for the post-breakup difficulties, as one participant explains: “He just hit me it until I was no longer able to get up and he let me die there.” (Participant #1)

While all participants blame the ex-partner for the post-breakup difficulties, a few also blame themselves for the breakup. One participant says: “Part of me believed I was the failure in the

relationship.” (Participant #3)

3.5.5 Resilience and positive coping

All participants show signs of resilience or used positive strategies of coping to deal with the romantic breakup. Participants unanimously agree that support from family and peers were essential for coping well with the romantic breakup. One participant says:

My parents, my family and my sister really helped me because they realized that it was a toxic relationship, and that the relationship was very bad for me... So yes, my family helped me a lot dealing with the breakup. (Participant #6)

Similarly, most of participants explain that seeking professional help (i.e. psychotherapy, medication, health professionals) was helpful to cope with the breakup. One participant explains: “Of course, it also helped to have received medicated help, then also to consult in psychotherapy. You know I didn't consult before.” (Participant #2)

Although the majority report experiencing psychological difficulties immediately after the breakup, four participants report experiencing medium-term personal growth following the romantic breakup. Participants explain that the breakup allowed them to learn important things about themselves and to work on themselves to become a better person. One participant recalls her experience:

Well at the time, the breakup was negative, but I think over time, I managed to tell myself that basically, it just allowed me to work on myself. It's like, at first it was negative and a waste of time...Today, I say to myself, look, nothing happens for nothing. I learned from it all and I'm just going to grow from this. (Participant #5)

Furthermore, the four participants who initiated the breakup in our sample are those who, with hindsight, developed a positive view of the romantic breakup. They saw their decision of breaking up as a positive decision. One participant explains:

It's the best decision I've made I think in the last three years, even in my life (...) I think the breakup was just positive ... not instantly, I didn't see it that way, but now I see it that way.
(Participant #7)

3.5.6 Negative coping

Four participants report using negative strategies of coping to deal with the romantic breakup. Two participants say they tended to isolate themselves following the breakup, preferring to avoid social relationships, which had a negative impact on their romantic breakup adjustment. One participant explains:

It is certain that I nevertheless withdrew a little on myself, like when I have events like that, that I am sad, depressed, I prefer to be alone than to go towards others automatically... So, I was withdrawing into myself, not doing so many activities or seeing people. That was not positive.
(Participant #2)

One participant also tried to cope with the breakup by using drugs, as she explains now how she dealt with the breakup: "I dealt with the breakup by using drugs, a lot of drugs ... yes, it was abuse, drug abuse." (Participant #5)

Furthermore, two participants describe having coped with the breakup through relational

instability, as one participant recalls: “I needed men's attention all the time after that, but at the same time I was scared all the time to get into another relationship.” (Participant #5)

Another participant tried to run away from the difficulties he was experiencing with the breakup, as he explains:

After the breakup, I went to (name of city 1), and after I moved to (name of city 2), to get to know one more city (...) I was like just trying to...the best way to explain it is to avoid silence. (Participant #3)

3.6 Discussion

The current study aims at increasing our understanding of the subjective experience of romantic breakup adjustment in young adults with SMD, with a mixed research design. Qualitative phenomenological analyses bring to light four prevalent themes in the experience of romantic breakup of participants: psychological difficulties (mental health, self-esteem, sadness, distress), causes of difficulties following the romantic breakup (toxic relationship, blame of ex-partner, self-blame), resilience and positive coping (social support, professional help, personal growth, positive perception), and negative coping (isolation, drug use, relational instability, runaway). Our descriptive quantitative data bring to light that young adults with SMD experience vulnerabilities regarding emotional regulation, causal attribution style, attachment and childhood maltreatment.

Our findings support the stress-vulnerability-protective factors model related to development and relapse in SMD (Lecomte et al., 2019; Nuechterlein & Dawson, 1984), which suggests that young adults living with SMD are vulnerable to environmental stressors like romantic breakups. Despite the fact that the romantic breakup resulted in psychological difficulties for all participants and the subsequent use of negative coping strategies for four participants within our sample, all participants mention the use of positive strategies of coping and show resilience in their

speeches. What is particularly interesting is that the participants in this study describe having experienced significant difficulties in the short term after the breakup but having been able to overcome them in the medium term. This is in line with the stress-vulnerability-protective factors model (Lecomte et al., 2019; Nuechterlein & Dawson, 1984), suggesting that protective factors, such as resilience and positive coping strategies, could counter the psychological difficulties associated with the breakup in the medium term. Moreover, all participants appear to have insight into the cause of psychological difficulties. While some blame themselves for their difficulties, some others blame the ex-partner. However, it is quite surprising to see that the most recurrent subtheme in their narrative is the toxic relationship. The narratives seem to suggest that some of these toxic relationships involved physical violence and were experienced as traumatizing. According to Lu, Mueser, Rosenberg, & Jankowski (2008), individuals with early childhood trauma are at higher risk of being revictimized, which increases their vulnerability to develop a SMD. In fact, we find higher scores of childhood maltreatment in this sample when compared to a larger study of university students who experience a romantic breakup (Francoeur et al., 2020).

Quantitative data regarding mentalization reveals that most participants in this study report using mentalization skills, even more so than young adults from Francoeur et al. (2020) study. This is contrary to what the literature suggests (Bora & Pantelis, 2016; Savla et al., 2012; Weightman et al., 2014). Our results are however limited by the fact that the romantic breakup is not recent in most cases. As such, we do not know if the participants were able to mentalize at the time of the breakup or if they developed this ability over time.

Indeed, at the time of the interview, most participants are able to recognize that the breakup (and in many cases the toxic relationship) was a trigger for them developing important mental health difficulties (e.g. development or relapse of a SMD) as well as for the use of bad coping strategies (e.g. drug use) following the romantic breakup. It is plausible, that difficulties in emotion

regulation at the moment of the breakup might have made them more vulnerable to experiencing symptoms of depression or psychosis following their romantic breakup. Indeed, our results show that most of our participants with SMD have deficits in emotional regulation, a stable and global attribution style for negative events, attachment anxiety and avoidance and experienced childhood maltreatment. These results are consistent with the literature (Berking et al., 2014; Bernstein et al., 2019; Couture et al., 2007; Dodd et al., 2019; Hu et al., 2015; Kefeli et al., 2018; Ludwig et al., 2019; Marazziti et al., 2007; Sanjuán et al., 2009; Van Dam et al., 2014). However, given our small sample size and our non-correlational statistical analyzes, further studies are required.

The fact that most participants mention developing symptoms following the breakup could be perceived as a sign of poor resilience to adversity, since resilience is associated with lower probability of developing psychiatric symptoms following stressful life events (Hjemdal et al., 2006). Yet, the narratives strongly suggest that most participants were able to ‘bounce back’ and use positive coping strategies to recover. Although the quantitative measure of resilience suggests that our sample is less resilient than college students following a breakup (Francoeur et al., 2020), the narratives clearly suggest that most participants were able to make sense of their breakup and move on. The CYRM-12 measures resilience as the general resources shared by the person with his family and community (Liebenberg et al., 2013). From the narratives, it appears that our participants perhaps relied less on their social support network and more on ‘within self’ strategies following the RB, such as seeking psychotherapy, working on understanding oneself and making personal changes.

3.7 Limits

Despite several strengths, the study is not without its limitations. The sample size is relatively small. However, given the exploratory nature of the study and the fact that we obtained data saturation, we consider the sample as sufficient for the current purpose. Due to the subject of our

study, it is possible that the people who chose to participate in our interview are people for whom the breakup was particularly difficult, which could have biased our results. Similarly, it is possible that both female and male participants would have responded differently if they were interviewed by a male. Furthermore, due to the nature of the study (qualitative and descriptive data) and the small sample size, results are not generalizable to all young adults living with SMD. Finally, even though the complementarity of the qualitative results and descriptive data is particularly relevant, the methodology doesn't allow us to establish any direct associations between descriptive variables and romantic breakup experiences reported in the interviews. However, it can inspire future studies to do so in an experimental design.

3.8 Conclusion

Young people wish to be in healthy romantic relationships. Unfortunately, when confronted with unhealthy and damaging relationships, some people experience intense distress and develop mental health problems. Our results bring a more nuanced and in-depth understanding of romantic breakup in young adults living with SMD. The study's findings shed light on themes that might not be studied otherwise in research with young adults with SMD who have gone through a romantic breakup, such as resilience and positive coping. By giving a voice to these youth, the study contributes to breaking a taboo in research, namely to discuss how break-ups and difficult romantic relationships can impact one's mental health (Cloutier et al., 2021).

The current study provides foundation for future studies who would aim at identifying protective and risk factors for post-breakup difficulties in young people with SMD. In a previous study with youth without SM, we found that history of childhood maltreatment influences the use of mentalization and emotion regulation skills, which in turn predict resilience, distress and psychiatric symptoms following a romantic breakup (Francoeur et al., 2020). Other studies are required, but ultimately the identification of protective and risk factors - such as toxic romantic

relationships prior to the romantic breakup - could lead to prevention efforts. For instance, psychoeducation could help youth with vulnerabilities learn to quickly recognize when a relationship is unhealthy or toxic, and how to leave before experiencing its negative consequences. As such, our team is currently studying the effects of group interventions developed for people with SMD, on developing healthy romantic relationships (see pilot: Hache-Labelle et al., 2020). More studies are warranted in order to ultimately make it possible to target avenues of intervention in clinical contexts with young people with SMD experiencing a romantic breakup and break the taboo around romantic relationships in people with SMD (Cloutier et al., 2021).

3.9 References

- Achterbergh, L., Pitman, A., Birken, M., Pearce, E., Sno, H., & Johnson, S. (2020). The experience of loneliness among young people with depression: A qualitative meta-synthesis of the literature. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 1–23. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02818-3>
- Acremont, M., & Van der Linden, M. (2007). How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Adolescence*, *30*(2), 271–282. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.02.007>
- Alasuutari, P. (2010). The rise and relevance of qualitative research. *International Journal of Social Research Methodology*, *13*(2), 139–155. <https://doi.org/10.1080/13645570902966056>
- Badcock, J. C., Shah, S., Mackinnon, A., Stain, H. J., Galletly, C., Jablensky, A., & Morgan, V. A. (2015). Loneliness in psychotic disorders and its association with cognitive function and symptom profile. *Schizophrenia Research*, *169*(1–3), 268–273. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.10.027>
- Barolet, J. C. (2021). *Résilience ou détresse lors d'une rupture amoureuse non-désirée chez les jeunes adultes de 18 à 25 ans, selon les traumatismes à l'enfance, l'attachement et la régulation émotionnelle* [Submitted master's thesis]. Université de Montréal.
- Beer, J. S., & Ochsner, K. N. (2006). Social cognition: A multi level analysis. *Brain Research*, *1079*(1), 98–105. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2006.01.002>
- Berking, M., Wirtz, C. M., Svaldi, J., & Hofmann, S. G. (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behaviour Research and Therapy*, *57*, 13–20. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.03.003>
- Bernstein, E. E., Kleiman, E. M., van Bork, R., Moriarity, D. P., Mac Giollabhui, N., McNally, R.

- J., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2019). Unique and predictive relationships between components of cognitive vulnerability and symptoms of depression. *Depression and Anxiety, 36*(10), 950–959. <https://doi.org/10.1002/da.22935>
- Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2008). Attachment theory: A framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis. *Behaviour Research and Therapy, 46*(12), 1275–1282. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.009>
- Boelen, P. A., & Reijntjes, A. (2009). Negative cognitions in emotional problems following romantic relationship break-ups. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 25*(1), 11–19. <https://doi.org/10.1002/smi.1219>
- Bora, E., & Pantelis, C. (2016). Social cognition in schizophrenia in comparison to bipolar disorder: A meta-analysis. *Schizophrenia Research, 175*(1–3), 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.018>
- Boucher, M.-E., Groleau, D., & Whitley, R. (2016). Recovery and severe mental illness: The role of romantic relationships, intimacy, and sexuality. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 39*(2), 180–182. <https://doi.org/10.1037/prj0000193>
- Brassard, A., St-Laurent Dubé, M., Gehl, K., & Lecomte, T. (2018). Attachement amoureux, symptômes dépressifs et comportements suicidaires en contexte de rupture amoureuse. *Santé mentale au Québec, 43*(1), 145–162. <https://doi.org/10.7202/1048899ar>
- Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the Early Trauma Inventory–Self Report. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 195*(3), 211–218. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c>
- Briand, C., & Larivière, N. (2020). Les méthodes de recherches mixtes : Illustration d’une analyse des effets cliniques et fonctionnels d’un hôpital de jour psychiatrique. In M. Corbière & N. Larivière (Eds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes* (2nd ed., pp. 625–648).

Presses de l'Université du Québec.

Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 1*(3), 185–216. <https://doi.org/10.1177/135910457000100301>

Chow, C. M., Ruhl, H., & Buhrmester, D. (2015). Romantic relationships and psychological distress among adolescents: Moderating role of friendship closeness. *International Journal of Social Psychiatry, 61*(7), 711–720. <https://doi.org/10.1177/0020764015585329>

Cloutier, B., Francoeur, A., Samson, C., Ghostine, A., & Lecomte, T. (2021). Romantic relationships, sexuality, and psychotic disorders: A systematic review of recent findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 44*(1), 22–42. <https://doi.org/10.1037/prj0000409>

Corbière, M., & Larivière, N. (2020). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes* (2e éd.). Presses de l'Université du Québec.

Couture, S., Lecomte, T., & Leclerc, C. (2007). Personality characteristics and attachment in first episode psychosis: Impact on social functioning. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 195*(8), 631–639. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31811f4021>

Cyr, M., Hébert, M., & Zuk, S. (2007). *Early Trauma Inventory Self-Report–Short Form (ETI-SR SF): French translation from Bremner, Bolus, & Mayer's original instrument* [unpublished document]. University of Montreal.

Daigneault, I., Dion, J., Hébert, M., McDuff, P., & Collin-Vézina, D. (2013). Psychometric properties of the Child and Youth Resilience Measure (CYRM-28) among samples of French Canadian youth. *Child Abuse & Neglect, 37*(2–3), 160–171. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.06.004>

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The Sage handbook of qualitative research* (4th ed.). Sage Publications.

