

Université de Montréal

Le rôle de l'hypomentalisation dans le lien entre la maltraitance psychologique durant l'enfance et les formes adaptative et pathologique de la tristesse à l'âge adulte

Par
Cindy Cracel

Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences

Essai doctoral en vue de l'obtention du grade de Doctorat en psychologie – psychologie clinique (D.Psy.)

Août 2023

© Cindy Cracel, 2023

Université de Montréal
Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences

Cet essai intitulé

**Le rôle de l'hypomentalisation dans le lien entre la maltraitance psychologique
durant l'enfance et les formes adaptative et pathologique de la tristesse à l'âge
adulte**

Présenté par

Cindy Cracel

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Marie-Julie Béliveau

Présidente-rapporteuse

Serge Lecours

Directeur de recherche

Tamsin Higgs

Membre du jury

Résumé

La maltraitance psychologique durant l'enfance (MPDE) affecte négativement les expériences émotionnelles des adultes qui en ont été victimes. La tristesse semble particulièrement impliquée dans les difficultés émotionnelles que peuvent vivre ces adultes. Plus particulièrement, ce sont des formes pathologiques de la tristesse qui ont été associées aux difficultés émotionnelles dans la vie adulte, alors que des formes adaptatives de la tristesse sont associées au bien-être et à l'ajustement psychologique. Dans le but de mieux comprendre le lien entre la MPDE et les difficultés émotionnelles ultérieures, il importe de distinguer les différentes formes de la tristesse et d'étudier les mécanismes sous-jacents aux relations avec la maltraitance. En effet, des mécanismes psychologiques, comme la mentalisation notamment, peuvent contribuer à métaboliser l'impact des expériences traumatiques. C'est pourquoi cette étude vise à examiner le rôle médiateur de l'hypomentalisation dans le lien entre la MPDE et les formes adaptative et pathologique de la tristesse. Pour ce faire, 100 étudiants universitaires ont complété des questionnaires en ligne mesurant la MPDE (*Childhood Trauma Questionnaire*), les formes adaptative et pathologique de la tristesse (Questionnaire sur les Formes de Tristesse) ainsi que l'hypomentalisation (*Reflective Functioning Questionnaire*). Les analyses montrent un effet de médiation partielle de l'hypomentalisation dans le lien entre la MPDE et la tristesse pathologique, mais pas dans le lien entre la MPDE et la tristesse adaptative. Ainsi, un mécanisme mental déficitaire comme l'hypomentalisation semble expliquer en partie les difficultés pathologiques (tristesse pathologique) découlant de traumatismes psychologiques précoces. En ce sens, la mentalisation semble constituer un mécanisme-clé dans le portrait émotionnel pathologique de cette population. Les résultats

de cette étude peuvent contribuer à préciser des cibles à l'intervention psychologique s'adressant aux adultes qui ont vécu de la MPDE.

Abstract

Childhood psychological maltreatment (CPM) negatively affects the emotional experiences of the adult victims. Sadness seems to be particularly implicated in the emotional difficulties experienced by these adults. In particular, pathological forms of sadness have been associated with emotional difficulties in adult life, while adaptive forms of sadness are associated with well-being and psychological adjustment. In order to better understand the link between CPM and subsequent emotional difficulties, it is important to distinguish between different forms of sadness and to study the mechanisms underlying relationships with maltreatment. Indeed, psychological mechanisms, such as mentalization, can help to metabolize the impact of traumatic experiences. Therefore, this study aims to examine the mediating role of hypomentalization in the relationship between CPM and adaptive and pathological forms of sadness. To do this, 100 university students completed online questionnaires measuring early psychological maltreatment (Childhood Trauma Questionnaire), adaptive and pathological forms of sadness (Forms of Sadness Questionnaire) as well as hypomentalization (Reflective Functioning Questionnaire). The analyses show a partial mediating effect of hypomentalization in the link between CPM and pathological sadness, but not in the link between CPM and adaptive sadness. Thus, this type of mentalization deficit seems to explain in part the pathological difficulties (pathological sadness) resulting from early psychological traumas. In this sense, mentalization seems to be a key mechanism in the pathological emotional portrait of this population. The results of this study may help to identify targets for psychological intervention for adults who have experienced psychological abuse as children.

Table des matières

Résumé.....	1
Abstract.....	3
Liste des tableaux.....	6
Liste des figures.....	7
Liste des abréviations.....	8
Remerciements.....	9
Introduction.....	10
Maltraitance psychologique durant l'enfance.....	10
Maltraitance durant l'enfance et expériences émotionnelles à l'âge adulte.....	14
Maltraitance durant l'enfance et tristesse.....	16
Formes adaptative et pathologique de la tristesse.....	18
Déficits de mentalisation comme mécanisme explicatif du lien entre la maltraitance psychologique durant l'enfance et les difficultés émotionnelles à l'âge adulte.....	20
Objectifs et hypothèses.....	25
Méthodologie.....	25
Participants.....	25
Procédure.....	26
Mesures.....	26
Maltraitance psychologique durant l'enfance (MPDE).....	26
Formes de tristesse.....	27
Mentalisation.....	28
Analyses.....	29
Résultats.....	30
Analyses descriptives et corrélations.....	30
Analyses de médiation.....	31
Discussion.....	33
Limites de l'étude.....	35
Conclusion.....	37
Références bibliographiques.....	38
Annexes.....	52

Annexe 1. CTQ 52
Annexe 2. QFT 54
Annexe 3. RFQ-8 56
..... 56

Liste des tableaux

Tableau 1. *Corrélations entre les variables de maltraitance psychologique, de tristesse adaptative, de tristesse pathologique, d'hypomentalisation et de sexe*

Liste des figures

Figure 1. *Effet indirect de la MPDE sur la tristesse adaptative via l'hypomentalisation*

Figure 2. *Effet indirect de la MPDE sur la tristesse pathologique via l'hypomentalisation*

Liste des abréviations

CTQ : Childhood Trauma Questionnaire

MPDE : Maltraitance psychologique durant l'enfance

QFT : Questionnaire sur les Formes de Tristesse

RFQ : Reflective Functioning Questionnaire

Remerciements

La complétion de mon parcours académique, dont la réalisation de cet essai doctoral, n'aurait pas été possible sans le soutien que mon apporté les personnes suivantes. D'abord, je tiens à remercier mon directeur de recherche, Serge Lecours. Merci pour ton expertise, tes encouragements et ton calme qui a su apaiser ma nervosité parfois soulevée par le monde de la recherche. Je te remercie d'avoir si naturellement établi une balance entre la guidance et l'espace dont j'avais besoin pour mener à terme ce projet.

J'aimerais également remercier mes collègues et amies avec qui j'ai partagé cette grande aventure. Marie-Claude, Charlotte, Nina, Daphnée, Lye-Ann, Joanie et toutes les autres, vous êtes des femmes incroyables et je vous remercie pour les rires, les apprentissages et vos amitiés. Un merci spécial à mon amie Marie-Andrée. Ta présence, ton grand cœur et ton humour m'ont fait tant de bien dans la dernière année. C'est avec toi que je garde les plus précieux souvenirs de mon doctorat. Tu es, à mes yeux, une grande amie et une future psychologue exceptionnelle.

Merci à toute ma famille qui n'a jamais cessé de m'encourager. Maman, papa, Joe, Caty, Mike, Mica, Tito et Suzanne, merci pour votre soutien, je vous aime. Sandrine, ma plus grande supportrice et ma meilleure amie, je suis tellement reconnaissante pour ton écoute, tes encouragements et ta présence dans mon quotidien. Merci pour tout.

Un dernier remerciement pour mon amour, Gabriel. Tu as été là pour moi tous les jours. Tu as été témoin de mes réussites, de mes peurs, des moments plus difficiles et de ceux plus festifs. Merci pour ton amour qui m'a donné tant de force, ta présence apaisante et ton soutien inébranlable. Je t'aime à l'infini.

Introduction

Maltraitance psychologique durant l'enfance

La maltraitance psychologique¹ durant l'enfance (MPDE) représente un enjeu de santé publique entraînant des conséquences délétères sur le développement global des victimes. La maltraitance psychologique se caractérise par des interactions répétitives et blessantes entre un donneur de soins et un enfant qui nuisent au développement et à la santé psychologique et émotionnelle de celui-ci (Glaser, 2011; Brassard et al., 2020). Bien qu'il s'agisse d'une forme de maltraitance moins étudiée et plus difficilement détectable, il a été démontré que les conséquences de la maltraitance psychologique sont au moins équivalentes aux autres formes de mauvais traitements dans l'enfance, voire même particulièrement dommageables (Brassard et al., 2020; Normand et al., 2012). Une méta-analyse de Normand et ses collègues (2012) a montré que la MPDE est particulièrement associée, comparativement à d'autres formes de maltraitance, à plusieurs psychopathologies, à des comportements sexuels à risque, à de l'abus de substances ou encore, à des tentatives de suicide. Ce type de maltraitance fait référence aux adversités de type émotionnelles et comprend donc l'**abus émotionnel** et/ou la **négligence émotionnelle**. D'abord, l'abus émotionnel réfère à des actes verbaux ou comportementaux répétitifs, hostiles et/ou rejetants comme dénigrer, humilier, menacer, manipuler ou user de discipline verbale extrême (p. ex. insister excessivement sur la

¹ Le terme « maltraitance psychologique » est interchangeable avec les termes « maltraitance émotionnelle », « violence psychologique » et « abus psychologique » dans la littérature scientifique. Brassard et ses collègues (2020) a récemment établi une définition plus claire et utilise le terme « maltraitance psychologique », ce qui motive l'utilisation de ce terme dans la présente étude.

