

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE  
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES  
INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

SESSION D'ÉTÉ 2019

**Maladaptive daydreaming : traumatismes et  
prédisposition à la fantaisie comme facteurs  
de risque**

Mémoire de Maîtrise ès Sciences en Psychologie

Présenté par : Deborah Castiglia

Sous la direction de : Prof. Daniela Jopp

Expert : Prof. Rémy Amouroux

## Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>4</b>
<b>Rêverie et caractéristiques du Maladaptive Daydreaming</b> .....	<b>6</b>
<b>Développement du Maladaptive Daydreaming</b> .....	<b>8</b>
<i>Fantasy proneness</i> .....	8
<i>Maladaptive daydreaming et traumatismes</i> .....	9
Typologie et caractéristiques des traumatismes.....	10
Stratégies de coping .....	12
La fantaisie comme stratégie de coping.....	14
Le maladaptive daydreaming comme conséquence d'un coping mal adapté .....	15
<b>La présente étude</b> .....	<b>16</b>
<b>Résultats</b> .....	<b>22</b>
<i>Descriptions des types de traumatismes et fréquence des traumatismes mentionnés par l'ensemble de l'échantillon</i> .....	22
<i>Traumatismes subis pour la première fois à un âge spécifique et maladaptive daydreaming</i> .....	23
<i>Traumatismes spécifiques et maladaptive daydreaming</i> .....	25
<i>Différents types de traumatismes vécus lors d'une même période du développement et maladaptive daydreaming</i> .....	29
<i>Rôle médiateur de la fantasy proneness sur la relation entre traumatismes et maladaptive daydreaming</i> .....	29
<i>Traumatismes et événements stressants comme amplificateurs de la rêverie- réponses qualitatives</i> .....	33
<b>Discussion</b> .....	<b>42</b>
<i>L'enfance et l'adolescence comme périodes de vulnérabilité pour le développement du MD lors de traumas</i> .....	42
<i>Types de traumas spécifiquement associés au MD</i> .....	43
<i>Accumulation de différents types de traumas et MD</i> .....	46
<i>La fantasy proneness comme facteur de risque supplémentaire au développement du MD lors de traumas</i> .....	46
<b>Limites</b> .....	<b>48</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>50</b>
<i>Pistes d'intervention</i> .....	52
<b>Bibliographie</b> .....	<b>53</b>

## **Remerciements**

Je tiens à remercier la Professeure Daniela Jopp pour son encadrement durant ce mémoire ainsi que pour la transmission de ses connaissances approfondies sur le maladaptive daydreaming et les échanges stimulants qui m'ont accompagnée durant tout mon travail.

J'aimerais aussi remercier Charikleia Lampraki pour sa précieuse aide en statistiques, pour sa disponibilité sans faille ainsi que pour la pertinence de ses conseils.

Je remercie également le Professeur Rémy Amouroux d'avoir accepté d'expertiser ce travail.

## Abstract

L'objectif de cette recherche consiste à examiner si les personnes ayant vécu des événements traumatiques ont tendance à s'immerger dans une forme de rêverie intense devenue pathologique, ici le maladative daydreaming (MD) en utilisant leur prédisposition à la rêverie comme stratégie de coping afin de s'évader d'une réalité douloureuse. Cette étude a été menée sur 447 participants issus de l'étude de Bigelsen, Lehrfeld, Jopp et Somer (2016). Parmi ceux-ci, 336 ont été diagnostiqués MD en utilisant l'échelle MDS (Somer et al., 2016), les 111 personnes restantes ont constitué le groupe contrôle. Pour tester le lien entre traumatismes et MD, il a été question d'explorer trois aspects du traumatisme pouvant amener à de la détresse, dont l'âge d'impact, le vécu de traumatismes spécifiques ainsi que le fait d'avoir été exposé à différents types de traumas pendant une même période du développement. Les résultats indiquent que les MDers sont plus susceptibles d'avoir subi des traumatismes pendant l'enfance et ont montré que l'adolescence est aussi à considérer comme période de vulnérabilité. Les traumatismes les plus associés au MD relèvent de la maltraitance émotionnelle. Cette étude a montré également que la relation entre le vécu de plusieurs traumatismes distincts pendant le développement et le diagnostic MD est médiatisée par la propension à la rêverie (fantasy proneness). Les individus seraient alors plus à risque de développer le MD lorsqu'ils sont confrontés au poids de différents événements traumatiques en mobilisant leur prédisposition à la fantaisie comme stratégie de coping qui, par son utilisation répétée devient mal adaptée, entraînant une souffrance importante.