- Dimitrijević, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijevic, A., & Jolić Marjanovic, Z. (2017). The Mentalization Scale (MentS): A self-report measure for assessment of mentalizing capacity. *Journal of Personality Assessment*, *100*(3), 268–280. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1310730>
- Dodd, A., Lockwood, E., Mansell, W., & Palmier-Claus, J. (2019). Emotion regulation strategies in bipolar disorder: A systematic and critical review. *Journal of Affective Disorders*, *246*(1), 262–284. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.026>
- Dunne, L., Perich, T., & Meade, T. (2019). The relationship between social support and personal recovery in bipolar disorder. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *42*(1), 100–103. <https://doi.org/10.1037/prj0000319>
- Dykema, J., Bergbower, K., Doctora, J. D., & Peterson, C. (1996). An attributional style questionnaire for general use. *Journal of Psychoeducational Assessment*, *14*(2), 100–108. <https://doi.org/10.1177/073428299601400201>
- Field, T., Diego, M., Pelaez, M., Deeds, O., & Delgado, J. (2009). Breakup distress in university students. *Adolescence*, *44*(176), 705–727.
- Fisher, H. E., Brown, L. L., Aron, A., Strong, G., & Mashek, D. (2010). Reward, addiction, and emotion regulation systems associated with rejection in love. *Journal of Neurophysiology*, *104*(1), 51–60. <https://doi.org/10.1152/jn.00784.2009>
- Fleming, C. B., White, H. R., Oesterle, S., Haggerty, K. P., & Catalano, R. F. (2010). Romantic relationship status changes and substance use among 18-to 20-year-olds. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *71*(6), 847–856. <https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.847>
- França, G., Laranjeira, E., Silva, F., Monteiro, L., Moreira, A. M., & Carvalho, S. (2020). Attachment style and insight in schizophrenia: A cross-sectional study. *Psychiatric Quarterly*, *91*(1), 31–43. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09675-8>

- Francoeur, A., Lecomte, T., Daigneault, I., Brassard, A., Lecours, V., & Hache-Labelle, C. (2020). Social cognition as mediator of romantic breakup adjustment in young adults who experienced childhood maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 29*(9), 1125–1142. <https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1603177>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30*(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*. Duquesne University Press.
- Granek, L., Danan, D., Bersudsky, Y., & Osher, Y. (2016). Living with bipolar disorder: The impact on patients, spouses, and their marital relationship. *Bipolar Disorders, 18*(2), 192–199. <https://doi.org/10.1111/bdi.12370>
- Hache-Labelle, C., Abdel-Baki, A., Lepage, M., Laurin, A. S., Guillou, A., Francoeur, A., Bergeron, S., & Lecomte, T. (2020). Romantic relationship group intervention for men with early psychosis: A feasibility, acceptability and potential impact pilot study. *Early Intervention in Psychiatry, 15*(4), 753–761. <https://doi.org/10.1111/eip.13012>
- Hansen, C. F., Torgalsbøen, A. K., Melle, I., & Bell, M. D. (2009). Passive/apathetic social withdrawal and active social avoidance in schizophrenia: Difference in underlying psychological processes. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(4), 274–277. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31819dbd36>
- Heene, E., Buysse, A., & Van Oost, P. (2007). An interpersonal perspective on depression: The role of marital adjustment, conflict communication, attributions, and attachment within a clinical sample. *Family Process, 46*(4), 499–514. <https://doi.org/10.1111/j.1545->

5300.2007.00228.x

- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *13*(3), 194–201. <https://doi.org/10.1002/cpp.488>
- Hoertnagl, C. M., & Hofer, A. (2014). Social cognition in serious mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, *27*(3), 197–202. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000055>
- Holley, S. R., Haase, C. M., Chui, I., & Bloch, L. (2018). Depression, emotion regulation, and the demand/withdraw pattern during intimate relationship conflict. *Journal of Social and Personal Relationships*, *35*(3), 408–430. <https://doi.org/10.1177/0265407517733334>
- Hu, T., Zhang, D., & Yang, Z. (2015). The relationship between attributional style for negative outcomes and depression: A meta-analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *34*(4), 304–321. <https://doi.org/10.1521/jscp.2015.34.4.304>
- IBM Corp. (2012). *IBM SPSS statistics for windows* (Version 21.0). IBM Corp.
- Kang, T., Kang, G., Han, H. R., & Roh, S. (2012). Marital and sexual satisfaction among patients with schizophrenia. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, *51*(5), 263–270. <https://doi.org/10.4306/jknpa.2012.51.5.263>
- Kefeli, M. C., Turow, R. G., Yildirim, A., & Boysan, M. (2018). Childhood maltreatment is associated with attachment insecurities, dissociation and alexithymia in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, *260*, 391–399. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.026>
- Kimhy, D., Vakhrusheva, J., Jobson-Ahmed, L., Tarrier, N., Malaspina, D., & Gross, J. J. (2012). Emotion awareness and regulation in individuals with schizophrenia: Implications for social functioning. *Psychiatry Research*, *200*(2–3), 193–201.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.05.029>

Kimmes, J. G., Durtschi, J. A., Clifford, C. E., Knapp, D. J., & Fincham, F. D. (2015). The role of pessimistic attributions in the association between anxious attachment and relationship satisfaction. *Family Relations*, *64*(4), 547–562. <https://doi.org/10.1111/fare.12130>

Latour-Desjardins, A., Lecomte, T., Abdel-Baki, A., Auclair, V., & Collins, C. A. (2019). Étude sur l'expérience des relations amoureuses des jeunes hommes ayant vécu un premier épisode psychotique. *Canadian Journal of Community Mental Health*, *38*(2), 1–17. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2019-001>

Lecomte, T., Potvin, S., Samson, C., Francoeur, A., Hache-Labelle, C., Gagné, S., Boucher, J., Bouchard, M., & Mueser, K. T. (2019). Predicting and preventing symptom onset and relapse in schizophrenia—A metareview of current empirical evidence. *Journal of Abnormal Psychology*, *128*(8), 840–854. <https://doi.org/10.1037/abn0000447>

Liebenberg, L., Ungar, M., & LeBlanc, J. C. (2013). The CYRM-12: A brief measure of resilience. *Canadian Journal of Public Health*, *104*(2), e131–e135. <https://doi.org/10.1007/BF03405676>

Lu, W., Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., & Jankowski, M. K. (2008). Correlates of adverse childhood experiences among adults with severe mood disorders. *Psychiatric Services*, *59*(9), 1018–1026. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.9.1018>

Ludwig, L., Werner, D., & Lincoln, T. M. (2019). The relevance of cognitive emotion regulation to psychotic symptoms—A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *72*, 101746. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101746>

Mancuso, F., Horan, W. P., Kern, R. S., & Green, M. F. (2011). Social cognition in psychosis: Multidimensional structure, clinical correlates, and relationship with functional outcome. *Schizophrenia Research*, *125*(2–3), 143–151. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.11.007>

- Marazziti, D., Dell'Osso, B., Dell'Osso, M. C., Consoli, G., Del Debbio, A., Mungai, F., Vivarelli, L., Albanese, F., Piccini, A., Rucci, P., & Dell'Osso, L. (2007). Romantic attachment in patients with mood and anxiety disorders. *CNS Spectrums, 12*(10), 751–756. <https://doi.org/10.1017/S1092852900015431>
- Mayoh, J., & Onwuegbuzie, A. J. (2014). Surveying the landscape of mixed methods phenomenological research. *International Journal of Multiple Research Approaches, 8*(1), 2–14. <https://doi.org/10.5172/mra.2014.8.1.2>
- Mickelson, K. D., Kessler, R. C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*(5), 1092–1106. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.5.1092>
- Moller, N. P., Fouladi, R. T., McCarthy, C. J., & Hatch, K. D. (2003). Relationship of attachment and social support to college students' adjustment following a relationship breakup. *Journal of Counseling & Development, 81*(3), 354–369. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2003.tb00262.x>
- Morken, G., Vaaler, A. E., Folden, G. E., Andreassen, O. A., & Malt, U. F. (2009). Age at onset of first episode and time to treatment in in-patients with bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry, 194*(6), 559–560. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.054452>
- Morriss, R. K., van der Gucht, E., Lancaster, G., & Bentall, R. P. (2009). Adult attachment in bipolar 1 disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 82*(3), 267–277. <https://doi.org/10.1348/147608309X415309>
- Nelson, J., Klumpparent, A., Doebler, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 210*(2), 96–104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180752>
- Nnaji, R. N., & Friedman, T. (2008). Sexual dysfunction and schizophrenia: Psychiatrists' attitudes

- and training needs. *Psychiatric Bulletin*, 32(6), 208–210.
<http://dx.doi.org/10.1192/pb.bp.107.016162>
- Nuechterlein, K. H., & Dawson, M. E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10(2), 300–312.
<https://doi.org/10.1093/schbul/10.2.300>
- Östman, M., & Björkman, A. C. (2013). Schizophrenia and relationships: The effect of mental illness on sexuality. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 7(1), 20–24.
<http://dx.doi.org/10.3371/CSRP.OSBJ.012513>
- Pillay, R., Lecomte, T., & Abdel-Baki, A. (2018). Factors limiting romantic relationship formation for individuals with early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(4), 645–651.
<https://doi.org/10.1111/eip.12353>
- Pulver, A. E., Brown, C. H., Wolyniec, P., McGrath, J., Tam, D., Adler, L., Carpenter, W. T., & Childs, B. (1990). Schizophrenia: Age at onset, gender and familial risk. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82(5), 344–351. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1990.tb01399.x>
- Radke, S., Güths, F., André, J. A., Müller, B. W., & de Bruijn, E. R. (2014). In action or inaction? Social approach–avoidance tendencies in major depression. *Psychiatry Research*, 219(3), 513–517. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.011>
- Rhoades, G. K., Kamp Dush, C. M., Atkins, D. C., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2011). Breaking up is hard to do: The impact of unmarried relationship dissolution on mental health and life satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 25(3), 366–374.
<https://doi.org/10.1037/a0023627>
- Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., & Lysaker, P. H. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research*, 131(1–3), 133–138. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.05.023>

- Sanjuán, P., Fraguas, D., Magallares, A., & Merchán-Naranjo, J. (2009). Depressive symptomatology and attributional style in patients with schizophrenia. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 3(1), 31–38. <https://doi.org/10.3371/CSRP.3.1.3>
- Savla, G. N., Vella, L., Armstrong, C. C., Penn, D. L., & Twamley, E. W. (2012). Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: A meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 39(5), 979–992. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs080>
- Shulman, S., Seiffge-Krenke, I., Scharf, M., Lev-Ari, L., & Levy, G. (2017). Adolescent depressive symptoms and breakup distress during early emerging adulthood: Associations with the quality of romantic interactions. *Emerging adulthood*, 5(4), 251–258. <https://doi.org/10.1177/2167696817698900>
- Simoneau, A., Sabourin, S., & Wright, J. (1990). Attributions, événements de vie et dépression. *Science et Comportement*, 20(1), 24–38.
- Van Dam, D. S., Korver-Nieberg, N., Velthorst, E., Meijer, C. J., & de Haan, L. (2014). Childhood maltreatment, adult attachment and psychotic symptomatology: A study in patients, siblings and controls. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(11), 1759–1767. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0894-0>
- Van Rheenen, T. E., & Rossell, S. L. (2014). Phenomenological predictors of psychosocial function in bipolar disorder: Is there evidence that social cognitive and emotion regulation abnormalities contribute?. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(1), 26–35. <https://doi.org/10.1177/0004867413508452>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveerse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., & Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661–671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>

- Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Gutkind, D., & Gilbert, E. A. (2000). Symptom dimensions in recent-onset schizophrenia and mania: A principal components analysis of the 24-item Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychiatry Research*, *97*(2–3), 129–135. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(00\)00228-6](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(00)00228-6)
- Weightman, M. J., Air, T. M., & Baune, B. T. (2014). A review of the role of social cognition in major depressive disorder. *Frontiers in Psychiatry*, *5*, 179. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2014.00179>
- White, R., Haddock, G., Campodonico, C., Haarmans, M., & Varese, F. (2021). The influence of romantic relationships on mental wellbeing for people who experience psychosis: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *86*, 102022. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102022>
- Wright, E. R., & Martin, T. N. (2003). The social organization of HIV/AIDS care in treatment programmes for adults with serious mental illness. *AIDS Care*, *15*(6), 763–774. <http://dx.doi.org/10.1080/09540120310001618612>
- Zuckerman, M. (1999). Diathesis-stress models. In M. Zuckerman (Ed), *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model* (pp. 3–23). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10316-001>

3.10 Appendix

Today I'm going to ask you about the romantic breakup you want to tell me about. My goal is to better understand your experience of a romantic breakup. I'm looking for your perception, so there's no right or wrong answer.

1. How did your romantic breakup go?
2. Why do you think the breakup happened?
3. How did you understand the romantic breakup?
4. What do you think of when we talk to you about this breakup?
5. How do you feel when you think about this breakup?
6. How do you feel about the breakup?
7. How did you manage to get better after the breakup?
8. How did you handle the breakup?
9. Can you tell me about your mental health and your breakup?
10. What impact did the breakup have on your life in general?
11. What meaning did you give to the breakup?
12. What would you like to tell me about your breakup?

Chapitre 4 – Discussion

La présente thèse doctorale comporte deux articles scientifiques visant à mieux comprendre l'adaptation à la rupture amoureuse (RA) chez de jeunes adultes et chez de jeunes adultes plus vulnérables au stress, soit des jeunes adultes vivant avec un trouble mental grave (TMG). Cette discussion est constituée d'une synthèse des principaux résultats soulevés et identifie les principales contributions et limites de la thèse. Des implications cliniques, de même que des pistes de réflexion pour des recherches futures sont proposées.

4.1 Synthèse des résultats obtenus

Le premier article a pour premier objectif de tester un modèle de médiation séquentielle où les indicateurs de cognition sociale, soit le style d'attribution causale (stabilité dans le temps et globalité de l'attribution causale), les habiletés de mentalisation et de régulation émotionnelle, de même que les niveaux de résilience agissent comme médiateurs séquentiels dans la relation entre la maltraitance durant l'enfance et l'adaptation à la RA (détresse et symptômes psychologiques), tout en contrôlant pour les potentielles covariables. Ce premier article scientifique a pour deuxième objectif de déterminer si la maltraitance durant l'enfance, la cognition sociale et la résilience sont liées aux trajectoires sur six mois d'adaptation à la RA (détresse mesurée aux deux semaines, symptômes psychologiques mesurés après 1,3 et 6 mois post-RA), tout en contrôlant pour les potentielles covariables. Pour ce faire, 1385 jeunes adultes, âgés de 18 à 25 ans, en couple ont été recrutés et suivis durant 12 à 18 mois. Parmi ceux-ci, 177 ont subi une RA et ont été suivis durant six mois post-RA. Les régressions multiples des moindres carrés ordinaires (MCO) pour le modèle de médiation révèlent que la maltraitance durant l'enfance est associée à la détresse et aux symptômes psychologiques post-RA, lorsque les médiateurs sont considérés ou non dans le modèle. Les analyses montrent aussi que les expériences de maltraitance dans l'enfance sont associées à de plus bas niveaux de régulation émotionnelle, qui à leur tour sont liés à davantage de

symptômes psychologiques. Les analyses de modélisations mixtes linéaires pour les trajectoires indiquent qu'un vécu de maltraitance durant l'enfance et un style d'attribution causale qui est stable dans le temps sont associés à une hausse dans le temps (six mois) des symptômes psychologiques et à plus de symptômes psychologiques globaux. De plus bas niveaux de mentalisation et de régulation émotionnelle sont quant à eux reliés à plus de symptômes psychologiques globaux, mais ne sont pas reliés à une augmentation dans le temps.

Le deuxième article de la présente thèse a pour objectif d'accroître notre compréhension de l'expérience de la RA chez de jeunes adultes particulièrement vulnérables au stress, soit ceux vivant avec un trouble mental grave. Sept jeunes âgées de 21 à 25 ans et ayant un diagnostic de trouble mental grave ont répondu à une entrevue semi-structurée développée par notre équipe portant sur une RA significative pour eux. Des données descriptives ont aussi été recueillies et sont comparées à la documentation scientifique concernant la maltraitance durant l'enfance, la cognition sociale (style d'attribution causale, mentalisation et régulation émotionnelle), l'attachement, la résilience et les symptômes psychiatriques. Les analyses qualitatives phénoménologiques font ressortir quatre principaux thèmes du discours des participants, soit : les difficultés psychologiques (santé mentale, estime de soi, tristesse et détresse), les causes des difficultés post-rupture (relation toxique, blâme de l'ex-partenaire, blâme de soi), la résilience et stratégies positives d'adaptation (soutien social, croissance personnelle, perception positive, aide professionnelle), et les stratégies négatives d'adaptation à la RA (isolement, abus de substance, instabilité relationnelle, fuite). Plus particulièrement, il est observé que tous les participants abordent les difficultés psychologiques, les causes des difficultés, ainsi que la résilience et l'utilisation de stratégies positives d'adaptation. Quatre participants abordent l'utilisation de stratégies négatives d'adaptation. Les données descriptives montrent quant à elles que les participants présentent certaines vulnérabilités

notamment au niveau de la régulation émotionnelle, du style d'attribution causale, l'attachement et la maltraitance durant l'enfance.