honte ressentie par le parent pour montrer à l'enfant que son comportement n'était pas adéquat) (Stoltenborgh et al., 2012). Ce type d'abus inclut également des menaces concernant d'autres formes de maltraitance telles que l'abandon, le suicide ou l'agression physique et/ou sexuelle. Bien que les cris soient implicitement compris comme une forme d'abus émotionnel, Dube et ses collègues (2023) stipulent que l'abus verbal devrait être mieux représenté dans la définition de l'abus émotionnel ou constituer une forme distincte de mauvais traitement dans l'enfance, considérant les effets délétères sur la santé psychologique des enfants. Ensuite, la négligence émotionnelle est l'incapacité des donneurs de soins à répondre aux besoins émotionnels de l'enfant, incluant l'affection et la structure nécessaire pour soutenir le développement émotionnel (Stoltenborgh et al., 2013). La maltraitance psychologique ne nécessite pas de contact physique et comprend des actes de commission (abus) et d'omission (négligence) qui expriment à l'enfant qu'il est sans valeur, qu'il n'est pas aimé et/ou désiré, qu'il est en danger ou qu'il n'a de valeur que pour répondre aux besoins des autres (Brassard et al., 2020). Six formes spécifiques de maltraitance psychologique ont été répertoriées : (1) mépriser - dégrader l'enfant par des actes verbaux ou non-verbaux hostiles; (2) terroriser - le donneur de soins menace de faire du mal aux proches ou aux objets de valeur de l'enfant, ou encore, de blesser physiquement, abandonner et/ou tuer l'enfant; (3) exploiter - le donneur de soins répond à ses propres besoins au détriment de ceux de l'enfant et encourage celui-ci à adopter des comportements inappropriés; (4) isoler – nier de façon répétée et déraisonnable les opportunités d'interactions sociales entre l'enfant et son entourage, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile; (5) ignorer les besoins affectifs – ne pas répondre aux besoins d'amour et d'affection de l'enfant ou encore, démontrer très peu ou pas du

tout d'émotions à l'enfant lors des interactions avec celui-ci et (6) négliger les besoins médicaux, éducationnels et de santé mentale - ignorer, refuser ou être incapable de fournir les traitements nécessaires pour répondre aux besoins médicaux, éducationnels et/ou de santé mentale de l'enfant (Brassard et al., 2020). Malgré certaines variations conceptuelles dans la définition de la MPDE, des études plus récentes comme celle de Brassard et ses collaborateurs (2020) ont contribué à l'établissement d'une définition plus claire et uniforme de ce type de maltraitance. Dans le présent essai, la maltraitance psychologique est étudiée selon les définitions du *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ : Bernstein et al., 1998) : des attaques verbales humiliantes, menaçantes ou dénigrantes concernant la valeur de l'enfant qui impactent son bien-être émotionnel (abus émotionnel) et l'incapacité des figures de soins à répondre adéquatement aux besoins psychoaffectifs de l'enfant comme l'amour, le soutien, l'encouragement ou le sentiment d'appartenance (négligence émotionnelle). De plus, bien que la maltraitance psychologique puisse survenir seule, les taux de cooccurrence avec d'autres types de maltraitance dans l'enfance, dont l'abus physique, sont élevés (Brown et al., 2019, Vachon et al., 2015). Certains auteurs considèrent d'ailleurs la maltraitance psychologique comme une composante centrale dans toutes les formes de maltraitance durant l'enfance (Miller-Perrin et Perrin, 2012).

Réalisée auprès de la population québécoise, une étude de Tourigny et ses collègues (2008) identifie la maltraitance psychologique comme la forme de maltraitance la plus fréquente avec une prévalence de 22%, suivis de la violence physique (19%) et de la violence sexuelle (16%). Selon la plus récente étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse, le taux d'enfants pris en charge en raison

de mauvais traitements psychologiques s'élève à 1,63 sur 1000, révélant une augmentation significative entre les années 1998 et 2014 (Hélie et al., 2017). Aussi, les résultats d'une enquête populationnelle de l'Institut de la statistique du Québec concernant la violence familiale indiquent qu'environ quatre enfants sur cinq ont subi au moins un épisode d'agression psychologique (cris, menaces, humiliation, etc.) au cours d'une année (Clément et al., 2018). Parmi ces enfants, 50% ont vécu des épisodes d'agression psychologique répétés, c'est-à-dire plus de trois fois par année. Or, il importe de mentionner que l'agression psychologique telle que conceptualisée par Clément et ses collègues réfère seulement à l'abus psychologique, ne considérant pas les différentes formes de négligence émotionnelle. En plus des prévalences élevées de la MPDE, les conséquences associées à ce type de mauvais traitement sont lourdes et nombreuses.

Les études empiriques montrent que les individus qui ont vécu de la MPDE présentent davantage de difficultés cognitives, comportementales et affectives à l'enfance (Spinazzola et al., 2014), à l'adolescence (Arslan, 2016; Arslan, 2017; Paul et Eckenrode, 2015) ainsi qu'à l'âge adulte (Allen, 2008; Strathearn et al., 2020). Dans une récente méta-analyse regroupant plus de 5000 participants, Strathearn et ses collègues (2020) ont répertorié les divers impacts à long terme de la MPDE : difficultés cognitives et scolaires; troubles intériorisés et extériorisés, dont l'anxiété, la dépression et le trouble de stress post-traumatique; abus de substances; sexualité précoce et à risque ainsi que divers problèmes de santé physique. Parmi les différentes conséquences psychologiques rapportées dans la littérature scientifique, des déficits importants de régulation émotionnelle ont été largement documentés (Coates et Messman-Moore, 2014; Gruhn et Compas, 2020; O'Mahen et al., 2015). Une récente étude indique d'ailleurs que des

difficultés de régulation émotionnelle représenteraient un mécanisme explicatif important entre la maltraitance durant l'enfance et le développement de plusieurs psychopathologies (Weissman et al., 2019). Il importe d'abord de bien comprendre la manière dont le contexte de maltraitance durant l'enfance influence le développement de telles difficultés émotionnelles à court et à long terme.

Maltraitance durant l'enfance et expériences émotionnelles à l'âge adulte

Un environnement généralement positif et sécuritaire permet à l'enfant de se développer adéquatement, tout en faisant face à certains obstacles normaux comme de l'inconfort ou de la frustration causés par l'indisponibilité temporaire des donneurs de soins (Briere, 2002). Un contexte sécuritaire soutenu permet donc à l'enfant d'apprendre graduellement à gérer les états internes désagréables qui découlent des frustrations quotidiennes qu'il peut vivre, sans toutefois qu'il se sente débordé par ceux-ci (Bowlby, 2008). Autrement dit, un environnement sécuritaire marqué de sensibilité et de chaleur soutient suffisamment l'enfant pour qu'il tolère et régule de mieux en mieux les expériences émotionnelles inconfortables (Bowlby, 2008; Briere, 2002). Cependant, la maltraitance durant l'enfance nuit au développement émotionnel normal (Gruhn et Compas, 2020). En ce sens, les enfants maltraités ont été exposés à des obstacles affectifs insurmontables comme la négligence de leurs besoins psychologiques, les empêchant du coup de développer graduellement leurs capacités de régulation émotionnelle (Briere, 2002). Ces enfants développent plus précisément des déficits importants de reconnaissance, d'expression et de compréhension des émotions, particulièrement concernant les émotions négatives (Kim et Cicchetti, 2010; Shipman et al., 2005). Par exemple, une étude de Shipman et ses collègues (2005) a indiqué que les enfants qui ont

vécu de la maltraitance ont tendance à moins bien comprendre la tristesse ou la colère comparativement aux enfants qui n'en ont pas vécu. Selon les mêmes auteurs, ces enfants présenteraient des difficultés au niveau de l'évaluation des causes et des conséquences d'une situation émotionnelle, en plus d'être moins conscients de leurs propres expériences émotionnelles. Ils tendraient également à répondre inadéquatement aux stimuli émotionnels compte tenu des normes et des attentes sociales de leur culture. De nombreuses études ont aussi démontré que la maltraitance durant l'enfance affecte la reconnaissance d'expressions faciales émotionnelles, particulièrement lorsqu'il s'agit d'émotions négatives (Hepp et al., 2021; Pollak et al., 2000; Iffland et Neuner, 2020). Le contexte traumatique dans lequel se développent les enfants maltraités entraîne donc des difficultés émotionnelles significatives qui tendent à perdurer jusqu'à l'âge adulte (Briere, 2002; Kim et Cicchetti, 2010; Weissman et al., 2019). En effet, il est possible d'observer chez l'adulte de nombreux comportements qui découlent des déficits de régulation émotionnelle précoces : de l'instabilité émotionnelle, des difficultés à inhiber certains affects intenses, l'utilisation excessive de stratégies d'évitement ou encore l'activation de cognitions négatives associées aux expériences émotionnelles douloureuses (Briere, 2002). Selon Fuchshuber et ses collègues (2019), la relation entre la maltraitance durant l'enfance et les difficultés émotionnelles à l'âge adulte semblerait résulter en partie de l'intériorisation de processus de régulation émotionnelle dysfonctionnels associés aux relations d'objets précoces traumatisantes.

Au vu de la documentation scientifique actuelle, il est possible d'affirmer que la maltraitance psychologique affecte négativement les états émotionnels des adultes qui en ont souffert. Peu d'études se sont toutefois penchées sur les émotions distinctes les plus

particulièrement impliquées auprès de cette population, malgré les données empiriques qui soulèvent des difficultés importantes de régulation émotionnelle. Il s'avère toutefois pertinent de s'attarder aux émotions qui semblent plus difficiles à réguler afin de préciser les interventions thérapeutiques actuelles destinées aux individus qui ont souffert de mauvais traitement dans leur enfance.

Maltraitance durant l'enfance et tristesse

La maltraitance durant l'enfance est associée à différentes émotions, dont la tristesse (Amstadter et Vernon, 2008, Zeman et al., 2019). La tristesse est une émotion dite « négative » qui est typiquement provoquée par diverses expériences de perte ou d'échec, imaginées ou réelles, dans le passé, le présent ou le futur (Power, 2010). D'ailleurs, la maltraitance confronte les enfants qui en sont victimes à plusieurs expériences de perte, notamment au niveau de leur intégrité ou du sentiment d'être en sécurité, en plus de la confiance envers autrui (Cloitre et al., 2011). La tristesse peut être vécue personnellement ou s'inscrire dans un contexte relationnel (Power, 2010). Quelques études montrent que les individus qui ont vécu des mauvais traitements dans leur enfance souffrent de difficultés de régulation de la tristesse (Shipman et al., 2005; Zeman et al., 2019). À cet effet, une récente étude de Cheng et Langevin (2023) a révélé que la MPDE constituerait une forme de mauvais traitement prédominante dans le développement de difficultés affectives ultérieures, dont des difficultés plus spécifiques de reconnaissance et de régulation de la tristesse (Cheng et Langevin, 2023).