**Mots clés :** maladative daydreaming, rêverie compulsive, fantasy proneness, traumatismes infantiles, maltraitance, stratégies de coping

## Introduction

*“I usually enjoy my daydreaming very much as the point of daydreaming is to cope with reality (so reality is harder than the dream world). Even though I like it like someone addicted to smoke likes to smoke, on the same way, I dislike it as I know it's holding me from enjoying the real life and having the real things (real friends, real partner, real success). I know this and feel sad and trapped by my own daydreaming. Sometimes I hate it a lot as it's my prison, other times I love my prison because I know that the world out there can damage me too much as I am too sensitive to its cruelty.”*

[(Participant 592)]

Ces dernières années, plusieurs études ont mis en évidence une forme de rêverie pathologique appelée maladaptive daydreaming (MD) ou rêverie compulsive (ex. Somer, 2002 ; Bigelsen, Lehrfeld Jopp & Somer, 2016 ; Bigelsen & Schupak, 2011). Ce construit fait référence à des personnes qui passent une grande partie de leur temps éveillé immergées dans des fantaisies intenses (Bigelsen & Schupak, 2011). Alors qu'elle peut être source de bonheur, cette activité prolongée peut également mener à de la détresse (Somer, Somer & Jopp, 2016a). En effet, les Maladaptive Daydreamers (MDers) témoignent de la difficulté à accomplir leurs tâches quotidiennes ainsi qu'à mener une vie sociale tant leur rêverie occupe une grande partie de leur temps. Étant donné que la rêverie est un phénomène commun, les personnes avec une forme compulsive de rêverie se retrouvent souvent face à l'incompréhension de leur entourage et des professionnels de la santé. Néanmoins, les recherches récentes sur ce phénomène ont participé à sa reconnaissance, permettant à ces individus de mettre des mots sur leur mal-être (Somer et al., 2016a, 2016b).

Cependant, l'étiologie du MD reste encore difficile à déterminer. Compte tenu de l'importance clinique du phénomène, il est important de comprendre de quelle manière le MD se développe afin de mettre en évidence les facteurs de risques dans le but de développer des stratégies d'intervention dans un deuxième temps. Cette étude se concentre sur le traumatisme comme possible déclencheur du MD. En effet, certains MDers, associent le développement de la rêverie excessive au vécu d'évènements traumatisants pendant l'enfance (Somer, 2002 ;

Somer et al., 2016a). Étant donné que les enfants ont des ressources limitées pour faire face à des situations traumatiques (Compas, 1987 ; Fields & Prinz, 1997), les enfants ayant une prédisposition à la fantaisie auraient mobilisé la rêverie comme stratégie de coping, dite aussi d'adaptation, afin de pallier la souffrance induite par leur environnement, à travers l'élaboration d'une réalité alternative (Somer, 2002 ; Somer et al., 2016a). Néanmoins, son utilisation excessive peut contribuer au développement du MD comme pathologie (ex. Bigelsen et al., 2016 ; Somer, 2002 ; Somer & Herscu, 2017 ; Somer et al., 2016a). En se basant sur des données qualitatives, plusieurs études suggèrent une association entre les traumatismes infantiles et le MD (Somer, 2002 ; Somer et al., 2016a), complétées par des études quantitatives plus récentes (Abu-Rayya, Somer & Knane, 2019 ; Somer, Abu-Rayya & Simaan 2019 ; Somer & Herscu, 2017), mais, à ce jour, aucune recherche n'a étudié systématiquement cette relation.