4.2 Contributions de la thèse

Des contributions théoriques fort intéressantes découlent des résultats produits dans le cadre des deux articles scientifiques de cette thèse, permettant d'améliorer notre compréhension de la RA chez de jeunes adultes vivant avec ou sans TMG. La première contribution théorique de la thèse est l'identification, dans le premier article scientifique, des difficultés de régulation émotionnelle comme mécanisme explicatif de la relation entre la maltraitance durant l'enfance et les symptômes psychologiques post-RA chez les jeunes adultes sans TMG. Ces résultats représentent une continuité des résultats obtenus dans l'étude pilote précédant cette thèse, montrant le rôle médiateur de bas niveaux de régulation émotionnelle sur la relation entre la maltraitance durant l'enfance et les symptômes psychiatriques, la détresse et les bas niveaux de résilience post-RA (Francoeur et al., 2020). Les résultats obtenus appuient aussi ceux obtenus par Heshmati et collègues (2021), indiquant le rôle médiateur de la suppression émotionnelle (stratégie de régulation émotionnelle inadaptée) sur la relation entre la maltraitance et la gravité élevée du deuil de la RA. Dans le même sens, ces résultats soutiennent le modèle diathèse-stress (Cheng et al., 2016; Swearer & Hymel, 2015; Zuckerman, 1999) qui suggère que les effets négatifs de certaines prédispositions environnementales telles que la maltraitance durant l'enfance, sur l'adaptation à un événement stressant comme une RA, peuvent être contrecarrés par des facteurs de protection, comme les aptitudes de régulation émotionnelle. Ces résultats sont encourageants, puisque contrairement à un passé de maltraitance durant l'enfance, les aptitudes de régulation émotionnelle sont malléables et propices à l'amélioration (Bluett et al., 2014).

Une seconde contribution théorique de la présente thèse est l'utilisation d'un devis longitudinal (période de six mois) dans le premier article scientifique de la thèse, qui nous permet

de mieux comprendre l'impact dans le temps de la maltraitance durant l'enfance, les habiletés de cognition sociale et la résilience sur l'adaptation à la RA chez les jeunes adultes. En effet, le caractère longitudinal de cette étude, de même que les analyses de trajectoires permettent d'identifier les expériences de maltraitance durant l'enfance et un style d'attribution causale stable comme prédisant une hausse des symptômes psychologiques post-RA dans le temps. Il s'agit d'un devis novateur puisqu'à notre connaissance, aucune étude à ce jour ne se penche sur la capacité prédictive dans le temps de la maltraitance durant l'enfance et la stabilité de l'attribution causale sur l'adaptation à la RA chez les jeunes adultes. En fait, la plupart des études sur le sujet présentent des devis transversaux, ne permettant pas de conclure que ces variables ont un impact dans le temps. Les résultats obtenus dans la présente thèse sont toutefois en accord avec les études arborant des devis transversaux, soulevant l'association entre la maltraitance durant l'enfance et des difficultés d'adaptation à la RA (Francoeur et al., 2020; Heshmati et al., 2021), de même que l'association entre un style d'attribution stable et les difficultés face à des adversités (Gray et al., 2003; Greening et al., 2002). Ces résultats appuient aussi le modèle diathèse-stress (Cheng et al., 2016; Swearer & Hymel, 2015; Zuckerman, 1999), suggérant que certaines prédispositions environnementales telles que la maltraitance durant l'enfance, et certains facteurs de protection tels que la cognition sociale, peuvent influencer l'adaptation à des événements stressants, comme une RA.

Une meilleure compréhension de l'expérience subjective de la RA auprès des jeunes adultes vivant avec un TMG constitue la troisième contribution théorique à cette thèse (deuxième article scientifique). À notre connaissance, il s'agit de la première étude qui permet de donner la parole aux personnes particulièrement vulnérables au stress, c'est-à-dire les personnes vivant avec un TMG, et de mettre en lumière leur expérience de la RA. Plus particulièrement, les résultats viennent mettre en lumière que les expériences de la RA peuvent être significatives pour les personnes vivant

avec un TMG, et soulignent donc l'importance pour la recherche de commencer à s'y intéresser. Nos résultats soulèvent aussi que la RA peut être vécue difficilement pour certains et nuit à leur santé mentale, à leur estime de soi, en entraînant de la tristesse et de la détresse, de même que l'utilisation de stratégies négatives d'adaptation. La RA peut aussi être vécue plus positivement, en favorisant la résilience et l'utilisation de soutien social et d'aide professionnelle, la croissance personnelle et une perception positive de la RA. Bien que d'autres études soient nécessaires, cette étude s'inscrit dans un changement de paradigme, autant au niveau de la recherche qu'au niveau clinique, voulant que les personnes aux prises avec un TMG puissent faire preuve de résilience malgré leur diagnostic, puisque la plupart des études jusqu'à présent considèrent la résilience comme l'absence du développement d'un TMG malgré un contexte de vulnérabilité à en développer un (Doucet et al., 2017; Kim et al., 2013; Marulanda & Addington, 2016).

4.3 Limites

Certaines limites méthodologiques doivent être considérées dans l'interprétation des résultats de cette thèse. Tout d'abord, la première limite de cette thèse concerne le fait que dans le premier article scientifique, les jeunes adultes ayant vécu une RA ne sont pas tous restés célibataires durant six mois post-RA. Effectivement, quelques participants ont vécu d'autres relations amoureuses et d'autres RA durant cette période. Ainsi, il est possible que ces facteurs aient pu influencer la détresse et les symptômes psychologiques post-RA et il aurait été pertinent de les documenter. Néanmoins, en dépit de cette limite, ces facteurs font partie de l'adaptation à la RA des jeunes adultes et il est donc important de ne pas exclure ces participants des analyses, afin d'avoir un portrait juste.

La deuxième limite méthodologique importante à considérer dans le cadre de la thèse réside dans la constitution des échantillons, qui sont composés d'une majorité de femmes. Dans le contexte du premier article, la majorité de femmes n'est pas représentative de la population de jeunes adultes

et ne permet donc pas de généraliser les résultats à tous les jeunes adultes. En ce qui concerne le deuxième article scientifique, bien qu'un devis qualitatif ne permette pas de généraliser les résultats, la présence majoritaire de femmes est à considérer dans la représentativité de l'échantillon. Selon Statistique Canada (2014), un pourcentage plus élevé de femmes (15%) que d'hommes (9.3%) ont fait face à un épisode de dépression majeure au cours de leur vie au Québec, en 2012, tandis que les taux étaient similaires en ce qui concerne le trouble bipolaire (2.1% chez les femmes et 2.3% chez les hommes). La composition de notre échantillon est similaire avec un nombre plus élevé de femmes que d'hommes ayant un diagnostic de dépression majeure (une femme et aucun homme), ainsi qu'un nombre égal de femmes et d'hommes ayant un diagnostic de bipolarité (deux hommes et deux femmes). En ce qui concerne les troubles psychotiques, les données de Statistique Canada (2014) indiquent des taux similaires pour les femmes (0.7%) et pour les hommes (0.9%) au Québec, en 2012. Néanmoins, dans notre échantillon, deux femmes présentent un diagnostic de trouble psychotique, comparativement à aucun homme. Il est donc possible que nos résultats ne soient pas représentatifs de la majorité des individus ayant un diagnostic de trouble psychotique ou, plus particulièrement, des hommes ayant un diagnostic de trouble psychotique ou de dépression majeure.

Une troisième limite est à considérer. Dans le contexte du premier article scientifique, 22% des 177 participants de l'étude ont rapporté avoir une orientation sexuelle issue de la diversité. Néanmoins, aucune analyse n'a été effectuée, afin de voir si des différences étaient présentes en termes d'adaptation à la RA auprès de ce sous-groupe de notre échantillon. Il est donc important de garder en tête la possibilité que ce sous-groupe ne vit peut-être pas la RA de la même façon et que cela ait pu influencer les résultats obtenus. D'ailleurs, l'étude de Carter et collègues (2018) révèle que les jeunes adultes hétérosexuels ont tendance à vivre plus positivement la RA que ceux issus de la diversité sexuelle. Dans le même sens, bien que le sexe biologique ait été questionné, l'identité

de genre ne l'a pas été. Ainsi, il est possible que les résultats diffèrent en fonction de l'identité de genre des participants. Des recherches supplémentaires sont requises pour explorer l'influence de l'identité de genre sur l'adaptation à la RA chez les jeunes adultes.

La quatrième limite porte sur la diversité des diagnostics de TMG au sein de l'échantillon du deuxième article scientifique. Plus précisément, il ne faut pas oublier que les TMG regroupent deux types de troubles, soit les troubles de l'humeur sévères (la dépression et trouble bipolaire) et les troubles psychotiques (Drake & Whitley, 2014). Alors que ces troubles partagent de grandes similarités en matière de chronicité (Bhugra, 2006), de sévérité, de symptômes et de fonctionnement (Whitley et al., 2015), leurs présentations cliniques peuvent être hétérogènes (Slade et al., 1997). Il est donc possible que ces différences aient pu influencer leur expérience de la RA, bien que de nombreux thèmes communs soient ressortis de l'analyse.

La cinquième limite de cette thèse concerne le fait que les jeunes adultes vivant avec un TMG de l'étude qualitative discutaient d'une RA de manière rétrospective. Le fait que ceux-ci ne vivaient pas actuellement la RA dont ils souhaitaient discuter a pu influencer leur perception de celle-ci. Néanmoins, considérant les difficultés de recrutement associées aux jeunes adultes vivant avec un TMG et vivant actuellement une RA, cette méthode nous semble justifiée.

La dernière limite méthodologique de cette thèse touche le premier article scientifique. Il est impossible de négliger la possibilité que la pandémie mondiale Covid19 ait influencé le nombre de jeunes adultes vivant une RA au cours de la collecte de données effectuée entre 2020 et 2022. Plus précisément, un taux de RA semblable à celui de la documentation scientifique chez les jeunes était attendu, soit autour de 30% (Bravo et al., 2017), alors que le taux obtenu dans la présente étude est de 12%. Il est possible que cela soit dû au fait que d'être en relation amoureuse ait permis aux jeunes adultes de réduire leur sentiment de solitude occasionné par la pandémie. Effectivement, les résultats de Ray (2021) révèlent que les jeunes adultes en relation amoureuse vivent moins de

solitude que les personnes célibataires dans un contexte de pandémie.

4.4 Implications cliniques

À la lumière des résultats présentés dans les deux articles scientifiques de cette thèse, des implications cliniques sont à considérer, afin d'améliorer l'adaptation à la RA chez les jeunes adultes. Bien que d'autres études soient nécessaires, les résultats du premier article scientifique de la thèse mettent en lumière le fait que certaines aptitudes de cognition sociale, comme les aptitudes de régulation émotionnelle, le style d'attribution causal, et les aptitudes de mentalisation, peuvent venir influencer l'adaptation à la RA chez de jeunes adultes ayant un vécu de maltraitance durant l'enfance. Il serait donc fort pertinent qu'une attention particulière soit portée au niveau clinique aux aptitudes de cognition sociale chez les jeunes adultes ayant un vécu de maltraitance durant l'enfance et vivant actuellement une RA. Les psychologues, thérapeutes ou soignants pourraient potentiellement travailler en utilisant les aptitudes de cognition sociale comme ressources thérapeutiques, en soutenant la mentalisation par exemple, ou en veillant à travailler à développer celles-ci pour les personnes présentant des déficits. Les psychothérapies se concentrant sur les aptitudes de mentalisation montrent d'ailleurs leur efficacité auprès des personnes présentant un trouble de la personnalité limite (Vogt & Norman, 2019). De plus, de Jong et collègues (2019) présentent, dans leur étude, la *Metacognitive reflection and insight therapy*, qui permet d'améliorer les aptitudes de mentalisation auprès d'un échantillon de personnes aux prises avec la schizophrénie. Plus particulièrement, les résultats de cet essai contrôlé randomisé révèlent que cette psychothérapie de 40 séances permet d'améliorer les aptitudes de mentalisation liées à soi, et les changements perdurent dans le temps (de Jong et al., 2019). Bien que d'autres études soient requises, les résultats sont prometteurs et mettent en évidence le fait que les aptitudes de mentalisation peuvent être améliorées. Dans le même sens, les thérapies se concentrant sur les habiletés de régulation émotionnelle, telles que les thérapies d'acceptation et d'engagement, se

montrent efficaces pour les troubles anxieux (Bluett et al., 2014), pour les femmes dépressives (Tarkhan, 2017) et pour les habiletés interpersonnelles chez les jeunes universitaires (Norouzi et al., 2017). Cela n'est pas à négliger surtout considérant nos résultats de recherche montrant l'impact préjudiciable de la maltraitance durant l'enfance et certains aspects de la cognition sociale dans le temps sur les symptômes psychologiques post-RA.

De plus, il est une avenue grandement intéressante d'offrir des services de psychothérapie axés sur les aptitudes de cognition sociale en prévention dès l'enfance aux enfants ayant un vécu de maltraitance, par exemple aux enfants se retrouvant dans le système de la protection de la jeunesse, afin de prévenir les difficultés d'adaptation aux adversités à l'âge adulte comme une RA. Il est fort probable que ceux-ci pourront bénéficier de ce type d'intervention, puisque les interventions portant sur la cognition sociale permettent d'améliorer les aptitudes de cognition sociale auprès d'enfants ayant des comportements agressifs (Van Manen et al., 2004) et se trouvant sur le spectre de l'autisme (Soorya et al., 2015). Dans le même sens, il peut être une avenue intéressante d'enseigner les aptitudes de cognition sociale dans les écoles secondaires.

Bien que d'autres études soient requises, des efforts pourraient être mis, afin de faire de la prévention en ce qui concerne les relations amoureuses toxiques chez les jeunes. Le fait que la majorité de l'échantillon du deuxième article décrit avoir vécu une relation amoureuse abusive ou toxique dans son discours et que cela est la cause nommée de leurs difficultés à s'adapter à la RA voire même à développer un TMG est particulièrement inquiétant, surtout en considérant le fait que les relations amoureuses abusives sont associées à plus de toxicomanie, de symptômes dépressifs, de troubles de stress post-traumatique, de troubles alimentaires et de pensées suicidaires chez les jeunes (Barter & Stanley, 2016). Selon le modèle diathèse-stress (Zuckerman, 1999), les personnes ayant des prédispositions à développer un TMG, peuvent être plus vulnérables aux événements de vie stressants comme une RA. Toutefois, certains facteurs de protection ou de risque

peuvent influencer l'adaptation (Cheng et al., 2016; Swearer & Hymel, 2015). À la lumière de ce modèle, il est possible de se questionner à savoir si le fait que la relation soit toxique puisse agir comme facteur de risque pour l'adaptation à la RA chez les individus présentant déjà des vulnérabilités au stress, comme ceux ayant un TMG. Ainsi, bien que d'autres études soient nécessaires, il peut être pertinent de songer à offrir en prévention des interventions aux jeunes adultes célibataires vivant avec un TMG visant à les aider à s'investir dans des relations amoureuses saines et ainsi potentiellement éviter les écueils d'une RA particulièrement difficile. Un tel type d'intervention a été récemment développé pour les troubles psychotiques. Bien qu'il s'agisse d'une étude pilote, cette thérapie cognitivo-comportementale de groupe a obtenu des résultats prometteurs auprès des participants, qui ont développé un meilleur fonctionnement relationnel amoureux au fil du temps après la thérapie (Cloutier et al., 2022; Hache-Labelle et al., 2021). Il semble prometteur d'offrir ce type d'intervention aux jeunes adultes ayant un TMG.