La socialisation parentale des émotions, c'est-à-dire les réactions et pratiques comportementales des parents vis-à-vis les émotions de leur enfant, constitue un facteur

déterminant dans le lien entre la maltraitance durant l'enfance et les difficultés de régulation émotionnelle ultérieures (Cabecinha-Alati et al., 2020; Eisenberg et al., 1998). Une socialisation parentale soutenante des émotions favorise le développement socioaffectif des enfants et contribue à bon un ajustement psychologique à long terme (Zeman et al., 2019). À l'inverse, une socialisation parentale non soutenante des émotions est associée à des difficultés d'ajustement psychologique et social. La socialisation parentale de la tristesse semble particulièrement difficile au sein des familles maltraitantes, comparativement aux familles non maltraitantes (Shipman et al., 2007). Des réactions parentales négatives face à la tristesse comme punir, ignorer, minimiser, négliger ou mépriser contribuent au développement et au maintien de difficultés de régulation de la tristesse (Howard Sharp et al., 2016; Zeman et al., 2019). Selon une étude de Shipman et ses collègues (2005), les enfants maltraités s'attendraient à recevoir moins de soutien de la part de leur mère lorsque ceux-ci expriment de la tristesse, c'est-à-dire qu'ils anticiperaient que leur tristesse sera ignorée ou suivie d'un conflit. Ces enfants tendraient également à moins exprimer leur tristesse. Les enfants dont les parents ignorent et punissent leur tristesse rapporteraient moins d'émotions positives, plus de solitude et de difficultés sociales auprès de leurs pairs (Garside, 2004; Howard Sharp et al., 2016). Ces enfants présenteraient également davantage de difficultés de gestion des émotions, d'attitudes négatives envers la tristesse, de symptômes dépressifs et de comportements d'automutilation (Boucher et al., 2013; Buckholdt et al., 2009; Tillery et al., 2015). Selon Sanders et ses collègues (2015), une socialisation parentale non soutenante de la tristesse ainsi qu'une mauvaise régulation de la tristesse prédiraient significativement le développement de symptômes dépressifs chez l'enfant. Enfin, le

contexte de maltraitance est associé à des pratiques parentales négatives qui nuisent à la régulation de la tristesse chez les enfants et les adolescents (Shipman et al., 2007; Zeman et al., 2019). Il a également été démontré que les difficultés de régulation émotionnelle qui découlent des expériences traumatisantes précoces tendent à perdurer jusqu'à l'âge adulte (Kim et Cicchetti, 2010; Briere, 2002). En effet, la MPDE et la dépression à l'âge adulte sont significativement associées et, bien que la tristesse soit au cœur du portrait émotionnel des individus qui souffrent de dépression, cette émotion reste rarement étudiée en soi chez la population adulte (Amstadter et Vernon, 2008; Nelson et al., 2017; Radell et al., 2021). Cependant, certains chercheurs ont postulé que la MPDE augmente la probabilité de souffrir de dépression à l'âge adulte en partie en raison de déficits de régulation de certaines émotions, dont la tristesse (Coates et Messman-Moore, 2014). Selon Salgado et ses collègues (2019), les adultes qui souffrent de dépression et qui ont vécu des traumatismes relationnels tendraient à ressentir une forme envahissante de tristesse non adaptative accompagnée d'un sentiment de désespoir et d'isolement.

Finalement, les études montrent que la MPDE est associée à une mauvaise régulation émotionnelle, plus particulièrement à une mauvaise régulation de la tristesse. Bien que quelques études se soient penchées sur la régulation de la tristesse, très peu d'entre elles ont exploré les différentes formes que peut prendre cette émotion.

Formes adaptative et pathologique de la tristesse

Selon un point de vue fonctionnaliste, les émotions s'inscrivent d'abord dans un contexte relationnel et ont une fonction unique et adaptative (Barrett et Campos, 1987). En ce sens, les émotions permettent de promouvoir le bien-être et d'orienter les individus dans leur environnement en fonction de leurs besoins, valeurs ou buts (Greenberg, 2010).

Ainsi, l'expression de la tristesse est généralement adaptative, puisqu'elle permet de solliciter le soutien d'autrui, en plus d'aider à la mobilisation des ressources en vue de la résolution de problèmes (Lecours, 2016; Reed et DeScioli, 2017; Karnaze et Levine, 2018). La tristesse, sous sa forme adaptative, favorise donc des changements comportementaux et cognitifs qui permettent de mieux faire face aux situations qui évoquent cette émotion (Karnaze et Levine, 2018). Bien que le caractère adaptatif de la tristesse fasse consensus auprès des chercheurs et des cliniciens, la tristesse peut également prendre une forme pathologique (Lecours, 2016; Joaquim et al., 2018; Salgado et al., 2019; Wakefield et Demazeux, 2015). Selon Goldman et Iverson (2019), les émotions pathologiques émergent généralement de blessures émotionnelles précoces, tel qu'il est le cas chez les individus qui ont souffert de maltraitance psychologique durant l'enfance. Les émotions pathologiques envahissent l'individu et l'amènent à se sentir coincé et désespéré. Certains auteurs ont postulé que ces émotions se développent pour aider un individu à s'adapter à un environnement particulier et aversif, puis qu'à long terme ces réponses émotionnelles se cristallisent et deviennent pathologiques (Goldman et Iverson, 2019). Ce type de réponse émotionnelle empêche ultérieurement les individus de s'adapter adéquatement lorsque face à un problème (Greenberg, 2006). Selon Salgado (2019), la tristesse pathologique représente l'une des composantes centrales de l'organisation émotionnelle des individus dépressifs. L'auteur postule qu'en raison d'expériences précoces traumatisantes, ces individus tendent à se sentir seuls et envahis par une tristesse pathologique qui ne promeut pas le soutien d'autrui. La tristesse, sous sa forme pathologique, peut s'apparenter à un état de détresse difficilement tolérable qui

coupe l'individu de sa capacité à identifier, élaborer et réfléchir sur son émotion (Lecours, 2016).

À notre connaissance, aucune étude ne s'est penchée sur les formes adaptative et pathologique de la tristesse chez les adultes qui ont vécu de la MPDE, malgré les données empiriques sur les difficultés de régulation de la tristesse et les écrits théoriques sur la tristesse pathologique. Parmi les différents mécanismes explicatifs du lien entre la MPDE et les émotions pathologiques, la mentalisation constitue un facteur particulièrement important (Li et al, 2020). Par ailleurs, les résultats d'une étude qualitative portant sur la régulation émotionnelle de la tristesse et de la peur chez des femmes qui ont vécu de la maltraitance durant l'enfance suggèrent que celles-ci présenteraient des difficultés particulières de mentalisation de la tristesse (Chouinard, 2018).

Déficits de mentalisation comme mécanisme explicatif du lien entre la maltraitance psychologique durant l'enfance et les difficultés émotionnelles à l'âge adulte

La mentalisation est définie comme la capacité d'un individu à réfléchir sur ses propres états mentaux ainsi que ceux des autres en termes de pensées, d'émotions, de désirs ou de besoins intentionnels (Allen et al., 2008). Les capacités de mentalisation s'acquièrent dès la petite enfance au sein des toutes premières relations d'attachement (Fonagy et Campbell, 2016). Un donneur de soins sensible s'intéresse et interprète le monde interne de son enfant en respectant l'individualité de ce dernier. Pour développer de bonnes habiletés de mentalisation, il est donc nécessaire que nos propres états mentaux aient été compris et adéquatement reconnus par des donneurs de soins aimants, attentionnés et non menaçants (Fonagy et Campbell, 2016). La mentalisation permet de

prédire et de comprendre nos états mentaux ainsi que ceux d'autrui, des habiletés cruciales dans le développement de la régulation émotionnelle (Allen et al., 2008; Berthelot et al., 2019). Selon une perspective développementale, il est d'abord nécessaire que les états mentaux de l'enfant aient été reconnus et interprétés, c'est-à-dire mentalisés, avec sensibilité par le donneur de soins pour ensuite amorcer un processus de corégulation émotionnelle (Fonagy et al., 1997). Cette corégulation des émotions entre le donneur de soin et l'enfant favorise en retour le développement de la mentalisation et de la régulation émotionnelle indépendante à long terme. Ainsi, une relation d'attachement sécurisante permet à l'enfant d'apprendre graduellement à percevoir et à interpréter son monde interne ainsi que l'environnement qui l'entoure (Fonagy et Campbell, 2016).

De toute évidence, la maltraitance durant l'enfance interrompt le développement de la mentalisation (Luyten et Fonagy, 2019; Berthelot et al., 2013; Fonagy et Campbell, 2016). Les enfants qui grandissent dans un environnement abusif se voient privés de figures d'attachement qui sont en mesure de les aider à identifier et à interpréter adéquatement leurs états mentaux (Allen, 2013). En plus de ne pas posséder les ressources nécessaires pour réguler leurs propres besoins émotionnels, il s'avère hautement menaçant pour l'enfant de se pencher sur son expérience interne ou encore celle de son donneur de soins maltraitant (Berthelot et al., 2013). Or, il est probable que l'enfant se protège en se coupant de toute réflexion en termes d'états mentaux. Cependant, bien qu'adaptatif à court terme, des difficultés persistantes de mentalisation empêchent les adultes qui ont vécu de la maltraitance dans leur enfance de faire sens de leurs expériences traumatiques (Li et al., 2020). De plus, de nombreuses études ont démontré le rôle médiateur de la mentalisation dans le lien entre la maltraitance durant

l'enfance et une multitude de psychopathologies, dont le trouble de la personnalité limite, les troubles des comportements alimentaires, la dépression, le trouble de stress post-traumatique ainsi que des symptômes psychotiques (Berthelot et al., 2019; Huang et al., 2020; Li et al., 2020; Weijers et al., 2018).

La recherche empirique par questionnaire a révélé deux types de déficits de mentalisation, soit l'hypermentalisation et l'hypomentalisation (Fonagy et al., 2016). L'hypermentalisation réfère à une certitude rigide et excessive concernant les représentations mentales de soi et d'autrui. L'individu qui tend à hypermentaliser émet des inférences excessives, compliquées et qui dépassent souvent ce que les indices sociaux peuvent démontrer (McLaren et al., 2022). Par exemple, un individu qui hypermentalise pourrait percevoir son ami en colère et croire qu'il est frustré puisqu'il n'aime pas réellement passer du temps avec lui et qu'il souhaite mettre fin à la relation. L'hypomentalisation correspond plutôt à une incertitude importante concernant ses propres états mentaux ainsi que ceux des autres (Fonagy et al., 2016). Reprenant l'exemple mentionné ci-haut, un individu qui hypomentalise aurait tendance à ne pas reconnaître l'état affectif de son ami en colère et à éprouver une grande difficulté à imaginer les causes menant à un tel état mental. Ce type de déficit empêche donc les individus de percevoir, d'inférer et de comprendre les états mentaux. Il semble que la maltraitance durant l'enfance soit particulièrement associée à l'hypomentalisation, ce qui suggère que les adultes qui ont vécu de tels traumas tendent à éviter de penser en termes d'états mentaux (Berthelot et al., 2019; Quek et al., 2017; Schwarzer et al., 2021). Selon Allen (2013), ces individus développeraient cette stratégie défensive afin de se protéger des intentions menaçantes de leurs donneurs de soins maltraitants ainsi que pour éviter

d'être confrontés seuls à des affects et des pensées intolérables et effrayantes. Aussi, l'hypomentalisation pourrait survenir par déficit, des suites d'un accompagnement cognitif parental appauvri ou lorsque l'individu fait face à des expériences de souffrance indifférenciées et inélaborables comme celles potentiellement produites par la maltraitance psychologique (Lecours, 2016).