C'est cette association qui a été considérée dans le cadre de ce travail en envisageant trois aspects du traumatisme comme facteurs de risque pouvant pousser les MDers à une utilisation exacerbée de la rêverie : l'âge de son impact, le type ainsi que et que le fait de subir une accumulation de traumatismes différents. En effet, selon la littérature du psychotraumatisme, ce sont des aspects importants à considérer dans l'évaluation de la souffrance induite par des événements de vies critiques (ex. Briere & Scott, 2014 ; Cook et al., 2017). Est-ce ainsi une période particulière à laquelle un traumatisme est subi qui est décisive pour le développement du MD ? Existe-t-il des types de traumatismes spécifiquement liés au MD ? Ou est-ce alors l'accumulation du vécu de différents types de traumatismes qui rend plus vulnérable face au développement du MD ? Grâce à l'analyse détaillée des traumatismes dans le Trauma History Screen (THS, Carlson et al., 2011), ces questions ont pu être explorées. Cette étude a été complétée par l'analyse des témoignages écrits des MDers spécifiant que leur rêverie est devenue compulsive suite à des événements traumatiques. Dans le contexte de ces trois aspects, il a été tenté d'établir si une prédisposition à la rêverie, étudiée sous le prisme de la fantasy pronenes (Wilson & Barber, 1981), trait reflétant la capacité à l'immersion profonde dans la fantaisie, est un facteur de risque qui augmenterait la probabilité de développer un MD lors de traumatismes.

## **Rêverie et caractéristiques du Maladaptive Daydreaming**

La rêverie (daydreaming) est une activité mentale normale et adaptée occupant la moitié des pensées (Kilingsworth & Gilbert ; 2010 ; Klinger, 2009 ; Singer, 1966). La rêverie inclut le mindwandering, ou errance de la pensée, un phénomène commun faisant référence à des situations dans lesquelles des pensées auto-générées et spontanées provoquant une distanciation de l'activité en cours (ex. Klinger, 1971 ; Singer, 1966 ; Smallwood & Schooler, 2006). Les fonctions de la rêverie sont diverses comme la simple distraction face à l'ennui, mais également la résolution de problèmes orientée vers des buts liés à des préoccupations personnelles et organisationnelles (Klinger, 1990 ; Smallwood & Schooler 2006). La rêverie peut également faire référence à la fantaisie, décrite par Klinger (1971) comme des histoires fictives créées par un sujet uniquement pour son propre plaisir (traduction libre, p. 6). Le contenu de la fantaisie est alors plus développé que le mindwandering et occuperait une portion plus faible des pensées (Klinger, 1990). Chez certaines personnes, cette forme de rêverie peut devenir intense et provoquer de la détresse (Bigelsen et Schupak, 2011).

C'est en 2002 qu'est publiée la première étude faisant référence à un fonctionnement pathologique liée à la rêverie (Somer). Dans sa pratique clinique, Somer remarque que six patients souffrent du temps passé dans des rêveries élaborées et profondes qu'ils déclenchent et maintiennent par des mouvements répétitifs. Le terme maladaptive daydreaming (MD) ou rêverie compulsive est alors introduit pour désigner une activité de rêverie prolongée qui remplace l'interaction humaine et/ou interfère avec le fonctionnement académique, interpersonnel ou professionnel. (Somer, 2002, traduction libre, p. 199). Des études supplémentaires ont permis d'avoir accès aux caractéristiques de ces rêveries prolongées et à la souffrance inhérente à cette activité (ex. Bigelsen, et al., 2016 ; Bigelsen et Schupak, 2011 ; Somer et al., 2016a, 2016b). Il existe une grande variabilité interpersonnelle quant au contenu des rêveries, mais celles-ci en ont en commun d'être extrêmement détaillées. Certains MDers orientent leurs rêveries vers une version idéalisée de soi et une vie meilleure dans laquelle ils peuvent expérimenter la gloire ou une vie amoureuse et familiale épanouie (Bigelsen et al., 2016 ; Bigelsen & Schupak, 2011 ; Somer et al., 2016b). D'autres rapportent avoir des rêveries construites