Il apparaît primordial que les professionnels de la santé mentale travaillant auprès de jeunes ayant un TMG portent une attention particulière aux relations amoureuses et aux RA. Les difficultés psychologiques et les stratégies d'adaptation négatives que les participants du deuxième article scientifique rapportent dans leur entrevue qualitative ne sont pas à négliger. Effectivement, il peut être inquiétant de voir que ceux-ci font des liens dans leur discours entre la RA et leur santé mentale, en plus de nommer des stratégies d'adaptation alarmantes telles que l'isolement et l'abus de substance. Cela vient réitérer l'importance pour les professionnels d'aborder les relations amoureuses, bien que ce sujet soit souvent évité par les professionnels de la santé. Effectivement, certaines études montrent que nombreux infirmiers et psychiatres sont mal à l'aise d'aborder les problèmes amoureux et sexuels des personnes ayant un trouble psychotique, soit parce qu'ils préfèrent ne pas prioriser ces problèmes ou parce qu'ils n'ont pas l'impression d'avoir les compétences pour intervenir à cet égard (Cloutier et al., 2021; Nnaji & Friedman, 2008; Östman &

Björkman, 2013). Dans le même sens, l'étude de Wainberg et collègues (2016) remarque que les personnes ayant un TMG rapportent beaucoup plus de discrimination structurale concernant leur sexualité de la part des fournisseurs de soins et de leur famille que les personnes n'ayant pas de TMG. Ainsi, il est primordial pour les professionnels de voir au-delà de leurs diagnostics en ne craignant pas d'aborder les relations amoureuses et les RA avec les personnes ayant un TMG, et de l'aborder dans le respect de l'autre, afin de prévenir les potentielles difficultés psychologiques et l'utilisation de stratégies d'adaptation négatives associées à la RA telles que rapportées dans la présente thèse.

Au niveau économique et sociétal, les coûts engendrés par les personnes vivant avec un TMG ne sont pas à négliger. Effectivement, les études remarquent que les coûts associés à la schizophrénie tournaient autour de 6,85 milliards au Canada en 2004 (Goeree et al., 2004) et autour de 10,064\$ par patient par année de 1995 à 2015 au Manitoba (Canada) pour la dépression (Tanner et al., 2020). Étant donné que les résultats du deuxième article scientifique de cette thèse révèlent que les jeunes adultes ayant un TMG voient un lien entre la RA et leurs problèmes de santé mentale, il est possible de penser qu'une RA puisse mener à une rechute. Il semblerait bénéfique d'investir dans la prévention et les interventions auprès des jeunes ayant un TMG et vivant actuellement une RA, afin d'éviter les rechutes à la suite d'une RA, et de ce fait, diminuer le fardeau économique associé aux TMG. D'autres études sont toutefois requises.

4.5 Pistes futures

Les résultats obtenus, de même que les limites de la présente thèse permettent de proposer quelques pistes pour de futures recherches sur le sujet. D'abord, les articles scientifiques de la thèse s'intéressent à l'adaptation à la RA chez de jeunes adultes vivant avec ou sans TMG, tout en considérant et documentant notamment les aptitudes de cognition sociale. La cognition sociale est un concept complexe, comprenant plusieurs éléments, dont les aptitudes de mentalisation, de

régulation émotionnelle et le style d'attribution causale (Green et al., 2008), tels que mesurés à l'aide des trois outils suivants dans notre étude : Mentalization Scale (Dimitrijević et al., 2017; Francoeur et al., 2020), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ; Acremont & Van der Linden, 2007; Garnefski et al., 2001), The Attribution Style Questionnaire (ASQ; Dykema et al., 1996; Simoneau et al., 1990). Il serait intéressant pour les futures études portant sur l'adaptation à la RA des jeunes adultes, de créer un seul outil concis et rapide permettant de mesurer la cognition sociale dans son ensemble, en incluant plusieurs dimensions, puisqu'à ce jour il ne semble pas y en avoir aucun dans la documentation scientifique. Cela permettrait notamment d'alléger les analyses statistiques et ainsi de dresser un portrait plus juste de la capacité explicative de la cognition sociale sur l'adaptation à la RA.

Ensuite, il s'avère fort pertinent de poursuivre le développement d'études concernant les potentiels mécanismes explicatifs de l'adaptation à la RA chez de jeunes adultes ayant un vécu de maltraitance, notamment en raison des potentielles conséquences négatives d'une RA chez les personnes aux prises avec un vécu de maltraitance (Francoeur et al., 2020). Dans le cadre de la présente étude, deux mécanismes explicatifs sont proposés : la cognition sociale et la résilience. Bien que la résilience ne montre pas de résultats concluants dans le cadre du premier article scientifique, nous considérons important de la conserver dans le modèle pour de plus amples études en raison de son lien avec la maltraitance durant l'enfance (Bolger & Patterson, 2003; Francoeur et al., 2020; Simeon et al., 2007) et la documentation scientifique soutenant qu'elle peut influencer la RA (Yau, 2013). Néanmoins, il pourrait être bénéfique pour d'autres études d'ajouter l'attachement et le soutien social comme potentiels facteurs de risque ou de protection de l'adaptation à la RA, car ces facteurs sont grandement répertoriés dans la documentation scientifique. Effectivement, les études s'entendent sur le fait qu'un attachement insécurisant est lié à des difficultés post-RA (Brassard et al., 2018; Lussier et al., 2019; Moller et al., 2003; Sprecher et al., 1998) et que la

présence de soutien social favorise une meilleure adaptation post-RA (Barutçu Yıldırım & Demir, 2015; Moller et al., 2003).

La présente thèse est particulièrement novatrice, puisqu'elle est la première à s'intéresser à la RA à la fois chez de jeunes adultes et chez des jeunes présentant des vulnérabilités face aux événements stressants comme une RA, soit ceux ayant un TMG. Bien qu'il ne soit pas possible de comparer directement et faire des liens de causalité en comparant ces deux études, le rôle de la maltraitance durant l'enfance, des aptitudes de cognition sociale et de la résilience sur l'adaptation à la RA chez de jeunes adultes sans TMG, en combinaison avec la présence de lacunes au niveau de ces variables chez des jeunes vivant avec un TMG ouvrent les portes à de futures études quantitatives qui peuvent se questionner à savoir si ces variables pourraient influencer l'adaptation à la RA chez les jeunes ayant un TMG. De plus, les résultats obtenus dans le cadre de l'entrevue qualitative concernant la résilience et les stratégies d'adaptation positives mettent en lumière l'importance pour de futures études de se concentrer sur les ressources des personnes aux prises avec des TMG pour faire face à l'adversité.

4.6 Conclusion

Cette thèse permet d'approfondir la compréhension des RA chez les jeunes adultes vivant avec ou sans TMG. Plus précisément, le premier article scientifique soulève le rôle médiateur des difficultés de régulation émotionnelle dans la relation entre les expériences de maltraitance durant l'enfance et les symptômes psychologiques post-RA chez de jeunes adultes sans TMG. Il soulève aussi le rôle des expériences de maltraitance, du style d'attribution causale stable, des difficultés de mentalisation et de régulation émotionnelle sur les trajectoires élevées de symptômes psychologiques post-RA, de même que le rôle des expériences de maltraitance durant l'enfance et du style d'attribution causale stable sur la hausse dans le temps des symptômes psychologiques post-RA.

Quant au deuxième article scientifique de la thèse, il met en lumière l'expérience subjective de la RA chez de jeunes adultes vivant avec un TMG en faisant ressortir quatre principaux thèmes de leur discours : les difficultés psychologiques (santé mentale, estime de soi, tristesse et détresse), les causes des difficultés post-rupture (relation toxique, blâme de l'ex-partenaire, blâme de soi), la résilience et stratégies d'adaptation positives (soutien social, croissance personnelle, perception positive, aide professionnelle), et les stratégies négatives d'adaptation à la RA (isolement, abus de substance, instabilité relationnelle, fuite). Les résultats de cet article révèlent aussi que les jeunes adultes vivant avec un TMG présentent certaines vulnérabilités au niveau de la régulation émotionnelle, du style d'attribution causale, de l'attachement et de la maltraitance durant l'enfance.

En ce sens, les résultats suggèrent qu'il serait important au niveau clinique d'accorder une importance particulière à la maltraitance durant l'enfance et aux aptitudes de cognition sociale en matière de prévention précoce auprès des enfants victimes de maltraitance et d'intervention auprès de jeunes adultes sans TMG vivant une RA. Cette thèse met aussi en évidence l'importance pour les professionnels de la santé d'aborder les relations amoureuses et les RA avec les jeunes adultes ayant un TMG, de même que de développer des interventions visant à aider ces personnes à s'investir dans des relations amoureuses saines. L'investissement dans la prévention et les interventions pour les jeunes ayant un TMG afin d'éviter les rechutes occasionnées par une RA est aussi recommandé.

À la lumière des résultats obtenus dans cette thèse, il est souhaité que les futures études se concentrent sur le développement d'un outil mesurant à lui seul la cognition sociale et d'ajouter l'attachement et le soutien social comme facteurs de risque ou de protection en qui concerne l'adaptation à la RA chez les jeunes adultes au modèle présenté dans le premier article scientifique. Enfin, il est également attendu que des études quantitatives se penchent sur les facteurs de risque et de protection de la RA chez les jeunes adultes ayant un TMG.

Références

- Acremont, M., & Van der Linden, M. (2007). How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Adolescence*, 30(2), 271–282. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.02.007>
- Akbari, M., Kim, J. J., Seydavi, M., Enright, R. D., & Mohammadkhani, S. (2022). Neglected side of romantic relationships among college students: Breakup initiators are at risk for depression. *Family Relations*, 1–15. <https://doi.org/10.1111/fare.12682>
- Altman, S., Haeri, S., Cohen, L. J., Ten, A., Barron, E., Galynker, I. I., & Duhamel, K. N. (2006). Predictors of relapse in bipolar disorder: A review. *Journal of Psychiatric Practice*, 12(5), 269–282. <https://doi.org/10.1097/00131746-200609000-00002>
- Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. Oxford University press.
- Arria, A. M., O'Grady, K. E., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Wilcox, H. C., & Wish, E. D. (2009). Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 230–246. <https://doi.org/10.1080/13811110903044351>
- Augoustinos, M., Walker, I., & Donaghue, N. (2014). *Social cognition: An integrated introduction* (3rd ed.). Sage.
- Baldwin, J.R., Reuben, A., Newbury, J.B., & Danese, A. (2019). Agreement between prospective and retrospective measures of childhood maltreatment: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(6), 584–593. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0097>.

- Barter, C., & Stanley, N. (2016). Inter-personal violence and abuse in adolescent intimate relationships: Mental health impact and implications for practice. *International Review of Psychiatry*, 28(5), 485–503. <https://doi.org/10.1080/09540261.2016.1215295>
- Barutçu Yıldırım, F., & Demir, A. (2015). Breakup adjustment in young adulthood. *Journal of Counseling & Development*, 93(1), 38–44. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2015.00179.x>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry*, 9(1), 11–15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Batten, S. V., Aslan, M., Maciejewski, P. K., & Mazure, C. M. (2004). Childhood maltreatment as a risk factor for adult cardiovascular disease and depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(2), 249–254. <https://doi.org/10.4088/JCP.v65n0217>
- Beards, S., Gayer-Anderson, C., Borges, S., Dewey, M. E., Fisher, H. L., & Morgan, C. (2013). Life events and psychosis: A review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 39(4), 740–747. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt065>
- Beer, J. S., & Ochsner, K. N. (2006). Social cognition: A multi level analysis. *Brain Research*, 1079(1), 98–105. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2006.01.002>
- Bennett, S., Farrington, D. P., & Huesmann, L. R. (2005). Explaining gender differences in crime and violence: The importance of social cognitive skills. *Aggression and Violent Behavior*, 10(3), 263–288. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2004.07.001>
- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128–134. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503669>
- Bhugra, D. (2006). Severe mental illness across cultures. *Acta Psychiatrica Scandinavica*,

113(s429), 17–23. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00712.x>

- Bierer, L. M., Yehuda, R., Schmeidler, J., Mitropoulou, V., New, A. S., Silverman, J. M., & Siever, L. J. (2003). Abuse and neglect in childhood: Relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectrums*, 8(10), 737–754. <https://doi.org/10.1017/S1092852900019118>
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 612–624. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008>
- Boelen, P. A., & Reijntjes, A. (2009). Negative cognitions in emotional problems following romantic relationship break-ups. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 25(1), 11–19. <https://doi.org/10.1002/smi.1219>
- Bolger, K. E., & Patterson, C. J. (2003). Sequelae of child maltreatment: Vulnerability and resilience. In D. Cicchetti (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 156–181). Cambridge University Press.
- Botting, N., & Conti-Ramsden, G. (2008). The role of language, social cognition, and social skill in the functional social outcomes of young adolescents with and without a history of SLI. *British Journal of Developmental Psychology*, 26(2), 281–300. <https://doi.org/10.1348/026151007X235891>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger*. The Hogarth press and the institute of psycho-analysis.
- Bourgeois, C., Lecomte, T., & Daigneault, I. (2018). Psychotic disorders in sexually abused youth: A prospective matched-cohort study. *Schizophrenia Research*, 199, 123–127. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.03.020>

- Braithwaite, S. R., Delevi, R., & Fincham, F. D. (2010). Romantic relationships and the physical and mental health of college students. *Personal Relationships, 17*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2010.01248.x>
- Brassard, A., St-Laurent Dubé, M., Gehl, K., & Lecomte, T. (2018). Attachement amoureux, symptômes dépressifs et comportements suicidaires en contexte de rupture amoureuse. *Santé mentale au Québec, 43*(1), 145–162. <https://doi.org/10.7202/1048899ar>
- Bravo, V., Connolly, J., & McIsaac, C. (2017). Why did it end? Breakup reasons of youth of different gender, dating stages, and ages. *Emerging Adulthood, 5*(4), 230–240. <https://doi.org/10.1177/2167696817700261>
- Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the Early Trauma Inventory–Self Report. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 195*(3), 211–218. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c>
- Brizio, A., Gabbatore, I., Tirassa, M., & Bosco, F. M. (2015). “No more a child, not yet an adult”: Studying social cognition in adolescence. *Frontiers in Psychology, 6*(1011), 59–70. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01011>
- Browne, J., Estroff, S. E., Ludwig, K., Merritt, C., Meyer-Kalos, P., Mueser, K. T., Gottlieb, J. D., & Penn, D. L. (2018). Character strengths of individuals with first episode psychosis in Individual Resiliency Training. *Schizophrenia Research, 195*, 448–454. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.09.036>
- Burns, E. E., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2010). Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 19*(8), 801–819. <https://doi.org/10.1080/10926771.2010.522947>

- Carter, K. R., Knox, D., & Hall, S. S. (2018). Romantic breakup: Difficult loss for some but not for others. *Journal of Loss and Trauma*, 23(8), 698–714. <https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1502523>
- Cheng, S. C., Walsh, E., & Schepp, K. G. (2016). Vulnerability, stress, and support in the disease trajectory from prodrome to diagnosed schizophrenia: Diathesis–stress–support model. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 810–817. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.008>
- Choi, J. W., Cha, B., Jang, J., Park, C. S., Kim, B. J., Lee, C. S., & Lee, S. J. (2015). Resilience and impulsivity in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 170, 172–177. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.056>
- Chung, M. C., Farmer, S., Grant, K., Newton, R., Payne, S., Perry, M., Saunders, J., Smith, C., & Stone, N. (2003). Coping with post-traumatic stress symptoms following relationship dissolution. *Stress and Health*, 19(1), 27–36. <https://doi.org/10.1002/smi.956>
- Cloutier, B., Francoeur, A., Samson, C., Ghostine, A., & Lecomte, T. (2021). Romantic relationships, sexuality, and psychotic disorders: A systematic review of recent findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 44(1), 22–42. <https://doi.org/10.1037/prj0000409>
- Cloutier, B., Lecomte, T., Diotte, F., Lamontagne, J., Abdel-Baki, A., Daneault, J-G., G lineau Rabbath, M-E., de Connor, A., & Perrine, C. (2022). *Improving romantic relationship functioning among young men with first-episode psychosis: Impact of a novel group intervention*. Manuscript submitted for publication.
- Coleman, J., & Hagell, A. (2007). The nature of risk and resilience in adolescence. In J. Coleman & A. Hagell (Eds.), *Adolescence, risk and resilience: Against the odds* (pp. 2–16). John Wiley & Sons.