Bien que toutes les formes de maltraitance soient associées à des difficultés de mentalisation, de récentes études ont pointé vers l'implication particulièrement importante des formes relativement plus « silencieuses » de maltraitance, soit la maltraitance psychologique, dans cette relation (Li et al., 2020; Huang et al., 2020). Par exemple, une récente étude de Li et ses collègues (2020) a montré le rôle médiateur des déficits de mentalisation dans le lien entre la MPDE et la dépression à l'âge adulte. Selon les résultats de leur étude, la maltraitance psychologique représenterait le plus puissant prédicteur des symptômes dépressifs et des difficultés de mentalisation à l'âge adulte, comparativement aux autres formes de maltraitance. De plus, il semblerait que la maltraitance psychologique représente une composante sous-jacente de toutes les formes de maltraitance et ses impacts sur la santé psychologique seraient équivalents à ceux des abus sexuel et physique (Vachon et al., 2015). Ainsi, la littérature scientifique a démontré que l'expérience de mauvais traitements précoces affecte négativement l'ajustement psychologique des adultes en partie via des déficits de mentalisation dès l'enfance (Allen, 2013; Li et al., 2020). De plus, la mentalisation représente une cible d'intervention thérapeutique ayant reçu un soutien empirique considérable et qui s'applique au traitement d'une grande variété de problématiques de santé mentale (Bateman et Fonagy, 2016; Byrne et al., 2019; Löf et al., 2018). Il a également été démontré que des capacités

de mentalisation préservées représentent un facteur de protection et de résilience chez les individus qui ont vécu de la maltraitance durant l'enfance (Luyten et Fonagy, 2019). Or, il semble pertinent de poursuivre la recherche sur ce mécanisme mental particulièrement impliqué dans l'ajustement psychologique des individus qui ont souffert de mauvais traitements dans leur enfance, en ciblant par exemple des états émotionnels spécifiques comme différentes formes de tristesse.

Les écrits scientifiques ont clairement montré que la MPDE affecte négativement les états émotionnels des adultes qui en ont souffert. Certains auteurs ont également postulé que les traumas précoces seraient associés à une tristesse pathologique (Goldman et Iverson, 2019). Puis, il a été montré que la mentalisation, plus particulièrement l'hypomentalisation, constitue un mécanisme déterminant dans le lien entre la maltraitance durant l'enfance et les difficultés émotionnelles ultérieures (Allen, 2013; Barberis et al., 2023; Berthelot et al., 2019; Li et al., 2020; Martin-Gagnon et al., 2023). Or, aucune étude ne s'est penchée sur cette relation en ciblant plus précisément les expériences affectives associées aux traumas relationnels précoces, comme les différentes formes de tristesse. Considérant la qualité débordante et particulièrement souffrante de la tristesse pathologique, il est clair qu'une telle expérience affective empêche l'individu de profiter du potentiel fonctionnel de la tristesse adaptative (p. ex. signaler et profiter du soutien d'autrui, mobiliser les ressources internes pour entamer un processus de deuil, etc.). Autrement dit, il importe de considérer les différentes formes de la tristesse pour mieux comprendre comment la mentalisation est associée autant aux déficits de mentalisation de la tristesse qu'au potentiel développement d'habiletés émotionnelles et cognitives qui favorisent l'expérience d'une tristesse adaptative. Toutefois, aucune étude

n'a encore étudié le lien entre l'hypomentalisation et l'expérience de la tristesse, adaptative ou pathologique. En ce sens, et à la lumière de la revue de la littérature qui précède, il est possible de croire que l'hypomentalisation agirait comme médiateur dans le lien entre la MPDE et les formes adaptative et pathologique de la tristesse à l'âge adulte.

Objectifs et hypothèses

Cette étude avait pour objectif d'analyser le rôle de l'hypomentalisation en tant que mécanisme explicatif du lien entre la MPDE et les formes adaptative et pathologique de la tristesse à l'âge adulte. Considérant les données probantes sur la maltraitance durant l'enfance et les difficultés émotionnelles associées à la tristesse, il était attendu que l'hypomentalisation jouerait un rôle de médiateur dans la relation entre la MPDE et les formes adaptative et pathologique de la tristesse à l'âge adulte.

Méthodologie

Participants

L'échantillon initial de cette étude comportait 107 participants. Or, six participants ont été retirés de l'échantillon en raison de scores extrêmes, soit un score Z dépassant les limites de -3,0 à 3,0 (Kannan et al., 2015). Un autre participant a été retiré en raison de l'âge qui ne respectait pas les critères d'inclusion de l'étude. Ainsi, l'échantillon de cette étude est composé de 100 étudiants universitaires de premier cycle

en psychologie à l'Université de Montréal comprenant 83 femmes (83%) et 17 hommes (17%) âgés de 18 à 48 ans ($M = 22,09$, $ÉT = 4,81$). La majorité des participants sont caucasiens (74%, $n = 74$) et leur langue maternelle est le français (83%, $n = 83$). La moitié des participants (50%, $n = 50$) sont célibataires et 40% ($n = 40$) rapportent être en relation avec quelqu'un.

Procédure

Le recrutement des participants s'est déroulé dans le cadre d'une étude plus large portant sur la tristesse adaptative (Lecours et al., 2015). Des étudiants au premier cycle en psychologie ont rempli plusieurs questionnaires sur une plateforme sécurisée de sondage en ligne, pour une durée d'environ 1h15. Trois compensations de 125\$ ont été attribuées par tirage au sort parmi les participants ayant rempli les questionnaires. Pour cette étude, seuls les questionnaires décrits plus bas ont été utilisés. L'étude plus large a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche en éducation et en psychologie (CEREP) de l'Université de Montréal en janvier 2009.

Mesures

Maltraitance psychologique durant l'enfance (MPDE)

La maltraitance psychologique a été mesurée à l'aide de la version française du *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ : Bernstein et al, 1998; Paquette et al., 2004). Ce questionnaire autorapporté comprend 28 items à situer sur une échelle de type Likert en 5 points allant de 1 (jamais vrai) à 5 (très souvent vrai) et vise une population de 12 ans et

plus. Il est possible d'obtenir un score global de maltraitance ainsi qu'un score pour les cinq échelles correspondant aux cinq types de maltraitance (abus émotionnel, sexuel et physique ainsi que négligence émotionnelle et physique). La version française validée du CTQ indique une consistance interne satisfaisante des cinq échelles avec des alphas de Cronbach se situant entre 0,68 à 0,91 ainsi qu'une excellente stabilité temporelle allant de 0,73 à 0,94 ($p < 0,01$) (Paquette et al., 2004). Dans la présente étude, les alphas de Cronbach des cinq échelles se situent entre 0,67 et 0,77. Les scores d'abus émotionnel et de négligence émotionnelle ont été additionnés afin d'obtenir un score de maltraitance psychologique. Un seul score de maltraitance psychologique a donc été utilisé pour la présente étude, en combinant les scores des échelles d'abus émotionnel et de négligence émotionnelle.

Formes de tristesse

Les qualités de l'expérience de la tristesse ont été mesurées par le Questionnaire sur les Formes de Tristesse (QFT : Lecours, 2020). Ce questionnaire autorapporté comprend 32 items avec une échelle de type Likert en 7 points (décrit mon expérience : 1-pas du tout à 7-énormément). Deux échelles conceptuelles de 9 items chacune mesurent une tristesse adaptative (p. ex. « Lorsque je vis une tristesse très intense, j'ai de la compassion pour moi ») et une tristesse pathologique (p. ex. « Lorsque je vis une tristesse très intense, j'ai l'impression que je ne mérite pas de vivre »). Le questionnaire permet également de mesurer quatre échelles empiriques caractéristiques de la tristesse : tristesse exprimée par des pleurs (3 items), tristesse autocritique (6 items), tristesse tolérable (6 items) et tristesse favorisant une approche cognitive adaptative (4 items). Seules les échelles empiriques mesurant la tristesse adaptative (tolérable) et pathologique

(autocritique) ont été utilisées dans la présente étude. La moyenne des items qui composent chaque échelle a été calculée afin d'obtenir un score continu de tristesse adaptative et pathologique. Les analyses préliminaires ont indiqué une consistance interne adéquate pour toutes les échelles avec des alphas de Cronbach se situant entre 0,74 et 0,91. Les analyses ont également démontré une bonne stabilité des échelles ainsi qu'une validité concurrente satisfaisante.

Mentalisation

Les capacités de mentalisation ont été mesurées à l'aide de l'adaptation française de la version courte du *Reflective Functioning Questionnaire* (RFQ-8 : Fonagy et al., 2016). Ce questionnaire autorapporté permet d'évaluer les difficultés d'un individu à interpréter adéquatement ou non ses propres états mentaux ainsi que ceux des autres. Le RFQ-8 comprend 8 items à partir desquels le participant doit répondre s'il est en accord ou non selon une échelle de type Likert en 7 points (1-fortement en désaccord à 7-fortement en accord). Le questionnaire se divise en deux sous-échelles qui évaluent les déficits de mentalisation: Certitude et Incertitude vis-à-vis des états mentaux. L'échelle Certitude indique un niveau de mentalisation excessivement élevé (hypermentalisation), tandis que l'échelle Incertitude réfère à un très faible niveau de mentalisation (hypomentalisation) Les 6 items qui composent chacune des échelles, dont les scores varient originellement entre 1 et 7, sont recodés selon les valeurs suivantes : 3, 2, 1, 0, 0, 0, 0. La moyenne est ensuite calculée afin d'obtenir un score continu d'hypermentalisation et d'hypomentalisation. En raison des données probantes sur l'hypomentalisation et la maltraitance durant l'enfance, seule l'échelle Incertitude a été utilisée dans la présente étude (Berthelot et al., 2019). Un score élevé sur cette échelle

indique une hypomentalisation importante. Une étude de validation de la version française du RFQ-8 a montré une consistance interne acceptable (Certitude : $\alpha=0,72-0,74$; Incertitude : $\alpha=0,64-0,68$) (Badoud et al., 2015). Dans la présente étude, l'alpha de Cronbach s'élève à 0,75.