sur le même modèle qu'une série télévisée avec une évolution temporelle des personnages. Ces récits élaborés peuvent se développer dans un monde contemporain ou alors dans des mondes médiévaux ou empruntés à la science-fiction. (Bigelsen et al., 2016 ; Bigelsen et Schupak, 2011 ; Somer et al., 2016b). Des composantes sensorielles vives sont associées à la rêverie permettant aux MDers d'expérimenter un panel riche d'émotions (Somer et al., 2016b). La qualité hautement distrayante des rêveries les amène alors à passer entre 44 et 69 % de leur temps éveillé à rêver (Bigelsen et al., 2016 ; Bigelsen et Schupak, 2011 ; Jopp, Dupuis, Somer, Hagani & Herscu, 2018). Par conséquent, la majorité des MDers se disent handicapés par l'aspect chronophage et addictif de la rêverie, compromettant leurs activités quotidiennes, mais également leur vie sociale (Bigelsen et Schupak, 2011). Les MDers rapportent alors avoir honte du temps consacré à la rêverie et cachent leur comportement à leur entourage de peur d'être incompris (Bigelsen & Schupak, 2011 ; Somer et al., 2016a). Suite à la publication online des travaux sur le MD, de plus en plus de personnes se sont manifestées, se reconnaissant dans la description de ce fonctionnement (Bigelsen & Schupak, 2011 ; Somer et al., 2016a, 2016b). Une des préoccupations majeures des MDers est de soulager la souffrance induite par la fantaisie décrite comme addictive (Somer et al., 2016a, 2016b). Malgré une recherche d'aide active, leur souffrance n'a pas été reconnue, car les professionnels de la santé mentale ont tendance à normaliser leur rêverie ou à proposer des diagnostics erronés (ex. schizophrénie) et des traitements inadaptés (Bigelsen et Schupak, 2011, Somer et al., 2016a ; 2016b). Il était donc primordial de poursuivre les recherches afin de répondre à la détresse de ces personnes.

La création de la Maladaptive Daydream Scale (MDS ; Somer, Bigelsen, Lehrfel & Jopp, 2016) a fortement contribué à la reconnaissance du MD et a permis de le valider comme construit à part entière. En plus du score total, cette échelle met en avant trois facteurs liés à l'expérience du MD : le désir ardent à la rêverie (*Yearning*), l'impact du MD sur le fonctionnement de l'individu (*Impairment*) et l'activité kinesthésique qui y est associée (*Kinesthesia*). Parallèlement, les mêmes auteurs ont mené la première étude comparative entre MDers et une population contrôle permettant de différencier systématiquement MDers et non-MDers. (Bigelsen et al., 2016).



## **Développement du Maladaptive Daydreaming**

La compréhension de l'étiologie du MD est importante pour le développement de stratégies d'intervention, mais reste encore incertaine à ce jour. L'article publié par Somer et collègues (2016a) à la suite d'entretiens approfondis avec 16 MDers a permis de mettre en avant les antécédents et les aspects du développement de la rêverie compulsive, ainsi que ses facteurs de maintien. Une caractéristique importante partagée par les MDers est qu'ils ont le souvenir d'avoir la capacité de s'immerger dans des mondes imaginaires riches depuis qu'ils sont enfants (Somer et al., 2016a).

### ***Fantasy proneness***

La faculté innée à la rêverie fantaisiste dont disposeraient les MDers fait écho au construit de fantasy proneness (FP), que l'on pourrait traduire par la propension ou prédisposition à la fantaisie, développée par Wilson et Barber (1981). La population qu'ils décrivent possède la capacité de s'immerger de manière extrême dans une fantaisie interne, fruit de leur propre création. Ces personnes dépeignent leurs rêveries comme si elles étaient réelles, très détaillées, à tel point qu'elles sont capables d'investir des modalités sensorielles et rapportent passer au moins la moitié de leur temps éveillé immergés dans la fantaisie (Wilson & Barber, 1981). Étant donné que la recherche de Wilson et Barber (1981) comporte un biais important du fait que la population sélectionnée est exclusivement composée de femmes universitaires, Lynn et Rhue (1986) ont entrepris une longue série d'études afin de valider le construit sur une population mixte et d'origines socio-culturelles variées. La fantasy proneness est alors présentée comme un trait de personnalité, normalement distribué, s'étendant sur un continuum dont les sujets décrits se trouvent à l'extrémité supérieure (Lynn & Rhue, 1986 ; Rhue & Lynn, 1987 ; Merckelbach, Horselenberg & Muris, 2001).