- Colman, R. A., & Widom, C. S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: A prospective study. *Child Abuse & Neglect*, 28(11), 1133–1151. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.02.005>
- Collins, W. A. (2003). More than myth: The developmental significance of romantic relationships during adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 13(1), 1–24. <https://doi.org/10.1111/1532-7795.1301001>
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 211–229. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.004>
- Corbière, M., & Larivière, N. (2020). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes* (2e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577–584. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
- Crawford, K. M., Choi, K., Davis, K. A., Zhu, Y., Soare, T. W., Smith, A. D., Germine, L., & Dunn, E. C. (2022). Exposure to early childhood maltreatment and its effect over time on social cognition. *Development and Psychopathology*, 34(1), 409–419. <https://doi.org/10.1017/S095457942000139X>.
- Davidson, K., & Fennell, G. (2002). New intimate relationships in later life. *Ageing International*, 27(4), 3–10. <https://doi.org/10.1007/s12126-002-1011-3>
- Daigneault, I., Tourigny, M., & Cyr, M. (2004). Description of trauma and resilience in sexually abused adolescents: An integrated assessment. *Journal of Trauma Practice*, 3(2), 23–47. https://doi.org/10.1300/J189v03n02_02

- Dailey, R. M., Rossetto, K. R., Pfister, A., & Surra, C. A. (2009). A qualitative analysis of on-again/off-again romantic relationships: “It’s up and down, all around”. *Journal of Social and Personal Relationships*, *26*(4), 443–466. <https://doi.org/10.1177/0265407509351035>
- Daruy-Filho, L., Brietzke, E., Lafer, B., & Grassi-Oliveira, R. J. A. P. S. (2011). Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *124*(6), 427–434. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01756.x>
- de Jong, S., Van Donkersgoed, R. J. M., Timmerman, M. E., Aan Het Rot, M., Wunderink, L., Arends, J., van Der Gaag, M., Aleman, A., Lysaker, P. H., & Pijnenborg, G. H. M. (2019). Metacognitive reflection and insight therapy (MERIT) for patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, *49*(2), 303–313. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000855>
- Demir, M. (2008). Sweetheart, you really make me happy: Romantic relationship quality and personality as predictors of happiness among emerging adults. *Journal of Happiness Studies*, *9*(2), 257–277. <https://doi.org/10.1007/s10902-007-9051-8>
- Dimitrijević, A., Hanak, N., Altaras Dimitrijevic, A., & Jolić Marjanovic, Z. (2017). The Mentalization Scale (MentS): A self-report measure for assessment of mentalizing capacity. *Journal of Personality Assessment*, *100*(3), 268–280. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1310730>
- Dion, J., Gervais, J., Bigras, N., Blackburn, M. E., & Godbout, N. (2019). A longitudinal study of the mediating role of romantic attachment in the relation between child maltreatment and psychological adaptation in emerging adults. *Journal of Youth and Adolescence*, *48*, 2391–2402. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01073-4>
- Dodd, A., Lockwood, E., Mansell, W., & Palmier-Claus, J. (2019). Emotion regulation strategies in bipolar disorder: A systematic and critical review. *Journal of Affective Disorders*, *246*, 262–284. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.026>

- Dodell-Feder, D., Felix, S., Yung, M. G., & Hooker, C. I. (2015). Theory-of-mind-related neural activity for one's romantic partner predicts partner well-being. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 11*(4), 593–603. <https://doi.org/10.1093/scan/nsv144>
- Donald, M., Dower, J., Correa-Velez, I., & Jones, M. (2006). Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: A comparison of hospital-based with population-based samples of young adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(1), 87–96. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01747.x>
- Doucet, G. E., Bassett, D. S., Yao, N., Glahn, D. C., & Frangou, S. (2017). The role of intrinsic brain functional connectivity in vulnerability and resilience to bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry, 174*(12), 1214–1222. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010095>
- Drake, R. E., & Whitley, R. (2014). Recovery and severe mental illness: Description and analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry, 59*(5), 236–242. <https://doi.org/10.1177/070674371405900502>
- Drapeau, M., & Perry, J. C. (2004). Childhood trauma and adult interpersonal functioning: A study using the Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT). *Child Abuse & Neglect, 28*(10), 1049–1066. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.05.004>
- Duprey, E. B., Handley, E. D., Manly, J. T., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2021). Child maltreatment, recent stressful life events, and suicide ideation: A test of the stress sensitivity hypothesis. *Child Abuse & Neglect, 113*, 104926. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104926>
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry, 22*(3), 149–161. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000014>

- Dykema, J., Bergbower, K., Doctora, J. D., & Peterson, C. (1996). An attributional style questionnaire for general use. *Journal of Psychoeducational Assessment, 14*(2), 100–108. <https://doi.org/10.1177/073428299601400201>
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry, 160*(8), 1453–1460. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1453>
- Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., & Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science, 302*(5643), 290–292. <https://doi.org/10.1126/science.1089134>
- Etain, B., Aas, M., Andreassen, O. A., Lorentzen, S., Dieset, I., Gard, S., Kahn, J. P., Bellivier, F., Leboyer, M., Melle, I., & Henry, C. (2013). Childhood trauma is associated with severe clinical characteristics of bipolar disorders. *The Journal of clinical psychiatry, 74*(10), 991–998. <https://doi.org/10.4088/jcp.13m08353>
- Feiring, C., Simon, V. A., & Cleland, C. M. (2009). Childhood sexual abuse, stigmatization, internalizing symptoms, and the development of sexual difficulties and dating aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(1), 127–137. <https://doi.org/10.1037/a0013475>
- Ferrajão, P. C., & Aragão Oliveira, R. (2016). Portuguese war veterans: Moral injury and factors related to recovery from PTSD. *Qualitative Health Research, 26*(2), 204–214. <https://doi.org/10.1177/1049732315573012>
- Fett, A. K. J., Viechtbauer, W., Penn, D. L., van Os, J., & Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A

meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 573–588.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.07.001>

Field, T., Diego, M., Pelaez, M., Deeds, O., & Delgado, J. (2009). Breakup distress in university students. *Adolescence*, 44(176), 705–727.

Fischer-Kern, M., Fonagy, P., Kapusta, N. D., Luyten, P., Boss, S., Naderer, A., Blüml, V., & Leithner, K. (2013). Mentalizing in female inpatients with major depressive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(3), 202–207.

<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182845c0a>

Fisher, H. (2006). Love lost: The nature of romantic rejection. In N. Bauer-Maglin (Ed.), *Cut Loose: (Mostly) Midlife and Older Women on the End of (Mostly) Long-Term Relationships*. Rutgers University Press.

Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (2013). *Social cognition: From brains to culture*. Sage.

Fonagy, P., Stein, H., Allen, D., Chen, C. F., Allen, J. G., & Vrouva, I. (2006). *The relationship of childhood and adolescent adversity to impairment of mentalizing capacity and psychological disorder* [unpublished document]. University College London.

França, G., Laranjeira, E., Silva, F., Monteiro, L., Moreira, A. M., & Carvalho, S. (2020). Attachment style and insight in schizophrenia: A cross-sectional study. *Psychiatric Quarterly*, 91(1), 31–43. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09675-8>

Francoeur, A., Lecomte, T., Daigneault, I., Brassard, A., Lecours, V., & Hache-Labelle, C. (2020). Social cognition as mediator of romantic breakup adjustment in young adults who experienced childhood maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 29(9), 1–18. <https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1603177>

- Frazier, P. A., & Cook, S. W. (1993). Correlates of distress following heterosexual relationship dissolution. *Journal of Social and Personal Relationships*, *10*(1), 55–67. <https://doi.org/10.1177/0265407593101004>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, *30*(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Gilbert, S. P., & Sifers, S. K. (2011). Bouncing back from a breakup: Attachment, time perspective, mental health, and romantic loss. *Journal of College Student Psychotherapy*, *25*(4), 295–310. <https://doi.org/10.1080/87568225.2011.605693>
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Duquesne University Press.
- Godbout, N., Dutton, D. G., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2009). Early exposure to violence, domestic violence, attachment representations, and marital adjustment. *Personal Relationships*, *16*(3), 365–384. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2009.01228.x>
- Godbout, N., Runtz, M., MacIntosh, H., & Briere, J. (2013). Childhood trauma and couple relationships. *Integrating Science & Practice*, *3*(2), 14–17.
- Goeree, R., Farahati, F., Burke, N., Blackhouse, G., O'Reilly, D., Pyne, J., & Tarride, J. E. (2005). The economic burden of schizophrenia in Canada in 2004. *Current Medical Research and Opinion*, *21*(12), 2017–2028. <https://doi.org/10.1185/030079905X75087>
- Gorka, A. X., Hanson, J. L., Radtke, S. R., & Hariri, A. R. (2014). Reduced hippocampal and medial prefrontal gray matter mediate the association between reported childhood maltreatment and trait anxiety in adulthood and predict sensitivity to future life stress. *Biology of Mood & Anxiety Disorders*, *4*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/2045-5380-4-12>

- Grassi-Oliveira, R., & Stein, L. M. (2008). Childhood maltreatment associated with PTSD and emotional distress in low-income adults: The burden of neglect. *Child Abuse & Neglect*, 32(12), 1089–1094. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.05.008>
- Gray, M. J., Pumphrey, J. E., & Lombardo, T. W. (2003). The relationship between dispositional pessimistic attributional style versus trauma-specific attributions and PTSD symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(3), 289–303. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00205-0](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00205-0)
- Green, M. F., Penn, D. L., Bentall, R., Carpenter, W. T., Gaebel, W., Gur, R. C., Kring, A. M., Park, S., Silverstein, S. M., & Heinssen, R. (2008). Social cognition in schizophrenia: An NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1211–1220. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm145>
- Greening, L., Stoppelbein, L., & Docter, R. (2002). The mediating effects of attributional style and event-specific attributions on postdisaster adjustment. *Cognitive Therapy and Research*, 26(2), 261–274. <https://doi.org/10.1023/A:1014530021675>
- Hache-Labelle, C., Abdel-Baki, A., Lepage, M., Laurin, A. S., Guillou, A., Francoeur, A., Bergeron, S., & Lecomte, T. (2021). Romantic relationship group intervention for men with early psychosis: A feasibility, acceptability and potential impact pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, 15(4), 753–761. <https://doi.org/10.1111/eip.13012>
- Hains, J., Dion, J., Daigneault, I., & McDuff, P. (2014). Relationships between stressful life events, psychological distress and resilience among Aboriginal and non-Aboriginal adolescents. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*, 2(1), 4–15.
- Halpern, C. T., Oslak, S. G., Young, M. L., Martin, S. L., & Kupper, L. L. (2001). Partner violence among adolescents in opposite-sex romantic relationships: Findings from the National

Longitudinal Study of Adolescent Health. *American Journal of Public Health*, 91(10), 1679–1685. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.10.1679>

Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 260–273. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x>

Harkness, K. L., Bruce, A. E., & Lumley, M. N. (2006). The role of childhood abuse and neglect in the sensitization to stressful life events in adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 730–741. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.4.730>

Harvey, A. B., & Karpinski, A. (2016). The impact of social constraints on adjustment following a romantic breakup. *Personal Relationships*, 23(3), 396–408. <https://doi.org/10.1111/pere.12132>

Hassan, A. N., Stuart, E. A., & De Luca, V. (2016). Childhood maltreatment increases the risk of suicide attempt in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 176(2–3), 572–577. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.05.012>

Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 693–710. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.03.008>

Herrenkohl, T. I., Huang, B., Tajima, E. A., & Whitney, S. D. (2003). Examining the link between child abuse and youth violence: An analysis of mediating mechanisms. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(10), 1189–1208. <https://doi.org/10.1177/0886260503255558>

Heshmati, R., Zemestani, M., & Vujanovic, A. (2021). Associations of childhood maltreatment and attachment styles with romantic breakup grief severity: The role of emotional

- suppression. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(13–14), NP11883–NP11904. <https://doi.org/10.1177/0886260521997438>
- Hong, F., Tarullo, A. R., Mercurio, A. E., Liu, S., Cai, Q., & Malley-Morrison, K. (2018). Childhood maltreatment and perceived stress in young adults: The role of emotion regulation strategies, self-efficacy, and resilience. *Child Abuse & Neglect*, 86, 136–146. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.014>
- Hosgoren Alici, Y., Hasanli, J., Saygılı, G., & Kocak, O. M. (2022). The importance of mentalization, coping mechanisms, and perceived stress in the prediction of resilience of healthcare workers. *Psychology, Health & Medicine*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2131855>
- Joormann, J., & Stanton, C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 35–49. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.07.007>
- Kansky, J., & Allen, J. P. (2018). Making sense and moving on: the potential for individual and interpersonal growth following emerging adult breakups. *Emerging Adulthood*, 6(3), 172–190. <https://doi.org/10.1177/2167696817711766>
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E., MacLean, C., Neale, M. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (2010). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *Focus*, 8(3), 459–470. <https://doi.org/10.1176/foc.8.3.foc459>
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 706–716. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x>
- Kim, J. H., Martins, S. S., Shmulewitz, D., Santaella, J., Wall, M. M., Keyes, K. M., Eaton, N. R., Krueger, R., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2014). Childhood maltreatment, stressful life

- events, and alcohol craving in adult drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(7), 2048–2055. <https://doi.org/10.1111/acer.12473>
- Kim, K. R., Song, Y. Y., Park, J. Y., Lee, E. H., Lee, M., Lee, S. Y., Kang, J. I., Lee, E., Yoo, S. W., An, S. K., & Kwon, J. S. (2013). The relationship between psychosocial functioning and resilience and negative symptoms in individuals at ultra-high risk for psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(8), 762–771. <https://doi.org/10.1177/0004867413488218>
- Kim-Cohen, J., & Gold, A. L. (2009). Measured gene–environment interactions and mechanisms promoting resilient development. *Current Directions in Psychological Science*, 18(3), 138–142. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01624.x>
- Kimhy, D., Vakhrusheva, J., Jobson-Ahmed, L., TARRIER, N., Malaspina, D., & Gross, J. J. (2012). Emotion awareness and regulation in individuals with schizophrenia: Implications for social functioning. *Psychiatry Research*, 200(2–3), 193–201. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.05.029>
- Koenders, M. A., Giltay, E. J., Spijker, A. T., Hoencamp, E., Spinhoven, P., & Elzinga, B. M. (2014). Stressful life events in bipolar I and II disorder: Cause or consequence of mood symptoms?. *Journal of Affective Disorders*, 161, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.036>
- Kolar, K. (2011). Resilience: Revisiting the concept and its utility for social research. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(4), 421–433. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9329-2>
- Kraemer, H. C., Kiernan, M., Essex, M., & Kupfer, D. J. (2008). How and why criteria defining moderators and mediators differ between the Baron & Kenny and MacArthur approaches.