Analyses

D'abord, des analyses exploratoires ont été réalisées dans le but d'observer la normalité des distributions des variables à l'étude ainsi que de détecter la présence de scores extrêmes. Des analyses descriptives et des corrélations bivariées ont ensuite été conduites à partir du logiciel IBM SPSS version 28 dans le but d'observer les relations entre les différentes variables à l'étude. Le sexe a été inclus dans les corrélations, compte tenu des différences sexuelles dans la socialisation de la tristesse (Zeman et al., 2019). Puis, deux modèles de médiation ont été effectués sur IBM SPSS version 28 à l'aide du logiciel PROCESS Macro version 4.1. Dans le premier modèle, les analyses mesurent le lien direct entre la MPDE et la tristesse adaptative, ainsi que le lien indirect à travers l'hypomentalisation. Dans le deuxième modèle, le lien direct entre la MPDE et la tristesse pathologique est calculé ainsi que le lien indirect via l'hypomentalisation. L'utilisation ou non du sexe comme variable contrôle dans les modèles de médiation a été évaluée à partir des corrélations. Afin de tester les effets indirects des modèles, la méthode Bootstrap (Preacher et Hayes, 2008) a été employée en simulant 10 000 ré-échantillonnages avec un intervalle de confiance de 95%. L'effet indirect du modèle est significatif seulement si l'intervalle de confiance ne contient pas la valeur 0.

Résultats

Analyses descriptives et corrélations

Les scores de maltraitance psychologique varient entre 10 et 41 et la moyenne est de 18,65 ($\acute{E}T = 7,35$). Pour la mesure de tristesse adaptative, les scores varient entre 2,22 et 6,56 avec une moyenne de 4,09 ($\acute{E}T = 0,85$). Le score moyen de tristesse pathologique s'élève à 4,17 ($\acute{E}T = 1,13$) avec des scores s'étalant entre 1,56 et 6,56. Quant à la mesure d'hypomentalisation, la moyenne est de 0,49 ($\acute{E}T = 0,51$) et les scores varient entre 0,00 et 2,17.

Les coefficients de corrélations entre les variables à l'étude sont rapportés dans le Tableau 1. Les variables de maltraitance psychologique, de tristesse adaptative, de tristesse pathologique et d'hypomentalisation sont significativement corrélées avec un r allant de 0,22 à 0,56, démontrant des tailles d'effet qui varient de petite à large (Cohen, 1992). Seul le sexe n'est pas significativement corrélé avec les autres mesures, ce qui soutient le choix de ne pas contrôler la variable du sexe dans les analyses de médiation.

Tableau 1. Corrélations bivariées entre la maltraitance psychologique, la tristesse adaptative, la tristesse pathologique, l'hypomentalisation et le sexe.

Variab les	<i>Maltraitance psychologique</i>	<i>Tristesse adaptative</i>	<i>Tristesse pathologique</i>	<i>Hypomentalisation</i>
<i>Tristesse adaptative</i>	-0,28**	-	-	-
<i>Tristesse pathologique</i>	0,31**	-0,56**	-	-
<i>Hypomentalisation</i>	0,22*	-0,24*	0,43**	-

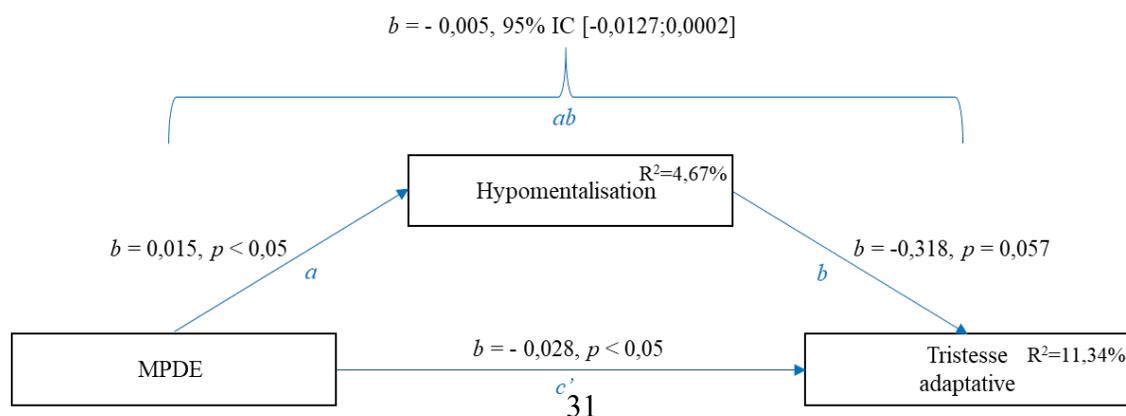
Sexe	0,06	0,14	0,00	0,05
------	------	------	------	------

* $p < 0,05$ / ** $p < 0,01$

Analyses de médiation

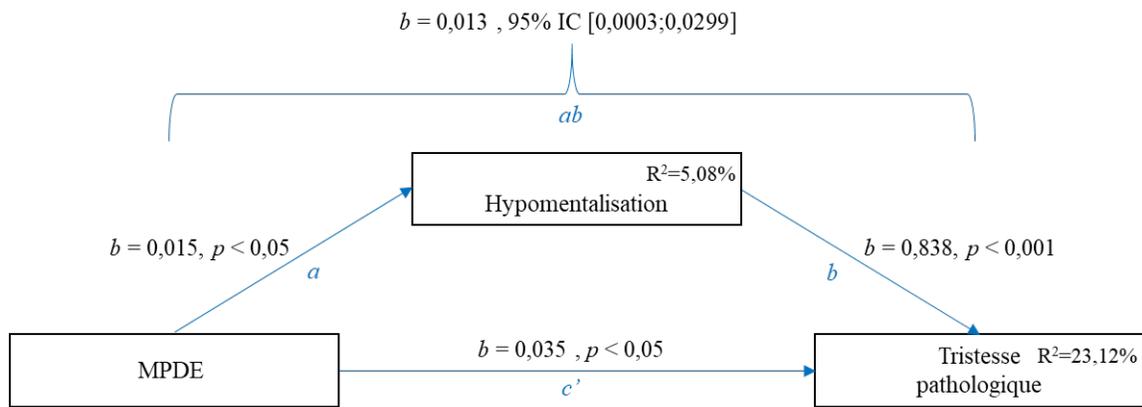
Le premier modèle de médiation comprend la maltraitance psychologique comme variable indépendante, l'hypomentalisation comme variable médiatrice ainsi que la tristesse adaptative comme variable dépendante. Les résultats montrent que la maltraitance psychologique a un effet direct négatif sur la tristesse adaptative ($b = -0,033$, $p < 0,01$) et explique 7,96% de la variance de la tristesse adaptative. La maltraitance psychologique est positivement associée à l'hypomentalisation (chemin a) ($b = 0,015$, $p < 0,05$) (voir Figure 1). Or, les analyses révèlent une association négative non significative entre l'hypomentalisation et la tristesse adaptative (chemin b) ($b = -0,318$, $p = 0,057$). La méthode de rééchantillonnage Bootstrap indique que l'effet indirect de la maltraitance psychologique sur la tristesse adaptative à travers l'hypomentalisation (chemin ab) n'est pas significatif, puisque l'intervalle de confiance contient la valeur de 0 ($b = -0,005$, 95% I.C. = [-0,0127 à 0,0002]). Les résultats indiquent également que la maltraitance psychologique influence significativement la tristesse adaptative indépendamment de son effet sur l'hypomentalisation (chemin c') ($b = -0,028$, $p < 0,05$).

Figure 1. Effet indirect de la MPDE sur la tristesse adaptative via l'hypomentalisation.



Le deuxième modèle de médiation comprend la maltraitance psychologique comme variable indépendante, l'hypomentalisation comme variable médiatrice ainsi que la tristesse pathologique comme variable dépendante. D'abord, la maltraitance psychologique a un effet direct positif sur la tristesse pathologique ($b=0,048$, $p < 0,05$) et explique 9,69% de sa variance. Aussi, la maltraitance psychologique est positivement associée à l'hypomentalisation (chemin a) ($b=0,015$, $p < 0,05$) qui en retour, est positivement reliée à la tristesse pathologique (chemin b) ($b=0,838$, $p < 0,001$) (voir Figure 2). La méthode de rééchantillonnage Bootstrap confirme donc l'effet indirect de la maltraitance psychologique sur la tristesse pathologique à travers l'hypomentalisation (chemin ab) ($b=0,013$, 95% I.C. = [0,0003;0,0299]). Finalement, les résultats montrent que la maltraitance psychologique influence significativement la tristesse pathologique indépendamment de son effet sur l'hypomentalisation (chemin c') ($b=0,035$, $p < 0,05$).

Figure 2. Effet indirect de la MPDE sur la tristesse pathologique via l'hypomentalisation.



Discussion

Les résultats de l'étude s'ajoutent à la documentation théorique et empirique sur les relations entre la maltraitance psychologique durant l'enfance (MPDE), la mentalisation et les expériences émotionnelles à l'âge adulte. D'abord, il était attendu que l'hypomentalisation agirait comme médiateur dans le lien entre la MPDE et la tristesse adaptative à l'âge adulte, lien négatif, la MPDE réduisant la disponibilité de la tristesse adaptative. Les analyses ne soutiennent pas l'effet médiateur de l'hypomentalisation dans ce lien. Il était également attendu que le lien entre la MPDE et la tristesse pathologique à l'âge adulte serait médié par l'hypomentalisation, lien positif ici, la MPDE augmentant la tristesse pathologique. Les résultats confirment cette hypothèse en montrant que la MPDE influence l'hypomentalisation qui, en retour, favorise l'importance de la tristesse pathologique.

Les corrélations montrent des liens significatifs entre toutes les variables étudiées, excepté pour le lien entre l'hypomentalisation et la tristesse adaptative. De plus, le modèle de médiation n'est observé que pour la tristesse pathologique. Il serait possible de croire que l'impact de la MPDE passe davantage par la création de souffrance et le développement d'une mauvaise régulation d'émotions spécifiques comme la tristesse pathologique que par la réduction de résilience, mécanisme associé à la tristesse adaptative. De plus, il semble que l'hypomentalisation ne constitue pas le seul mécanisme explicatif de la tristesse pathologique, puisque la MPDE provoque elle-même de la tristesse pathologique, et ce, en tenant compte de la contribution de l'hypomentalisation. Autrement dit, d'autres mécanismes outre l'hypomentalisation semblent être impliqués

dans le lien entre la MPDE et la tristesse. En ce sens, il est possible que certains mécanismes comme le soutien social, les défenses adaptatives ou la résilience, par exemple, expliquent mieux le lien entre la MPDE et la tristesse adaptative (Cao et al., 2022). En plus de l'hypomentalisation, de récentes études pointent vers l'implication particulière de l'alexithymie ou des styles d'attachement anxieux et/ou évitant dans le lien entre les mauvais traitements précoces et les difficultés émotionnelles ultérieures (Barberis et al., 2023; Jian et al., 2022).