Bien que le MD et la FP partagent des similarités, il est important de les distinguer. En effet, la population FP éprouve de la difficulté à différencier les expériences relevant du réel ou de la fantaisie, contrairement aux MDers pour qui le lien à la réalité n'est pas engagé (Bigelsen & Schupak, 2011 ; Somer, 2002). L'étude sur la validation du MDS (Somer et al., 2016) permet également de le confirmer étant donné que les MDers ont des scores plus élevés au Creative

Experiences Questionnaire mesurant la FP (CEQ ; Merckelbach et al., 2001), mais uniquement aux questions ayant trait à la fantaisie, et non pas aux questions portant sur les expériences paranormales. Bien que Wilson et Barber (1981) décrivent leur population comme étant « fantasy addict », les sujets FP ne rapportent pas de détresse liée à leur activité fantasmagorique, contrairement aux MDers. Somer et collègues (2016a) attirent l'attention sur le fait que ces deux construits ne doivent pas être confondus, car la FP est à considérer comme un trait prédisposant alors que le MD est à appréhender comme une pathologie. En effet, les auteurs soulignent que la prédisposition à la rêverie n'est pas suffisante au développement du MD, car elle peut mener à une rêverie intense mais non-pathologique, à l'image des personnes y trouvant un bénéfice créatif (Somer et al., 2016).

### ***Maladaptive daydreaming et traumatismes***

Une voie particulière de développement apparaît alors dans les études faites sur le MD. En effet, certains MDers disent avoir toujours été imaginatifs mais que leur rêverie est devenue excessive suite à des événements traumatiques subis pendant l'enfance. La première étude sur le MD relate ainsi le cas de six personnes ayant vécu des abus infantiles et ayant grandi dans la solitude. Les participants reconnaissent avoir trouvé du réconfort en s'immergeant dans la rêverie (Somer, 2002). Les entretiens qualitatifs ( $N=16$ ) menés par Somer et collègues (2016a) mettent également en évidence des personnes ayant mobilisé la rêverie afin de palier une réalité menaçante suite à des événements aversifs pendant l'enfance. Ces personnes semblent alors avoir développé le MD comme stratégie de coping (Somer, 2002 ; Somer et al., 2016a). Ces témoignages pourraient ainsi suggérer que le traumatisme a fait office de déclencheur. Par ailleurs, une étude quantitative récente menée sur un échantillon plus large ( $N=315$ ) a permis de mettre en avant les traumatismes infantiles comme possibles précurseurs du MD. Néanmoins, dans l'étude de Bigelsen et Schupak (2011), seuls 27% des participants reportent avoir subi des événements traumatiques. L'étude de Bigelsen et collègues (2016) n'a pas trouvé des différences significatives en comparant les sommes des traumatismes arrivés pendant l'enfance entre MDers et non-MDers : 57 % des MDers rapportent avoir vécu un traumatisme contre 52 % des non-MDers. Les résultats de ces études

suggèrent alors que le traumatisme n'est pas un prérequis du MD et qu'il existe d'autres voies de développement (Bigelsen & Schupak, 2011 ; Bigelsen et al., 2016). Cependant, l'écart entre les résultats des entretiens et des données quantitatives laisse supposer que ces dernières n'ont pas pris en compte le phénomène dans son entier. Bien que l'étude de Bigelsen et collègues (2016) évalue un panel large de traumatismes grâce au Trauma History Screen (THS ; Carlson et al., 2011), la somme des traumatismes utilisée comprend uniquement les événements explicitement catégorisés par le questionnaire comme étant arrivés pendant l'enfance (i.e. abus sexuel, violence physique et maladie chronique). Or, d'autres traumatismes infantiles peuvent également mener à de la détresse. Des études plus récentes menées sur des échantillons cliniques ont montré des taux élevés de MD chez des personnes victimes d'abus sexuels (Abu-Rayya et al., 2019), mais également chez des personnes ayant subi de la négligence émotionnelle (Somer et al., 2019).

Afin de mieux comprendre comment les personnes ont pu développer le MD suite à des événements traumatiques, il est important d'explorer plus en détail la théorie concernant le traumatisme et les stratégies de coping.

### ***Typologie et caractéristiques des traumatismes***

L'American Psychiatric Association définit dans le *DSM-5* un événement traumatique comme une exposition directe ou indirecte à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles (American Psychiatric Association [APA], 2013). Il est à souligner que cette définition ne prend pas en compte les événements pouvant être très bouleversants n'impliquant pas une menace de mort ou de lésions corporelles, comme par exemple la maltraitance émotionnelle (Briere & Scott, 2014 ; Pai, Suris & North, 2017). Dans le cadre de ce travail une définition plus large a été privilégiée et nous avons considéré comme traumatiques et stressants des événements excédant les ressources internes de l'individu et produisant une détresse psychologique durable (Briere & Scott, 2014, traduction libre, p.10).