Health Psychology, 27(2S), S101–S108. [https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.2\(Suppl.\).S101](https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.2(Suppl.).S101)

Kunda, Z. (1999). *Social cognition: Making sense of people*. MIT press.

Lantagne, A., & Furman, W. (2017). Romantic relationship development: The interplay between age and relationship length. *Developmental Psychology*, 53(9), 1738–1749. <https://doi.org/10.1037/dev0000363>

Lahera, G., Herrera, S., Reinares, M., Benito, A., Rullas, M., González-Cases, J., & Vieta, E. (2015). Hostile attributions in bipolar disorder and schizophrenia contribute to poor social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(6), 472–482. <https://doi.org/10.1111/acps.12399>

Lahera, G., Ruiz-Murugarren, S., Iglesias, P., Ruiz-Bennasar, C., Herrería, E., Montes, J. M., & Fernández-Liria, A. (2012). Social cognition and global functioning in bipolar disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(2), 135–141. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3182438eae>

Larsson, S., Andreassen, O. A., Aas, M., Rössberg, J. I., Mork, E., Steen, N. E., Barrett, E. A., Lagerberg, T. V., Peleikis, D., Agartz, I., Melle, I., & Lorentzen, S. (2013). High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54(2), 123–127. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.06.009>

Lazarus, R. S., & Alfert, E. (1964). Short-circuiting of threat by experimentally altering cognitive appraisal. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69(2), 195–205. <https://doi.org/10.1037/h0044635>

- Lecomte, T., Wallace, C. J., Perreault, M., & Caron, J. (2005). Consumers' goals in psychiatric rehabilitation and their concordance with existing services. *Psychiatric Services, 56*(2), 209–211. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.2.209>
- Lee, D., Cha, B., Park, C. S., Kim, B. J., Lee, C. S., Lee, S. J., Seo, J. Y., Cho, Y. A., Ha, J. H., & Choi, J. W. (2017). Effects of resilience on quality of life in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 207*, 434–441. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.075>
- Lepore, S. J. (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In A. Baum & B. Andersen (Eds), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 99–118). American Psychological Association.
- Lepore, S. J., & Revenson, T. A. (2007). Social constraints on disclosure and adjustment to cancer. *Social and Personality Psychology Compass, 1*(1), 313–333. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00013.x>
- Li, M., D'Arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: Systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine, 46*(4), 717–730. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291715002743>
- Linville, P. W., & Carlston, D. E. (1994). Social cognition of the self. In P. G. Devine, D. L. Hamilton, & T. M. Ostrom (Eds.), *Social cognition: Impact on social psychology* (pp. 143–193). Academic Press.
- Locker Jr, L., McIntosh, W. D., Hackney, A. A., Wilson, J. H., & Wiegand, K. E. (2010). The breakup of romantic relationships: Situational predictors of perception of recovery. *North American Journal of Psychology, 12*(3), 565–578.
- Lussier, Y., Bélanger, C., & Sabourin, S. (2019). *Les fondements de la psychologie du couple*. PUQ.

- Lysaker, P. H., Vohs, J. L., Ballard, R., Fogley, R., Salvatore, G., Popolo, R., & Dimaggio, G. (2013). Metacognition, self-reflection and recovery in schizophrenia. *Future Neurology*, 8(1), 103–115. <https://doi.org/10.2217/fnl.12.78>
- MacDonald, G., & Leary, M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 131(2), 202–223. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.2.202>
- Mancuso, F., Horan, W. P., Kern, R. S., & Green, M. F. (2011). Social cognition in psychosis: Multidimensional structure, clinical correlates, and relationship with functional outcome. *Schizophrenia Research*, 125(2–3), 143–151. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.11.007>
- Marulanda, S., & Addington, J. (2016). Resilience in individuals at clinical high risk for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(3), 212–219. <https://doi.org/10.1111/eip.12174>
- McKeever, V. M., & Huff, M. E. (2003). A diathesis-stress model of posttraumatic stress disorder: Ecological, biological, and residual stress pathways. *Review of General Psychology*, 7(3), 237–250. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.7.3.237>
- McKiernan, A., Ryan, P., McMahon, E., Bradley, S., & Butler, E. (2018). Understanding young people's relationship breakups using the dual processing model of coping and bereavement. *Journal of Loss and Trauma*, 23(3), 192–210. <https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1426979>
- Mearns, J. (1991). Coping with a breakup: Negative mood regulation expectancies and depression following the end of a romantic relationship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(2), 327–334. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.60.2.327>

- Meier, A., & Allen, G. (2008). Intimate relationship development during the transition to adulthood: Differences by social class. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2008(119), 25–39. <https://doi.org/10.1002/cd.207>
- Messman-Moore, T. L., & Coates, A. A. (2007). The impact of childhood psychological abuse on adult interpersonal conflict: The role of early maladaptive schemas and patterns of interpersonal behavior. *Journal of Emotional Abuse*, 7(2), 75–92. https://doi.org/10.1300/J135v07n02_05
- Meyer, P. S., & Mueser, K. T. (2011). Resiliency in individuals with serious mental illness. In S. M. Southwick, B. T. Litz, D. Charney and M. J. Friedman (Eds), *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan* (pp. 276–288). Cambridge University Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. In M. P. Zanna (Ed), *Advances in experimental social psychology* (vol. 35, pp. 53–152). Academic Press.
- Mirsu-Paun, A., & Oliver, J. A. (2017). How much does love really hurt? A meta-analysis of the association between romantic relationship quality, breakups and mental health outcomes in adolescents and young adults. *Journal of Relationships Research*, 8(e5), 1–12. <https://doi.org/10.1017/jrr.2017.6>
- Mizock L, La Mar K, DeMartini L, Stringer J (2019). Relational resilience: Intimate and romantic relationship experiences of women with serious mental illness. *Journal of Relationships Research*, 10(e5), 1–9. <https://doi.org/10.1017/jrr.2019.2>
- Mizrahi, R., Addington, J., Remington, G., & Kapur, S. (2008). Attribution style as a factor in psychosis and symptom resolution. *Schizophrenia Research*, 104(1–3), 220–227. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.05.003>

- Mizuno, Y., Wartelsteiner, F., & Frajo-Apor, B. (2016). Resilience research in schizophrenia: A review of recent developments. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(3), 218–223. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000248>
- Moller, N. P., Fouladi, R. T., McCarthy, C. J., & Hatch, K. D. (2003). Relationship of attachment and social support to college students' adjustment following a relationship breakup. *Journal of Counseling & Development*, 81(3), 354–369. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2003.tb00262.x>
- Montgomery, M. J. (2005). Psychosocial intimacy and identity: From early adolescence to emerging adulthood. *Journal of Adolescent Research*, 20(3), 346–374. <https://doi.org/10.1177/0743558404273118>
- Monroe, S. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Lewinsohn, P. M. (1999). Life events and depression in adolescence: Relationship loss as a prospective risk factor for first onset of major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 606–614. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.4.606>
- Morriss, R. K., van der Gucht, E., Lancaster, G., & Bentall, R. P. (2009). Adult attachment in bipolar 1 disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(3), 267–277. <https://doi.org/10.1348/147608309X415309>
- Myin-Germeys, I., & van Os, J. (2007). Stress-reactivity in psychosis: Evidence for an affective pathway to psychosis. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 409–424. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.005>
- Nnaji, R. N., & Friedman, T. (2008). Sexual dysfunction and schizophrenia: Psychiatrists' attitudes and training needs. *Psychiatric Bulletin*, 32(6), 208–210. <http://dx.doi.org/10.1192/pb.bp.107.016162>

- Nelson, J., Klumpparentt, A., Doebler, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *210*(2), 96–104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180752>
- Norona, J. C., Scharf, M., Welsh, D. P., & Shulman, S. (2018). Predicting post-breakup distress and growth in emerging adulthood: The roles of relationship satisfaction and emotion regulation. *Journal of Adolescence*, *63*(1), 191–193. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.01.001>
- Norouzi, M., Zargar, F., & Norouzi, F. (2017). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on interpersonal problems and difficulties in emotion regulation among university students. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, *11*(3), e8005. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.8005>
- Nunes, K. G., & da Rocha, N. S. (2022). Resilience in severe mental disorders: Correlations to clinical measures and quality of life in hospitalized patients with major depression, bipolar disorder, and schizophrenia. *Quality of Life Research*, *31*(2), 507–516. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02920-3>
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, *9*(5), 242–249. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.03.010>
- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence*, *26*(1), 1–11. [https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(02\)00118-5](https://doi.org/10.1016/S0140-1971(02)00118-5)
- Östman, M., & Björkman, A. C. (2013). Schizophrenia and relationships: The effect of mental illness on sexuality. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, *7*(1), 20–24. <http://dx.doi.org/10.3371/CSRP.OSBJ.012513>

- O'Sullivan, L. F., Hughes, K., Talbot, F., & Fuller, R. (2019). Plenty of fish in the ocean: How do traits reflecting resiliency moderate adjustment after experiencing a romantic breakup in emerging adulthood?. *Journal of Youth and Adolescence*, *48*(5), 949–962. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-00985-5>
- Palmier-Claus, J. E., Berry, K., Bucci, S., Mansell, W., & Varese, F. (2016). Relationship between childhood adversity and bipolar affective disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *209*(6), 454–459. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.115.179655>
- Parada-Fernández, P., Herrero-Fernández, D., Oliva-Macías, M., & Rohwer, H. (2020). Stressful life events and hopelessness in adults: The mediating role of mentalization and emotional dysregulation. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *43*(4), 385–392. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1061>
- Pardeller, S., Kemmler, G., Hoertnagl, C. M., & Hofer, A. (2020). Associations between resilience and quality of life in patients experiencing a depressive episode. *Psychiatry Research*, *292*, 113353. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113353>
- Park, L. E., Sanchez, D. T., & Brynildsen, K. (2011). Maladaptive responses to relationship dissolution: The role of relationship contingent self-worth. *Journal of Applied Social Psychology*, *41*(7), 1749–1773. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2011.00769.x>
- Penn, D. L., Sanna, L. J., & Roberts, D. L. (2008). Social cognition in schizophrenia: An overview. *Schizophrenia Bulletin*, *34*(3), 408–411. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn014>
- Perilloux, C., & Buss, D. M. (2008). Breaking up romantic relationships: Costs experienced and coping strategies deployed. *Evolutionary Psychology*, *6*(1), 164–181. <https://doi.org/10.1177/147470490800600119>

- Pickens, J. M. (1999). Social networks for women with serious mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 37(5), 30–38. <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19990501-14>
- Rauer, A. J., Pettit, G. S., Lansford, J. E., Bates, J. E., Dodge, K. A. (2013). Romantic relationship patterns in young adulthood and their developmental antecedents. *Developmental Psychology*, 49(11), 2159–2171. <https://doi.org/10.1037/a0031845>
- Ray, C. D. (2021). The trajectory and determinants of loneliness during the early months of the COVID-19 pandemic in the United States. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(6), 1920–1938. <https://doi.org/10.1177/02654075211016542>
- Reyome, N. D. (2010). Childhood emotional maltreatment and later intimate relationships: Themes from the empirical literature. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(2), 224–242. <https://doi.org/10.1080/10926770903539664>
- Saffrey, C., & Ehrenberg, M. (2007). When thinking hurts: Attachment, rumination, and postrelationship adjustment. *Personal Relationships*, 14(3), 351–368. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2007.00160.x>
- Samamé, C., Martino, D. J., & Strejilevich, S. A. (2012). Social cognition in euthymic bipolar disorder: Systematic review and meta-analytic approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(4), 266–280. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01808.x>
- Savla, G. N., Vella, L., Armstrong, C. C., Penn, D. L., & Twamley, E. W. (2012). Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: A meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 39(5), 979–992. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs080>
- Savov, S., & Atanassov, N. (2012). Deficits of affect mentalization in patients with drug addiction: Theoretical and clinical aspects. *ISRN Addiction*, 2013, 1–6. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/250751>

- Schenkel, L. S., Spaulding, W. D., DiLillo, D., & Silverstein, S. M. (2005). Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: Relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. *Schizophrenia Research*, 76(2–3), 273–286. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.03.003>
- Schneider, K. A. (2021). *Social Cognitive Processing Theory of romantic relationship dissolution* (publication n° 28713113) [thèse de doctorat, Baylor University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Schofield, G., Biggart, L., Ward, E., & Larsson, B. (2015). Looked after children and offending: An exploration of risk, resilience and the role of social cognition. *Children and Youth Services Review*, 51(c), 125–133. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.01.024>
- Shai, D., Dollberg, D., & Szepeswol, O. (2017). The importance of parental verbal and embodied mentalizing in shaping parental experiences of stress and coparenting. *Infant Behavior and Development*, 49, 87–96. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.08.003>
- Simeon, D., Yehuda, R., Cunill, R., Knutelska, M., Putnam, F. W., & Smith, L. M. (2007). Factors associated with resilience in healthy adults. *Psychoneuroendocrinology*, 32(8–10), 1149–1152. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2007.08.005>
- Simoneau, A., Sabourin, S., & Wright, J. (1990). Attributions, événements de vie et dépression. *Science et Comportement*, 20(1), 24–38.
- Slade, M., Powell, R., & Strathdee, G. (1997). Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(4), 177–184. <https://doi.org/10.1007/BF00788236>
- Smulevich, A. B., Germanova, K. N., Chitlova, V. V., & Voronova, E. I. (2018). Stress-induced depression and reactive schizophrenia. *International Journal of Culture and Mental Health*, 11(1), 27–41. <https://doi.org/10.1080/17542863.2017.1401270>

- Sorensen, S. (2007). *Adolescent romantic relationships*. ACT for Youth Centre of Excellence. http://www.actforyouth.net/resources/rf/rf_romantic_0707.pdf
- Soorya, L. V., Siper, P. M., Beck, T., Soffes, S., Halpern, D., Gorenstein, M., Kolevzon, A., Buxbaum, J., & Wang, A. T. (2015). Randomized comparative trial of a social cognitive skills group for children with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *54*(3), 208–216. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.005>
- Sprecher, S., Felmlee, D., Metts, S., Fehr, B., & Vanni, D. (1998). Factors associated with distress following the breakup of a close relationship. *Journal of Social and Personal Relationships*, *15*(6), 791–809. <https://doi.org/10.1177/0265407598156005>
- Statistique Canada (2014). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale, 2012* (tableau no 13-10-0465-01). <https://doi.org/10.25318/1310046501-fra>
- Steen, N. E., Methlie, P., Lorentzen, S., Hope, S., Barrett, E. A., Larsson, S., Mork, E., Almås, B., Løvås, K., Agartz, I., Melle, I., Berg, J. P., & Andreassen, O. A. (2011). Increased systemic cortisol metabolism in patients with schizophrenia and bipolar disorder: A mechanism for increased stress vulnerability?. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *72*(11), 1515–1521. <https://doi.org/10.4088/jcp.10m06068yel>
- Stein, H. (2006). Does mentalizing promote resilience. In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *The handbook of mentalization-based treatment* (pp.308–326). Wiley.
- Stikkelbroek, Y., Bodden, D. H., Kleinjan, M., Reijnders, M., & van Baar, A. L. (2016). Adolescent depression and negative life events, the mediating role of cognitive emotion regulation. *PloS One*, *11*(8), e0161062. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161062>
- Stöckl, H., March, L., Pallitto, C., & Garcia-Moreno, C. (2014). Intimate partner violence among adolescents and young women: Prevalence and associated factors in nine countries: A cross-

sectional study. *BMC Public Health*, *14*(1), 751–765. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-751>

Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, *23*, 1–28. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>

Sutton, J. (2003). ToM goes to school: Social cognition and social values in bullying. In B. Repacholi and V. Slaughter (Eds.), *Individual Differences in Theory of Mind: Implications for typical and atypical development*. Psychology Press.