Les résultats obtenus convergent vers l'idée que la MPDE altère le développement de la mentalisation chez les adultes qui en ont subi, peut-être dans le but de les protéger psychiquement de leur propre souffrance, ce qui peut se traduire par une incertitude d'importance face à leurs états mentaux et ceux d'autrui (hypomentalisation) (Berthelot et al., 2019; Martin-Gagnon et al., 2023). L'hypomentalisation empêcherait donc ces adultes de se représenter, vivre et réfléchir à leurs expériences émotionnelles douloureuses comme la tristesse. Ces difficultés spécifiques de régulation et de mentalisation de la tristesse se manifestent par une absence de connexion à l'émotion ou à un sentiment d'envahissement ainsi que d'autres charges affectives désagréables comme le pessimisme, la honte ou l'impuissance (Chouinard, 2016). Cette expérience émotionnelle empêche les individus d'identifier les enjeux de pertes relationnelles ou de deuils sous-jacents à la tristesse qu'ils vivent. En effet, la tristesse pathologique peut être vécue comme une émotion brute, intolérable et indifférenciée de ses origines traumatiques (Lecours, 2016). Il est possible de voir le travail de mentalisation de la tristesse pathologique comme un processus d'étayage émotionnel à partir duquel l'individu pourra apprendre à tolérer, ressentir, se représenter mentalement l'émotion et

même développer une élaboration cognitive nécessaire à l'introspection et au processus de deuil. Cliniquement, la mentalisation de la tristesse a pour but d'exploiter l'efficacité fonctionnelle de la tristesse adaptative. Tel que proposé par Lecours (2016), « *La tristesse adaptative est donc une expérience mentalisée qui sert à mentaliser* ». Jusqu'à présent, la thérapie basée sur la mentalisation a obtenu un soutien empirique et clinique important et s'avère un traitement de choix pour adresser et améliorer les déficits de mentalisation auprès d'adultes ayant souffert de traumatismes précoces (Bateman, 2022; Luyten et al., 2020). En somme, il apparaît pertinent de poursuivre la recherche sur les différents mécanismes explicatifs de la tristesse sous sa forme adaptative et pathologique afin de préciser les interventions psychologiques destinées à cette population vulnérable.

Limites de l'étude

La présente étude comporte des limites importantes à considérer dans l'interprétation des résultats obtenus. D'abord, il n'est pas possible de tirer des conclusions de causalité entre les variables à l'étude. Il serait intéressant d'employer un devis de recherche longitudinal afin de poursuivre l'analyse des liens entre la MPDE, la mentalisation et les différentes formes de tristesse. De plus, l'échantillon de convenance constitué d'étudiants au baccalauréat en psychologie ne permet pas de généraliser les résultats à la population générale. Bien que certaines études ont révélé un taux élevé de mauvais traitements durant l'enfance, surtout de maltraitance psychologique auprès de la population universitaire, l'homogénéité de l'échantillon influence négativement la validité externe de l'étude (Paivio et Cramer, 2004; Karatekin, 2018). Aussi, puisqu'il s'agit d'un échantillon non clinique, il serait pertinent d'élargir l'étude à des populations cliniques afin d'obtenir des résultats plus justes et représentatifs. De plus, l'effet des

autres formes de mauvais traitements durant l'enfance (abus sexuel, abus physique et négligence physique) n'a pas été contrôlé dans les analyses de cette étude. La taille de l'échantillon semble avoir affecté la puissance statistique de sorte qu'il n'a pas été possible de détecter l'effet de médiation dans le modèle de la tristesse adaptative, dont l'effet semblait être de plus petite taille. Les études futures devraient tenir compte de la taille réduite de ces effets afin d'utiliser un échantillon de taille conséquente pour examiner de plus près les liens entre la MPDE et la tristesse adaptative. De plus, des questionnaires autorapportés ont été utilisés pour chaque variable étudiée. De nombreux biais sont associés à ce type de mesure, dont la désirabilité sociale ainsi que l'état psychologique dans lequel les participants se trouvent au moment de la complétion des questionnaires. Également, l'utilisation exclusive de questionnaires auto-rapportés soulève le problème d'une inflation artificielle de la variance partagée entre les variables en raison du format similaire des questions et de l'accès limité aux processus explicites inhérents à l'évaluation auto-attribuée des questionnaires. L'utilisation de mesures narratives par l'observation et l'analyse du discours pourraient s'avérer intéressante afin d'explorer un plus grand éventail de méthodes et de variables à considérer. Finalement, la MPDE a été mesurée de manière rétroactive, donc il importe de considérer l'effet du temps pouvant entraîner un biais de rappel. Quant à la mesure de la mentalisation, il serait intéressant de revoir l'étude avec une mesure de la mentalisation de la tristesse plus spécifiquement.

Conclusion

Tout en considérant les limites de l'étude, les résultats obtenus permettent de proposer des pistes de réflexion cliniques intéressantes. Deux modèles de médiation ont été conduits afin d'analyser le rôle médiateur de l'hypomentalisation dans le lien entre la MPDE et les formes adaptative et pathologique de la tristesse à l'âge adulte. Il en ressort que l'association entre la MPDE et la tristesse adaptative n'est pas médiée par l'hypomentalisation. Or, le rôle médiateur de l'hypomentalisation a pu être observé dans le lien entre la MPDE et la tristesse pathologique à l'âge adulte, suggérant que la mentalisation représente un mécanisme mental sous-jacent aux difficultés émotionnelles découlant des traumatismes précoces. Ainsi, les résultats visent à inspirer les interventions cliniques en appuyant l'importance d'intégrer la mentalisation d'émotions spécifiques comme la tristesse auprès d'adultes ayant été maltraités durant leur enfance. La mentalisation pourrait potentiellement transformer l'expérience de la tristesse pathologique en une forme adaptative qui contribue au bien-être psychologique.

Références bibliographiques

- Allen, B. (2008). An analysis of the impact of diverse forms of childhood psychological maltreatment on emotional adjustment in early adulthood. *Child Maltreatment, 13*(3), 307-312. <https://doi.org/10.1177/1077559508318394>
- Allen, J., Bleiberg, E., & Haslam-Hopwood, T. (2003). Mentalizing as a Compass for Treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic, 67*.
- Allen, J. G. (2008). *Coping With Trauma : Hope Through Understanding*. American Psychiatric Pub.
- Allen, J. G. (2019). *Mentalizing in the Development and Treatment of Attachment Trauma*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429477263>
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. American Psychiatric Pub.
- Amstadter, A. B., & Vernon, L. L. (2008). Emotional Reactions During and After Trauma : A Comparison of Trauma Types. *Journal of aggression, maltreatment & trauma, 16*(4), 391-408. <https://doi.org/10.1080/10926770801926492>
- Arslan, G. (2016). Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents : The mediating role of resilience and self-esteem. *Child Abuse & Neglect, 52*, 200-209. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.010>
- Arslan, G. (2017). Psychological maltreatment, coping strategies, and mental health problems : A brief and effective measure of psychological maltreatment in adolescents. *Child Abuse & Neglect, 68*, 96-106. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.023>

- Badoud, D., Luyten, P., Fonseca-Pedrero, E., Eliez, S., Fonagy, P., & Debbané, M. (2015). The French Version of the Reflective Functioning Questionnaire : Validity Data for Adolescents and Adults and Its Association with Non-Suicidal Self-Injury. *PLoS ONE*, *10*(12), e0145892. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145892>
- Barberis, N., Cannavò, M., Calaresi, D., & Verrastro, V. (2023). Reflective functioning and Alexithymia as mediators between attachment and psychopathology symptoms : Cross-sectional evidence in a community sample. *Psychology, Health & Medicine*, *28*(5), 1251-1262. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2045331>
- Barrett, K. C., & Campos, J. J. (1987). Perspectives on emotional development II : A functionalist approach to emotions. Dans *Handbook of infant development*, 2nd ed (p. 555-578). John Wiley & Sons.
- Bateman, A. W. (2022). Mentalization-based treatment. In S. K. Huprich (Ed.), *Personality disorders and pathology: Integrating clinical assessment and practice in the DSM-5 and ICD-11 era* (pp. 237–258). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000310-011>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders : A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J. (1998). Childhood trauma questionnaire. *Assessment of family violence: A handbook for researchers and practitioners*.
- Berthelot, N., Ensink, K., & Normandin, L. (2013). Échecs de mentalisation du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, N° 2(1), 9-15.

- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Lacharité, C., & Muzik, M. (2019). The protective role of mentalizing : Reflective functioning as a mediator between child maltreatment, psychopathology and parental attitude in expecting parents. *Child Abuse & Neglect*, 95, 104065. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104065>
- Bérubé, A., Turgeon, J., Blais, C., & Fiset, D. (2021). Emotion Recognition in Adults With a History of Childhood Maltreatment : A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15248380211029404. <https://doi.org/10.1177/15248380211029403>
- Boucher, M. E., Lecours, S., Philippe, F. L., & Arseneault, S. (2013). Parental socialization of emotion and depression in adulthood : The role of attitudes toward sadness. *European Review of Applied Psychology*, 63(1), 15-23. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.11.003>
- Bowlby, J. (1999). *Attachment and loss* (2nd ed). Basic Books.
- Brassard, M. R., Hart, S. N., & Glaser, D. (2020). Psychological maltreatment : An international challenge to children's safety and well being. *30 Years of the Convention on the Rights of the Child: Evolving Progress and Prospects for Child Protection*, 110, 104611. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104611>
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect : Further development of an integrative model. Dans J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A. Reid, *The APSAC handbook on child maltreatment*, 2nd ed (p. 175-203). Sage Publications, Inc.
- Brown, S. M., Rienks, S., McCrae, J. S., & Watamura, S. E. (2019). The co-occurrence of adverse childhood experiences among children investigated for child

- maltreatment : A latent class analysis. *Child Abuse & Neglect*, 87, 18-27.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.010>
- Buckholdt, K. E., Parra, G. R., & Jobe-Shields, L. (2009). Emotion Regulation as a Mediator of the Relation Between Emotion Socialization and Deliberate Self-Harm. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 482-490.
<https://doi.org/10.1037/a0016735>
- Byrne, G., Slead, M., Midgley, N., Fearon, P., Mein, C., Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). Lighthouse Parenting Programme : Description and pilot evaluation of mentalization-based treatment to address child maltreatment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(4), 680-693.
<https://doi.org/10.1177/1359104518807741>
- Cabecinha-Alati, S. J., Langevin, R., & Montreuil, T. C. (2020). A Conceptual Model of the Intergenerational Transmission of Emotion Dysregulation in Mothers with a History of Childhood Maltreatment. *International Journal of Child and Adolescent Resilience / Revue Internationale de La Résilience Des Enfants et Des Adolescents*, 7(1), 49-71. <https://doi.org/10.7202/1072588ar>
- Cao, H., Zhang, R., Li, L., & Yang, L. (2022). Coping style and resilience mediate the effect of childhood maltreatment on mental health symptomology. *Children*, 9(8), 1118.
- Cheng, P., & Langevin, R. (2023). Difficulties with emotion regulation moderate the relationship between child maltreatment and emotion recognition. *Child Abuse & Neglect*, 139, 106094. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106094>