Swearer, S. M., & Hymel, S. (2015). Understanding the psychology of bullying: Moving toward a social-ecological diathesis–stress model. *American Psychologist*, *70*(4), 344–353. <https://doi.org/10.1037/a0038929>

Tanner, J. A., Hensel, J., Davies, P. E., Brown, L. C., Dechairo, B. M., & Mulsant, B. H. (2020). Economic burden of depression and associated resource use in Manitoba, Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *65*(5), 338–346. <https://doi.org/10.1177/0706743719895342>

Tarkhan, M. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on emotion regulation and life meaning of depressed women. *Journal of Psychological Studies*, *13*(3), 147–164. <https://doi.org/10.22051/PSY.2017.13345.1312>

Tashiro, T. Y., & Frazier, P. (2003). “I’ll never be in a relationship like that again”: Personal growth following romantic relationship breakups. *Personal Relationships*, *10*(1), 113–128. <https://doi.org/10.1111/1475-6811.00039>

Thomas, G., & Fletcher, G. J. O. (2003). Mind-reading accuracy in intimate relationships: Assessing the roles of the relationship, the target, and the judge. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*(6), 1079–1094. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.6.1079>

- Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3(4), 269–307. <https://doi.org/10.1007/BF01319934>
- Topitzes, J., Mersky, J. P., Dezen, K. A., & Reynolds, A. J. (2013). Adult resilience among maltreated children: A prospective investigation of main effect and mediating models. *Children and Youth Services Review*, 35(6), 937–949. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2013.03.004>
- Troy, A. S., & Mauss, I. B. (2011). Resilience in the face of stress: Emotion regulation as a protective factor. In S. Southwick, D. Charney, M. Friedman, & B. Blitz (Eds.), *Resilience and mental health*. Cambridge University Press.
- Van Manen, T. G., Prins, P. J., & Emmelkamp, P. M. (2004). Reducing aggressive behavior in boys with a social cognitive group treatment: Results of a randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(12), 1478–1487. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000142669.36815.3e>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., & Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661–671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Verhallen, A. M., Alonso-Martínez, S., Renken, R. J., Marsman, J. B. C., & Ter Horst, G. J. (2022). Depressive symptom trajectory following romantic relationship breakup and effects of rumination, neuroticism and cognitive control. *Stress and Health*, 38(4), 653–665. <https://doi.org/10.1002/smi.3123>
- Vogt, K. S., & Norman, P. (2019). Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. *Psychology and*

Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 92(4), 441–464.
<https://doi.org/10.1111/papt.12194>

Wainberg, M. L., Cournos, F., Wall, M. M., Norcini Pala, A., Mann, C. G., Pinto, D., Pinho, V., & McKinnon, K. (2016). Mental illness sexual stigma: Implications for health and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 90–96. <https://doi.org/10.1037/prj0000168>

Wartelsteiner, F., Mizuno, Y., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., Pardeller, S., Sondermann, C., Welte, A., Fleischhacker, W. W., Uchida, H., & Hofer, A. (2016). Quality of life in stabilized patients with schizophrenia is mainly associated with resilience and self-esteem. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(4), 360–367. <https://doi.org/10.1111/acps.12628>

Watkins, N. K., & Beckmeyer, J. J. (2020). Assessing young adults' beliefs regarding the importance of romantic relationships. *Journal of Family Issues*, 41(2), 158–182. <https://doi.org/10.1177/0192513X19871080>

Wegner, D. M., & Vallacher, R. R. (1977). *Implicit psychology: An introduction to social cognition*. Oxford University Press.

Whitley, R., Palmer, V., & Gunn, J. (2015). Recovery from severe mental illness. *Canadian Medical Association Journal*, 187(13), 951–952. <https://doi.org/10.1503/cmaj.141558>

Widom, C. S., Czaja, S., & Dutton, M. A. (2014). Child abuse and neglect and intimate partner violence victimization and perpetration: A prospective investigation. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 650–663. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.11.004>

Wong, C. F., Silva, K., Kecojevic, A., Schragar, S. M., Bloom, J. J., Iverson, E., & Lankenau, S. E. (2013). Coping and emotion regulation profiles as predictors of nonmedical prescription drug and illicit drug use among high-risk young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(1–2), 165–171. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.01.024>

- World Health Organisation (2001). *ICF: International classification of functioning, disability and health* (publication no 9241545429). <https://doi.org/10.4135/9781412950510.n454>.
- Yau, Y. C. I. (2013). *The effect of resilience on psychological distress among university students following breakup* [unpublished document]. University of Hong Kong.
- Zuckerman, M. (1999). Diathesis-stress models. In M. Zuckerman (Ed), *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model* (pp. 3–23). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10316-001>

Annexe - Questionnaires

Early Trauma Inventory Self-Report Short-Form (ETISR-SF)

Voici des événements qui ont pu avoir lieu au cours de votre enfance ou de votre adolescence. Veuillez sélectionner "1" si vous avez vécu l'événement AVANT L'ÂGE DE 18 ANS et "2" si l'événement ne vous est pas arrivé. *La mère ou le père représente le parent biologique, la personne en position d'autorité ou le parent qui a pris soin de vous.*

Oui Non	Avant l'âge de 18 ans...
① ②	1. Avez-vous déjà vu votre mère ou votre père, briser un objet par exprès appartenant à son/sa partenaire, le/la critiquer méchamment sur son apparence physique, le/la menacer de le/la frapper ou de lui lancer un objet?
① ②	2. Avez-vous déjà vu votre mère ou votre père, pousser, secouer, frapper ou lancer quelque chose à son/sa partenaire?
① ②	3. Avez-vous déjà vu votre mère ou votre père donner un coup de pied, un coup de poing ou battre son/sa partenaire?
① ②	4. Avez-vous déjà subi une ou des punition(s) physique(s), tel qu'avoir... - été giflé/e au visage; - été brûlé/e avec de l'eau bouillante, une cigarette ou autre chose; - reçu un coup de poing ou un coup de pied; ou - été frappé/e avec un objet que l'on vous a lancé?
① ②	5. Avez-vous déjà subi de l'abus émotionnel, tel que... - vous faire sentir comme si vous ne comptiez pas; - vous avoir <i>souvent</i> dit que vous n'étiez bon/ne à rien; - vous avoir traité/e <i>la plupart du temps</i> avec froideur, indifférence ou de manière à ce que vous ne vous sentiez pas aimé/e; ou - vos parents ont <i>souvent</i> eu du mal à vous comprendre ou à comprendre vos besoins?
① ②	6. Avez-vous déjà subi de la négligence, tel que... - de ne pas recevoir de repas ou de bains réguliers, de vêtements propres ou l'attention médicale que vous aviez besoin; - vous avoir fait enfermer seul/e dans une pièce durant une longue période de temps; ou - vos parents ont ignoré vos demandes d'attention ou ne vous adressaient pas la parole pour une longue période de temps?
① ②	7. Avez-vous déjà vécu une situation d'agression sexuelle, tel que... - quelqu'un a frotté ses parties génitales contre vous; - avoir été forcé/e ou contraint/e de toucher les parties intimes de quelqu'un; - quelqu'un vous a fait des attouchements sexuels sur ou sous les vêtements; - avoir eu une relation sexuelle génitale avec pénétration ou une tentative de pénétration avec quelqu'un contre votre gré; ou - avoir été forcé/e ou contraint/e ou avoir subi une tentative d'avoir des relations sexuelles orales ou anales avec quelqu'un contre votre gré?

Attribution Style Questionnaire (ASQ)

Identifiez ce que vous croyez être la principale cause de la situation, si cela vous arrivait et notez la cause principale à l'endroit prévu. Répondez aux deux questions en lien avec la cause identifiée.

Tentez de vous imaginer dans la situation suivante...

1. ... vous avez de la difficulté à dormir.

Cause principale : _____

<i>Quelle est la probabilité que la cause que vous avez identifiée continuera de vous affecter?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela ne m'affectera plus jamais					Cela m'affectera toujours	
<i>Est-ce que la cause que vous avez identifiée affecte uniquement cette situation, ou affecte-t-elle d'autres domaines de votre vie?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela affecte juste ce type de situation					Cela affecte toutes les situations de ma vie	

2. ... vous vous sentez malade et fatigué la plupart du temps.

Cause principale : _____

<i>Quelle est la probabilité que la cause que vous avez identifiée continuera de vous affecter?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela ne m'affectera plus jamais					Cela m'affectera toujours	
<i>Est-ce que la cause que vous avez identifiée affecte uniquement cette situation, ou affecte-t-elle d'autres domaines de votre vie?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela affecte juste ce type de situation					Cela affecte toutes les situations de ma vie	

3. ...vous avez une blessure grave

Cause principale : _____

<i>Quelle est la probabilité que la cause que vous avez identifiée continuera de vous affecter?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela ne m'affectera plus jamais					Cela m'affectera toujours	
<i>Est-ce que la cause que vous avez identifiée affecte uniquement cette situation, ou affecte-t-elle d'autres domaines de votre vie?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela affecte juste ce type de situation					Cela affecte toutes les situations de ma vie	

4. ...vous ne parvenez pas à trouver un emploi.

Cause principale : _____

<i>Quelle est la probabilité que la cause que vous avez identifiée continuera de vous affecter?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela ne m'affectera plus jamais					Cela m'affectera toujours	
<i>Est-ce que la cause que vous avez identifiée affecte uniquement cette situation, ou affecte-t-elle d'autres domaines de votre vie?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

Cela affecte juste ce type de situation	Cela affecte toutes les situations de ma vie
---	--

5. ...vous ne parvenez pas à faire le travail que les autres attendent de vous.

Cause principale : _____

<i>Quelle est la probabilité que la cause que vous avez identifiée continuera de vous affecter?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela ne m'affectera plus jamais			Cela m'affectera toujours			
<i>Est-ce que la cause que vous avez identifiée affecte uniquement cette situation, ou affecte-t-elle d'autres domaines de votre vie?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela affecte juste ce type de situation			Cela affecte toutes les situations de ma vie			

6. ...vous êtes congédié de votre emploi.

Cause principale : _____

<i>Quelle est la probabilité que la cause que vous avez identifiée continuera de vous affecter?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela ne m'affectera plus jamais			Cela m'affectera toujours			
<i>Est-ce que la cause que vous avez identifiée affecte uniquement cette situation, ou affecte-t-elle d'autres domaines de votre vie?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela affecte juste ce type de situation			Cela affecte toutes les situations de ma vie			

7. ...vous ne venez pas en aide à un ami qui a un problème.

Cause principale : _____

<i>Quelle est la probabilité que la cause que vous avez identifiée continuera de vous affecter?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela ne m'affectera plus jamais			Cela m'affectera toujours			
<i>Est-ce que la cause que vous avez identifiée affecte uniquement cette situation, ou affecte-t-elle d'autres domaines de votre vie?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela affecte juste ce type de situation			Cela affecte toutes les situations de ma vie			

8. ... vous avez des difficultés financières.

Cause principale : _____

<i>Quelle est la probabilité que la cause que vous avez identifiée continuera de vous affecter?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela ne m'affectera plus jamais			Cela m'affectera toujours			
<i>Est-ce que la cause que vous avez identifiée affecte uniquement cette situation, ou affecte-t-elle d'autres domaines de votre vie?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela affecte juste ce type de situation			Cela affecte toutes les situations de ma vie			

9. ...vous ne comprenez pas ce que votre patron souhaite que vous fassiez.

Cause principale : _____

<i>Quelle est la probabilité que la cause que vous avez identifiée continuera de vous affecter?</i>						
---	--	--	--	--	--	--

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela ne m'affectera plus jamais				Cela m'affectera toujours		
<i>Est-ce que la cause que vous avez identifiée affecte uniquement cette situation, ou affecte-t-elle d'autres domaines de votre vie?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela affecte juste ce type de situation				Cela affecte toutes les situations de ma vie		

10. ...un ami est très en colère.

Cause principale : _____

<i>Quelle est la probabilité que la cause que vous avez identifiée continuera de vous affecter?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela ne m'affectera plus jamais				Cela m'affectera toujours		
<i>Est-ce que la cause que vous avez identifiée affecte uniquement cette situation, ou affecte-t-elle d'autres domaines de votre vie?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela affecte juste ce type de situation				Cela affecte toutes les situations de ma vie		

11. ...vous êtes coupable d'avoir enfreint la loi.

Cause principale : _____

<i>Quelle est la probabilité que la cause que vous avez identifiée continuera de vous affecter?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela ne m'affectera plus jamais				Cela m'affectera toujours		
<i>Est-ce que la cause que vous avez identifiée affecte uniquement cette situation, ou affecte-t-elle d'autres domaines de votre vie?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela affecte juste ce type de situation				Cela affecte toutes les situations de ma vie		

12. ...vous avez une sérieuse dispute avec un membre de votre famille.