- Chouinard, R. (2018). *Maltraitance durant l'enfance et régulation de la tristesse et de la peur à l'âge adulte : Une analyse qualitative*.
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/21156>
- Clément, M.-È., Gagné, M.-H., & Hélie, S. (2018). *La violence et la maltraitance envers les enfants*. <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-et-la-maltraitance-envers-les-enfants>
- Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2011). *Treating Survivors marof Childhood Abuse, First Edition : Psychotherapy for the Interrupted Life*. Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). L. Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (19921101). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Dube, S. R., Li, E. T., Fiorini, G., Lin, C., Singh, N., Khamisa, K., McGowan, J. & Fonagy, P. (2023). Childhood verbal abuse as a child maltreatment subtype: A systematic review of the current evidence. *Child Abuse & Neglect*, 144, 106394.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental Socialization of Emotion. *Psychological inquiry*, 9(4), 241-273.
- Field, A. (2017). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. SAGE Publications Inc. <https://us.sagepub.com/en-us/nam/discovering-statistics-using-ibm-spss-statistics/book260423>
- Fonagy, P., & Campbell, C. (2016). Attachment theory and mentalization. Dans *The Routledge handbook of psychoanalysis in the social sciences and humanities* (p. 115-131). Routledge/Taylor & Francis Group.

- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y.-W., Warren, F., Howard, S., Ghinai, R., Fearon, P., & Lowyck, B. (2016). Development and Validation of a Self-Report Measure of Mentalizing : The Reflective Functioning Questionnaire. *PLOS ONE*, *11*(7), e0158678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
- Fonagy, P., Steele, H., Steele, M., & Holder, J. (1997). Attachment and theory of mind : Overlapping constructs? *OCCASIONAL PAPERS-ASSOCIATION FOR CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY*, 31-40.
- Fuchshuber, J., Hiebler-Ragger, M., Kresse, A., Kapfhammer, H.-P., & Unterrainer, H. F. (2019). The Influence of Attachment Styles and Personality Organization on Emotional Functioning After Childhood Trauma. *Frontiers in Psychiatry*, *0*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00643>
- Garside, R. B. (2004). *Parental socialization of discrete positive and negative emotions : Implications for emotional functioning*. The Catholic University of America.
- Glaser, D. (2011). How to deal with emotional abuse and neglect : Further development of a conceptual framework (FRAMEA). *Child Abuse & Neglect*, *35*(10), 866-875. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.08.002>
- Goldman, R. N., & Iverson, S. (2019). Primary Maladaptive Emotions in Emotion-Focused Therapy. Dans J. L. Lebow, A. L. Chambers, & D. C. Breunlin (Éds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (p. 2327-2329). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_202
- Greenberg, L. (2006). Emotion-Focused Therapy : A Synopsis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *36*(2), 87-93. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9011-3>

- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-Focused Therapy : A Clinical Synthesis. *FOCUS*, 8(1), 32-42. <https://doi.org/10.1176/foc.8.1.foc32>
- Gruhn, M. A., & Compas, B. E. (2020). Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence : A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 103, 104446. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104446>
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis, Third Edition : A Regression-Based Approach*. Guilford Publications.
- Hélie, S., Collin-Vézina, D., Turcotte, D., Trocmé, N., & Girouard, N. (s. d.). *Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2014*. 132.
- Hepp, J., Schmitz, S. E., Urbild, J., Zauner, K., & Niedtfeld, I. (2021). Childhood maltreatment is associated with distrust and negatively biased emotion processing. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00143-5>
- Howard Sharp, K. M., Cohen, R., Kitzmann, K. M., & Parra, G. R. (2016). Mechanisms mediating children's perceived maternal nonsupportive reactions to sadness and children's social and emotional functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 25(2), 367-380. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0240-5>
- Huang, Y. L., Fonagy, P., Feigenbaum, J., Montague, P. R., Nolte, T., & London Personality and Mood Disorder Research Consortium, A. (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>

- Iffland, B., & Neuner, F. (2020). Varying Cognitive Scars – Differential Associations Between Types of Childhood Maltreatment and Facial Emotion Processing. *Frontiers in Psychology, 0*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00732>
- Joaquim, R. M. (2018). *Psychobiology of Sadness : Functional Aspects in Human Evolution. 9*.
- Kannan, K. S., Manoj, K., & Arumugam, S. (2015). Labeling methods for identifying outliers. *International Journal of Statistics and Systems, 10*(2), 231-238.
- Karatekin, C. (2018). Adverse Childhood Experiences (ACEs), Stress and Mental Health in College Students. *Stress and Health, 34*(1), 36-45.
<https://doi.org/10.1002/smi.2761>
- Karnaze, M. M., & Levine, L. J. (2018). Sadness, the Architect of Cognitive Change. Dans H. C. Lench (Éd.), *The Function of Emotions* (p. 45-58). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-77619-4_4
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2009). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology : Pathways linking maltreatment, emotion regulation, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(6), 706-716. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x>
- Lecours, S. (2020). Élaboration et validation d'une mesure des formes de la tristesse. *Manuscrit non publié*.
- Lecours, S. (2016). Niveaux de mentalisation de la souffrance en clinique: agonie, détresse et tristesse adaptative. *Revue québécoise de psychologie, 37*(3), 235-257.
<https://doi.org/10.7202/1040169ar>

- Li, E. T., Carracher, E., & Bird, T. (2020). Linking childhood emotional abuse and adult depressive symptoms : The role of mentalizing incapacity. *Child Abuse & Neglect*, 99, 104253. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104253>
- Liu, J., Fang, Y., Gong, J., Cui, X., Meng, T., Xiao, B., He, Y., Shen, Y., & Luo, X. (2017). Associations between suicidal behavior and childhood abuse and neglect : A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 220, 147-155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.060>
- Löf, J., Clinton, D., Kaldo, V., & Rydén, G. (2018). Symptom, alexithymia and self-image outcomes of Mentalisation-based treatment for borderline personality disorder : A naturalistic study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 185. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1699-6>
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual review of clinical psychology*, 16, 297-325.
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2019). Mentalizing and trauma. Dans A. Bateman & P. Fonagy (Éds.), *In : Bateman, A and Fonagy, P, (eds.) Handbook of mentalizing in mental health practice. American Psychiatric Association Publishing : Washington DC, USA. (2019) (In press).* American Psychiatric Association Publishing. <https://www.appi.org/>
- Martin-Gagnon, G., Normandin, L., Fonagy, P., & Ensink, K. (2023). Adolescent mentalizing and childhood emotional abuse: implications for depression, anxiety, and borderline personality disorder features. *Frontiers in Psychology*, 14.

- McLaren, V., Gallagher, M., Hopwood, C. J., & Sharp, C. (2022). Hypermentalizing and borderline personality disorder: a meta-analytic review. *American Journal of Psychotherapy, 75*(1), 21-31.
- Miller-Perrin, C. L., & Perrin, R. D. (2012). *Child Maltreatment : An Introduction*. SAGE Publications.
- Nelson, J., Klumparendt, A., Doebler, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression : Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 210*(2), 96-104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180752>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect : A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine, 9*(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- O'Mahen, H. A., Karl, A., Moberly, N., & Fedock, G. (2015). The association between childhood maltreatment and emotion regulation : Two different mechanisms contributing to depression? *Journal of Affective Disorders, 174*, 287-295. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.028>
- Paivio, S. C., & Cramer, K. M. (2004). Factor structure and reliability of the Childhood Trauma Questionnaire in a Canadian undergraduate student sample. *Child Abuse & Neglect, 28*(8), 889-904. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.011>
- Paquette, D., Laporte, L., Bigras, M., & Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance 1. *Santé mentale au Québec, 29*(1), 201-220. <https://doi.org/10.7202/008831ar>

- Paul, E., & Eckenrode, J. (2015). Childhood psychological maltreatment subtypes and adolescent depressive symptoms. *Child Abuse & Neglect*, *47*, 38-47.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.018>
- Pollak, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K., & Reed, A. (2000). Recognizing emotion in faces : Developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental Psychology*, *36*(5), 679-688. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.36.5.679>
- Power, M. J. (2010). Sadness. Dans *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (p. 1-2). American Cancer Society. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0810>
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, *40*(3), 879-891. <https://doi.org/10.3758/brm.40.3.879>
- Quek, J., Newman, L. K., Bennett, C., Gordon, M. S., Saeedi, N., & Melvin, G. A. (2017). Reflective function mediates the relationship between emotional maltreatment and borderline pathology in adolescents : A preliminary investigation. *Child Abuse & Neglect*, *72*, 215-226.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.08.008>
- Radell, M. L., Abo Hamza, E. G., Daghestani, W. H., Perveen, A., & Moustafa, A. A. (2021). The Impact of Different Types of Abuse on Depression. *Depression Research and Treatment*, *2021*, e6654503. <https://doi.org/10.1155/2021/6654503>
- Reed, L. I., & DeScioli, P. (2017). The Communicative Function of Sad Facial Expressions. *Evolutionary Psychology*, *15*(1), 147470491770041.
<https://doi.org/10.1177/1474704917700418>

- Salgado, J., Cunha, C., & Monteiro, M. (2019). Emotion-focused therapy for depression. Dans *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (p. 293-314). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000112-013>
- Sanders, W., Zeman, J., Poon, J., & Miller, R. (2015). Child regulation of negative emotions and depressive symptoms : The moderating role of parental emotion socialization. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 402-415. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9850-y>
- Schwarzer, N.-H., Nolte, T., Fonagy, P., & Gingelmaier, S. (2021). Mentalizing mediates the association between emotional abuse in childhood and potential for aggression in non-clinical adults. *Child Abuse & Neglect*, 115, 105018. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105018>
- Shipman, K., Edwards, A., Brown, A., Swisher, L., & Jennings, E. (2005). Managing emotion in a maltreating context : A pilot study examining child neglect. *Child Abuse & Neglect*, 29(9), 1015-1029. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.01.006>
- Shipman, K. L., Schneider, R., Fitzgerald, M. M., Sims, C., Swisher, L., & Edwards, A. (2007). Maternal Emotion Socialization in Maltreating and Non-maltreating Families : Implications for Children's Emotion Regulation. *Social Development*, 16(2), 268-285. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00384.x>
- Spinazzola, J., Hodgdon, H., Liang, L.-J., Ford, J. D., Layne, C. M., Pynoos, R., Briggs, E. C., Stolbach, B., & Kisiel, C. (2014). Unseen wounds : The contribution of psychological maltreatment to child and adolescent mental health and risk outcomes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(Suppl 1), S18-S28. <https://doi.org/10.1037/a0037766>

- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van IJzendoorn, M. H. (2012). The universality of childhood emotional abuse : A meta-analysis of worldwide prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 21*(8), 870-890. <https://doi.org/10.1080/10926771.2012.708014>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect : A meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*(3), 345-355. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0549-y>
- Strathearn, L., Giannotti, M., Mills, R., Kisely, S., Najman, J., & Abajobir, A. (2020). Long-term Cognitive, Psychological, and Health Outcomes Associated With Child Abuse and Neglect. *Pediatrics, 146*(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0438>
- Taubner, S., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H., & Staun, L. (2011). The Role of Mentalization in the Psychoanalytic Treatment of Chronic Depression. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 74*(1), 49-57. <https://doi.org/10.1521/psyc.2011.74.1.49>
- Tillery, R., Cohen, R., Parra, G. R., Kitzmann, K. M., & Howard Sharp, K. M. (2015). Friendship and the Socialization of Sadness. *Merrill-Palmer Quarterly, 61*(4), 486-508. <https://doi.org/10.13110/merrpalmquar1982.61.4.0486>
- Tourigny, M., Hébert, M., Joly, J., Cyr, M., & Baril, K. (2008). Prevalence and co-occurrence of violence against children in the Quebec population. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 32*(4), 331-335. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2008.00250.x>

- Vachon, D. D., Krueger, R. F., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2015). Assessment of the Harmful Psychiatric and Behavioral Effects of Different Forms of Child Maltreatment. *JAMA Psychiatry*, 72(11), 1135.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1792>
- Vahidi, E., Ghanbari, S., & Behzadpoor, S. (2021). The relationship between mentalization and borderline personality features in adolescents : Mediating role of emotion regulation. *International Journal of Adolescence and Youth*, 26(1), 284-293. <https://doi.org/10.1080/02673843.2021.1931376>
- Wakefield, J. C., & Demazeux, S. (Éds.). (2016). *Sadness or Depression?* (Vol. 15). Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/978-94-017-7423-9>
- 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>
- Weissman, D. G., Bitran, D., Miller, A. B., Schaefer, J. D., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2019). Difficulties with emotion regulation as a transdiagnostic mechanism linking child maltreatment with the emergence of psychopathology. *Development and Psychopathology*, 31(3), 899-915.
<https://doi.org/10.1017/S0954579419000348>
- Zeman, J., Cameron, M., & Price, N. (2019). Sadness in Youth : Socialization, Regulation, and Adjustment. Dans V. LoBue, K. Pérez-Edgar, & K. A. Buss (Éds.), *Handbook of Emotional Development* (p. 227-256). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-17332-6_10

Annexes

Annexe 1. CTQ

No : _____

Âge : _____

Sexe : F / M

Date : _____

Les énoncés suivants portent sur vos expériences comme enfant dans votre propre famille. Répondez aux énoncés en vous servant de la feuille suivante.

Durant mon enfance...	Jamais vrai	Rarement vrai	Quelque-fois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai
1. J'ai manqué de nourriture.					
2. Je savais qu'il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger.					
3. Les gens de ma famille me traitaient de « stupide », « paresseux(se) » ou « laid(e) ».					
4. Mes parents étaient trop ivres ou drogués pour prendre soin des enfants.					
5. Il y a eu un membre de ma famille qui m'a aidé(e) à avoir une bonne estime de moi.					
6. J'ai dû porter des vêtements sales.					
7. Je me sentais aimé(e).					
8. J'ai eu le sentiment que mes parents n'avaient pas désiré ma naissance.					
Durant mon enfance...	Jamais vrai	Rarement vrai	Quelque-fois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai
9. J'ai été frappé(e) par quelqu'un de ma famille à un tel point que j'ai dû voir un médecin ou aller à l'hôpital.					
10. Il n'y avait rien que j'aurais voulu changer dans ma famille.					
11. Les membres de ma famille m'ont battu(e) au point d'en avoir des bleus ou des marques.					
12. On m'a puni(e) en me frappant avec une ceinture, un bâton ou une corde (ou tout autre objet dur).					
13. Il y avait beaucoup d'entraide entre les membres de ma famille.					
14. Les membres de ma famille me disaient des choses blessantes et/ou insultantes.					
15. Je crois avoir été abusé(e) physiquement.					
16. J'ai grandi dans un entourage idéal.					
17. J'ai été battu(e) suffisamment pour qu'un professeur, un voisin ou un médecin s'en soit aperçu.					

18. Je sentais qu'il y avait quelqu'un dans ma famille qui me haïssait.					
19. Les membres de ma famille étaient proches les uns des autres.					
20. Quelqu'un a tenté de me faire des attouchements sexuels ou tenté de m'amener à poser de tels gestes.					
21. Quelqu'un me menaçait de me frapper ou de mentir sur mon compte afin que j'aie des contacts sexuels avec lui/elle.					
Durant mon enfance...	Jamais vrai	Rarement vrai	Quelque-fois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai
22. J'avais la meilleure famille au monde.					
23. Quelqu'un a essayé de me faire poser des gestes sexuels ou de me faire voir des choses sexuelles.					
24. J'ai été maltraité(e).					
25. Je crois avoir été abusé(e) émotionnellement.					
26. Il y avait quelqu'un pour m'amener consulter un médecin lorsque nécessaire.					
27. Je crois avoir été abusé(e) sexuellement.					
28. Ma famille était source de force et de soutien.					

Annexe 2. QFT

No : _____

Âge : _____

Sexe : F / M

Date : _____

À l'aide des énoncés qui suivent, décrivez une expérience de tristesse qui a été très intense pour vous durant votre vie adulte. Choisissez parmi les expériences les plus intenses que vous avez vécues pour identifier comment vous vivez typiquement la tristesse très intense. Commencez en vous rappelant les événements entourant cette expérience de tristesse et tentez de vous remettre en mémoire les détails de votre expérience subjective. Complétez ensuite chaque énoncé en essayant de décrire comment la tristesse s'est présentée pour vous, en identifiant jusqu'à quel point cet énoncé décrit votre expérience sur une échelle de 1 (pas du tout) à 7 (énormément).

Lorsque je vis une tristesse très intense...	Décrit mon expérience :			
	1	2	3	4
	5	6	7	
1. Je n'ai presque plus de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement.	1	2	3	4
	5	6	7	
2. Je deviens triste seulement lorsque je pense à ce qui m'a rendu triste.	1	2	3	4
	5	6	7	
3. J'arrive quand même à vivre de bons moments dans ma journée.	1	2	3	4
	5	6	7	
4. Je sens que mon expérience est tout à fait tolérable.	1	2	3	4
	5	6	7	
5. J'ai tendance à ruminer des idées négatives et à m'inquiéter.	1	2	3	4
	5	6	7	
6. J'ai honte de moi.	1	2	3	4
	5	6	7	
7. J'ai l'impression que je ne mérite pas de vivre.	1	2	3	4
	5	6	7	
8. Je me sens un peu moins triste lorsque je reçois une bonne nouvelle.	1	2	3	4
	5	6	7	
9. J'ai l'impression que les autres me rejettent.	1	2	3	4
	5	6	7	
10. Je pleure plus facilement.	1	2	3	4
	5	6	7	
11. Je vis moins d'émotions positives.	1	2	3	4
	5	6	7	

12. Je suis plus pessimiste que d'habitude.	1	2	3	4
	5	6	7	
13. Je n'arrive pas à sortir de mon sentiment de tristesse.	1	2	3	4
	5	6	7	
14. Je pleure un moment mais ça ne dure pas très longtemps.	1	2	3	4
	5	6	7	
15. J'accepte ma situation.	1	2	3	4
	5	6	7	
16. Je vois ma situation de façon plus réaliste.	1	2	3	4
	5	6	7	
17. Je me dis que c'est normal d'être triste dans ces circonstances.	1	2	3	4
	5	6	7	
18. Je deviens facilement ému(e).	1	2	3	4
	5	6	7	
19. Je réfléchis davantage à moi et à ma situation.	1	2	3	4
	5	6	7	
20. J'analyse mes problèmes plus minutieusement, avec plus de détails.	1	2	3	4
	5	6	7	
21. Je me perçois différemment, j'apprends des choses sur moi.	1	2	3	4
	5	6	7	
22. Je me dis que ma tristesse va passer.	1	2	3	4
	5	6	7	
23. Les larmes me viennent aux yeux plus facilement.	1	2	3	4
	5	6	7	
24. J'ai l'impression d'être davantage en contact avec moi-même.	1	2	3	4
	5	6	7	
25. Je me tourne vers des proches pour avoir du soutien ou de l'aide.	1	2	3	4
	5	6	7	
26. Je me dis que ma tristesse n'est que de la tristesse, qu'elle va passer.	1	2	3	4
	5	6	7	
27. J'abandonne, je sens qu'il n'y a rien à faire.	1	2	3	4
	5	6	7	
28. J'ai de la compassion pour moi.	1	2	3	4
	5	6	7	
29. Je me sens inadéquat(e) et sans valeur.	1	2	3	4
	5	6	7	
30. 76. Je fais moins d'activités qui me font plaisir.	1	2	3	4
	5	6	7	
31. 77. Je me critique.	1	2	3	4
	5	6	7	
32. Je suis en colère contre moi, je m'en veux.	1	2	3	4
	5	6	7	

Annexe 3. RFQ-8

Vous trouverez un certain nombre d'énoncés listés ci-dessous. Lisez chaque énoncé et décidez si vous êtes en accord ou en désaccord, veuillez utiliser l'échelle suivante: le 7 si vous êtes fortement en accord, et le 1 si vous êtes fortement en désaccord. Utilisez le point milieu (le 4) si vous êtes neutre ou indécis.

Fortement								Fortement
En								en
DÉSACCORD								ACCORD
1	2	3	4	5	6		7	

1. Les pensées des gens sont un mystère pour moi.
2. Je sais toujours ce que je ressens.
3. Je ne sais pas toujours pourquoi je fais ce que je fais.
4. Quand je me fâche, je dis des choses sans vraiment savoir pourquoi je les dis.
5. Les sentiments intenses brouillent souvent ma pensée.
6. Quand je me fâche, je dis des choses que je regrette plus tard.
7. Si je manque d'assurance, je peux me comporter d'une manière qui monte les autres contre moi.
8. Parfois, je fais des choses sans vraiment savoir pourquoi.