Cause principale : _____

<i>Quelle est la probabilité que la cause que vous avez identifiée continuera de vous affecter?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela ne m'affectera plus jamais				Cela m'affectera toujours		
<i>Est-ce que la cause que vous avez identifiée affecte uniquement cette situation, ou affecte-t-elle d'autres domaines de votre vie?</i>						
-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Cela affecte juste ce type de situation				Cela affecte toutes les situations de ma vie		

The Mentalization Scale

	Complète- ment inexact	Générale- ment inexact	À la fois exact et inexact	Générale- ment exact	Complète- ment exact
1. Je trouve important de comprendre les raisons de mon comportement.	1	2	3	4	5
2. Lorsque je tire des conclusions sur les traits de	1	2	3	4	5

personnalité des autres personnes, j'observe attentivement ce qu'ils disent et font.					
3. Je peux reconnaître les sentiments des autres personnes.	1	2	3	4	5
4. Je pense souvent aux autres personnes et à leur comportement.	1	2	3	4	5
5. D'habitude, je peux reconnaître ce qui rend les gens mal à l'aise.	1	2	3	4	5
6. Je peux sympathiser avec les sentiments des autres personnes.	1	2	3	4	5
7. Lorsque quelqu'un m'énerve, j'essaie de comprendre pourquoi je réagis de cette façon.	1	2	3	4	5
8. Lorsque je suis troublé, je ne suis pas sûr si je suis triste, effrayé ou en colère	1	2	3	4	5
9. Je n'aime pas perdre de temps à essayer de comprendre en détail le comportement des autres personnes.	1	2	3	4	5
10. Je peux faire de bonnes prédictions du comportement des autres personnes lorsque je connais leurs croyances et sentiments.	1	2	3	4	5
11. Souvent, je ne peux pas expliquer, même à moi-même, pourquoi j'ai fait quelque chose.	1	2	3	4	5
12. Parfois, je peux comprendre les sentiments de quelqu'un avant qu'il/elle ne me dise quoi que ce soit.	1	2	3	4	5
13. Je trouve important de comprendre ce qui se passe dans mes relations avec les gens proches de moi.	1	2	3	4	5
14. Je ne veux pas apprendre quelque chose sur moi-même que je n'aimerai pas.	1	2	3	4	5
15. Pour comprendre le comportement de quelqu'un, nous avons besoin de connaître ses pensées, désirs et sentiments.	1	2	3	4	5
16. Je parle souvent d'émotions avec les gens dont je suis proche.	1	2	3	4	5
17. J'aime lire des livres et articles de journaux sur des sujets psychologiques.	1	2	3	4	5
18. Je trouve difficile de m'avouer que je suis triste, blessé(e) ou que j'ai peur.	1	2	3	4	5
19. Je n'aime pas penser à mes problèmes.	1	2	3	4	5
20. Je peux décrire les traits les plus importants des gens qui sont proches de moi avec précision et en détail.	1	2	3	4	5
21. Je suis souvent confus(e) à propos de mes sentiments exacts.	1	2	3	4	5
22. Il m'est difficile de trouver les bons mots pour exprimer mes sentiments.	1	2	3	4	5
23. Les gens me disent que je les comprends et que je leur donne des conseils judicieux.	1	2	3	4	5
24. J'ai toujours été intéressé(e) par les raisons pour lesquelles les gens se comportent d'une certaine façon.	1	2	3	4	5
25. Je peux facilement décrire ce que je ressens.	1	2	3	4	5
26. Pendant que les gens parlent de leurs sentiments et besoins, mes pensées vagabondent souvent.	1	2	3	4	5
27. Puisque nous dépendons tous des circonstances de la vie, il est insensé de penser aux intentions ou désirs des autres gens.	1	2	3	4	5

28. L'une des choses les plus importantes que les enfants devraient apprendre c'est d'exprimer leurs sentiments et désirs.	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

<i>"Lorsque je vis des évènements négatifs ou désagréables..."</i>	Presque jamais	Parfois	Régulièrement	Souvent	Presque toujours
1. J'ai le sentiment que je suis celui/celle à blâmer pour ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5
2. Je pense que je dois accepter que cela se soit passé.	1	2	3	4	5
3. Je pense souvent à ce que je ressens par rapport à ce que j'ai vécu.	1	2	3	4	5
4. Je pense à des choses plus agréables que celles que j'ai vécues.	1	2	3	4	5
5. Je pense à la meilleure façon de faire.	1	2	3	4	5
6. Je pense pouvoir apprendre quelque chose de la situation.	1	2	3	4	5
7. Je pense que tout cela aurait pu être bien pire.	1	2	3	4	5
8. Je pense souvent que ce que j'ai vécu est bien pire que ce que d'autres ont vécu.	1	2	3	4	5
9. J'ai le sentiment que les autres sont à blâmer pour ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5
10. J'ai le sentiment que je suis responsable de ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5
11. Je pense que je dois accepter la situation.	1	2	3	4	5
12. Je suis préoccupé(e) par ce que je pense et ce que je ressens concernant ce que j'ai vécu.	1	2	3	4	5
13. Je pense à des choses agréables qui n'ont rien à voir avec ce que j'ai vécu.	1	2	3	4	5
14. Je pense à la meilleure manière de faire face à la situation.	1	2	3	4	5
15. Je pense pouvoir devenir une personne plus forte suite à ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5
16. Je pense que d'autres passent par des expériences bien pires.	1	2	3	4	5
17. Je repense sans cesse au fait que ce que j'ai vécu est terrible.	1	2	3	4	5
18. J'ai le sentiment que les autres sont responsables de ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5
19. Je pense aux erreurs que j'ai commises par rapport à ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5
20. Je pense que je ne peux rien changer à ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5
21. Je veux comprendre pourquoi je me sens ainsi à propos de ce que j'ai vécu.	1	2	3	4	5
22. Je pense à quelque chose d'agréable plutôt qu'à ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5
23. Je pense à la manière de changer la situation.	1	2	3	4	5
24. Je pense que la situation a aussi des côtés positifs.	1	2	3	4	5
25. Je pense que cela ne s'est pas trop mal passé en comparaison à d'autres situations.	1	2	3	4	5
26. Je pense souvent que ce que j'ai vécu est le pire qui puisse arriver à quelqu'un.	1	2	3	4	5
27. Je pense aux erreurs que les autres ont commises par	1	2	3	4	5

rapport à ce qui s'est passé.					
28. Je pense qu'au fond je suis la cause de ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5
29. Je pense que je dois apprendre à vivre avec ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5
30. Je pense sans cesse aux sentiments que la situation a suscités en moi.	1	2	3	4	5
31. Je pense à des expériences agréables.	1	2	3	4	5
32. Je pense à un plan concernant la meilleure façon de faire.	1	2	3	4	5
33. Je cherche les aspects positifs de la situation.	1	2	3	4	5
34. Je me dis qu'il y a pire dans la vie.	1	2	3	4	5
35. Je pense continuellement à quel point la situation a été horrible.	1	2	3	4	5
36. J'ai le sentiment qu'au fond les autres sont la cause de ce qui s'est passé.	1	2	3	4	5

Child and Youth Resilience Measure

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
1. Il y a des personnes que j'admire.	1	2	3	4	5
2. L'éducation est une chose importante pour moi.	1	2	3	4	5
3. Mes parents/fournisseurs de soins me connaissent bien.	1	2	3	4	5
4. J'essaie de terminer ce que j'ai commencé.	1	2	3	4	5
5. Je peux régler mes problèmes sans me faire de mal ou blesser les autres (ex. frapper les autres ou dire des choses méchantes).	1	2	3	4	5
6. Je sais à qui m'adresser dans ma communauté pour obtenir de l'aide.	1	2	3	4	5
7. Je me sens à ma place à mon école.	1	2	3	4	5
8. Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	5
9. Mes amis sont à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	5
10. Je suis bien traité.	1	2	3	4	5
11. J'ai la chance de développer des compétences qui me seront utiles plus tard (pour un emploi ou pour aider les autres).	1	2	3	4	5
12. J'apprécie les traditions de ma communauté. (ex. : fêtes, festivals)	1	2	3	4	5

Caractéristiques de la relation

À quel point vous considérez-vous engagé(e) au sein de votre relation?

- 1) Pas engagé(e) du tout
- 2) Très peu engagé
- 3) Peu engagé
- 4) Plus ou moins engagé(e)
- 5) Engagé(e)
- 6) Très engagé(e)
- 7) Entièrement engagé(e)

Depuis combien de temps êtes-vous en couple avec cette personne?

Caractéristiques de la rupture amoureuse

Qui a initié la rupture amoureuse? Moi/Mon partenaire/Nous deux

Est-ce que vous vous attendiez à la rupture amoureuse? Oui/Non

Détresse

Comment te sens-tu présentement?

Ça ne va pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Je me sens super bien

Brief Symptom Inventory (BSI)

Consignes :

Voici une liste de problèmes pour lesquels les gens se plaignent parfois. Lisez attentivement chaque phrase et sélectionnez la réponse qui décrit le mieux À QUEL POINT CE PROBLÈME VOUS A TROUBLÉ AU COURS DES SEPT (7) DERNIERS JOURS Y COMPRIS AUJOURD'HUI.

1	2	3	4	5
Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement

À quel point ce problème vous a-t-il troublé au cours des 7 derniers jours, y compris aujourd'hui...	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1. Nervosité ou impression de tremblements intérieurs.	1	2	3	4	5
2. Faiblesse ou étourdissements	1	2	3	4	5
3. L'idée que quelqu'un d'autre puisse contrôler vos pensées	1	2	3	4	5

4. L'impression que ce sont les autres qui sont responsables de la plupart de vos problèmes.	1	2	3	4	5
5. Troubles de mémoire.	1	2	3	4	5
6. Tendance à vous sentir facilement agacé ou contrarié.	1	2	3	4	5
7. Douleurs au cœur ou à la poitrine.	1	2	3	4	5
8. Peur des grands espaces ou dans les rues.	1	2	3	4	5
9. Idées d'en finir avec la vie.	1	2	3	4	5
10. Sentiment que vous ne pouvez pas faire confiance à la plupart des gens.	1	2	3	4	5
11. Manque d'appétit.	1	2	3	4	5
12. Tendance à vous effrayer sans raison.	1	2	3	4	5
13. Crises de colères incontrôlables.	1	2	3	4	5
14. Sentiment de solitude même en compagnie d'autrui.	1	2	3	4	5
15. Sentiment d'être bloqué pour accomplir des tâches.	1	2	3	4	5
16. Sentiment de solitude.	1	2	3	4	5
17. Avoir le cafard.	1	2	3	4	5
18. Manque d'intérêt pour tout.	1	2	3	4	5
19. Attitude craintive.	1	2	3	4	5
20. Tendance à vous sentir facilement blessé.	1	2	3	4	5
21. Sentiment que les gens ne sont pas amicaux ou qu'ils ne vous aiment pas.	1	2	3	4	5
22. Sentiment d'infériorité vis-à-vis des autres.	1	2	3	4	5
23. Nausées ou maux d'estomac.	1	2	3	4	5
24. Sentiment qu'on vous observe ou qu'on vous parle.	1	2	3	4	5
25. Difficulté à vous endormir.	1	2	3	4	5
26. Besoin de vérifier et de revérifier ce que vous faites.	1	2	3	4	5
27. Difficulté à prendre des décisions.	1	2	3	4	5
28. Crainte de voyager en autobus, en métro ou en train.	1	2	3	4	5
29. Difficulté à reprendre votre souffle.	1	2	3	4	5
30. Bouffées de chaleur ou frissons.	1	2	3	4	5
31. Besoin d'éviter certains endroits, choses ou activités parce qu'ils vous font peur.	1	2	3	4	5
32. Trous de mémoire.	1	2	3	4	5
33. Engourdissement ou picotements dans certaines parties du corps.	1	2	3	4	5
34. L'idée que vous devriez être puni pour vos fautes ou vos pêchés.	1	2	3	4	5
35. Vous sentir sans espoir face à l'avenir.	1	2	3	4	5
36. Difficulté à vous concentrer.	1	2	3	4	5
37. Sentiment de faiblesse dans certaines parties du corps.	1	2	3	4	5
38. Sentiment de tension ou de surexcitation.	1	2	3	4	5
39. Pensées sur la mort ou le fait de mourir.	1	2	3	4	5
40. Avoir envie de frapper, de blesser ou de faire du mal à quelqu'un.	1	2	3	4	5
41. Avoir envie de briser ou de fracasser des objets.	1	2	3	4	5
42. Fort sentiment de gêne face aux autres.	1	2	3	4	5

43. Sentiment de malaise dans les foules, comme lors du shopping ou au cinéma.	1	2	3	4	5
44. Ne jamais vous sentir proche de quelqu'un.	1	2	3	4	5
45. Accès de terreur ou de panique.	1	2	3	4	5
46. Vous laisser facilement emporter.	1	2	3	4	5
47. Sentiment de nervosité quand on vous laisse seul.	1	2	3	4	5
48. Ne pas être reconnu à votre juste valeur.	1	2	3	4	5
49. Vous sentir tellement agité que vous ne pouvez pas rester en place.	1	2	3	4	5
50. Sentiment que vous ne valez rien.	1	2	3	4	5
51. Sentiment que les gens vont profiter de vous si vous les laissez faire.	1	2	3	4	5
52. Sentiment de culpabilité.	1	2	3	4	5
53. L'idée que quelque chose ne va pas dans votre tête.	1	2	3	4	5

Grille d'entrevue rupture amoureuse

Aujourd'hui, je vais vous poser des questions concernant la rupture amoureuse dont vous voulez me parler. Mon but est de mieux comprendre votre expérience à vous face à la rupture amoureuse. Je recherche votre perception, il n'y a donc pas de bonne ou de mauvaise réponse.

1. Pouvez-vous m'expliquer comment s'est passée votre dernière rupture amoureuse?
2. Selon vous, pourquoi la rupture s'est-elle produite?
3. Comment avez-vous compris la rupture?
4. À quoi pensez-vous lorsque l'on vous parle de cette rupture?
5. Que ressentez-vous lorsque vous pensez à cette rupture?
6. Comment vous sentez-vous face à la rupture?
7. Comment avez-vous fait pour aller mieux après la rupture?
8. Comment avez-vous géré la rupture?
9. Pouvez-vous me parler de votre santé mentale et de votre rupture?
10. Quels impacts ont eu la rupture sur votre vie en générale?
11. Quel sens avez-vous donné à la rupture?
12. Y-a-t'il autre chose que vous aimeriez me dire concernant votre dernière rupture?

The Psychosis Attachment Measure (PAM)

Ce questionnaire s'intéresse aux pensées, sentiments et manières de se comporter en relation avec les autres.

En pensant de manière générale à votre façon d'être en relation avec d'autres personnes importantes de votre vie, veuillez sélectionner à quel point chaque affirmation vous ressemble. Les personnes importantes peuvent inclure des membres de la famille, des amis, un partenaire ou des intervenants en santé mentale.

Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

Pas du tout Un peu Pas mal Beaucoup

1. Je préfère que les autres personnes ne connaissent pas mes vraies pensées et sentiments
2. Il m'est facile de dépendre des autres pour obtenir du soutien dans des situations difficiles
3. Je peux être bouleversé (tout à l'envers), anxieux ou fâché (en colère) si certaines personnes sont absentes lorsque j'ai besoin d'elles.
4. Je discute généralement de mes problèmes et préoccupations avec les autres.
5. Je m'inquiète que les personnes importantes pour moi pourraient disparaître dans le futur.
6. Je demande aux autres de me rassurer en me montrant qu'ils se soucient de moi.
7. Si les autres désapprouvent ce que je fais, je suis bouleversé.
8. Je trouve difficile d'accepter l'aide des autres lorsque j'ai des problèmes ou des difficultés.
9. Lorsque je suis stressé, ça m'aide d'aller vers les autres
10. Je m'inquiète en pensant que si les autres apprennent à mieux me connaître, elles ne m'aimeront pas.
11. Lorsque je me sens stressé, je préfère être seul plutôt qu'en compagnie d'autres personnes.
12. Je m'inquiète beaucoup à propos de mes relations avec les autres.
13. J'essaie de faire face aux situations stressantes par moi-même.
14. J'ai peur que si je déplaît aux autres, ils ne voudront plus me connaître
15. Je suis préoccupé à l'idée de devoir gérer seul des problèmes et des situations difficiles.
16. Je ne me sens pas à l'aise lorsque d'autres personnes veulent faire ma connaissance.