Il est bien connu que l'expérience d'événements de vie traumatiques est un facteur de risque pour le développement de psychopathologies (ex. Kessler et al., 2010). L'incidence est encore plus importante lorsque les traumatismes surviennent pendant l'enfance et l'adolescence, ayant comme résultat le

développement de psychopathologies pouvant persister à l'âge adulte, telles que la dissociation, la dépression, des troubles anxieux ou encore des abus de substances (Cicchetti & Torth, 2005 ; Jaffee, 2017). L'évaluation détaillée des évènements traumatiques est un défi délicat mais nécessaire, afin de mieux comprendre la souffrance qui y est associée (Carlson et al., 2011)

Selon les résultats *World Mental Health Survey* de 2010, la plus haute prévalence de psychopathologies à la suite d'un traumatisme réside chez les personnes ayant subi de la maltraitance infantile (Kessler et al., 2010). Cette catégorie regroupe la violence physique, l'abus sexuel, la négligence, ainsi que la maltraitance émotionnelle qui contrecarre les besoins émotionnels fondamentaux de l'enfant (Cicchetti & Toth, 2005). Cette dernière peut être active (abus émotionnel) et / ou passive (négligence émotionnelle) (Taillieu, Brownridge, Sareenb & Afifi, 2016). L'exposition à de la violence interparentale peut également être considérée comme de la maltraitance (Somer & Braunstein, 1999). Ces traumatismes font cas de violences interpersonnelles, mais d'autres types de traumatisme existent tels qu'avoir un accident ou d'en être témoin, vivre la perte soudaine d'un être cher, être victime d'une catastrophe naturelle ou même être atteint de maladie chronique (Carlson et al., 2011).

Dans le cas de violences interpersonnelles, la relation à l'agresseur a son importance étant donné que la majorité des violences subies pendant l'enfance sont perpétrées par des membres de la famille (Cook et al., 2017). Étant donné que l'attachement sécure est compromis, ceci a pour résultat une détresse profonde, car les besoins émotionnels de base de l'enfant ne sont pas remplis (Cook et al., 2017).

Un autre facteur pouvant aggraver la souffrance de l'individu concerne le nombre d'évènements traumatiques et stressants subis. Dans le champ d'étude du psychotraumatisme, une distinction est opérée au sein de la fréquence de traumatismes. D'une part avec les traumas dits « simples » qui concernent des évènements uniques, arrivés soudainement avec un commencement et une fin délimités, comme par exemple un accident, une catastrophe naturelle ou une agression (Briere & Scott, 2014). D'autre part avec les traumas « complexes » qui font référence au vécu de traumatismes multiples et prolongés (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005). Ils peuvent concerner le vécu d'un traumatisme spécifique dans la durée, comme des abus sexuels répétés

pendant l'enfance, mais aussi le vécu de traumatismes distincts sur une même période (Briere, Kaltman & Green, 2009 ; Cloitre et al., 2009). Il est fréquent que les personnes ayant un passé traumatique rapportent une accumulation d'évènements de vie critiques (Kessler, 2000). Les conséquences sociales, comportementales et économiques d'un traumatisme peuvent ainsi augmenter le risque de vivre à nouveau des évènements de vie négatifs (Briere & Scott, 2014). L'accumulation des traumatismes est significativement associée à la psychopathologie et à l'inadaptation sociale (Cloitre et al., 2009). L'impact serait plus important pour les traumatismes concomitants que l'exposition répétée d'un trauma particulier (Briere et al., 2008 ; Cloitre et al., 2009). Cela s'applique particulièrement aux personnes victimes de violences interpersonnelles qui sont plus à risque de cumuler ce genre de traumatismes (Briere & Scott, 2014).

### ***Stratégies de coping***

Pour pallier l'environnement aversif et la détresse émotionnelle, l'individu va mobiliser des stratégies de coping pour s'adapter. Lazarus et Folkman (1984) définissent le coping comme étant des efforts cognitifs et comportementaux en constante évolution afin de gérer des exigences externes et/ou internes spécifiques considérées comme éprouvantes ou dépassant les ressources de la personne (traduction libre, p. 141). La littérature sur le sujet distingue généralement deux types de coping : les stratégies centrées sur le problème et les stratégies centrées sur l'émotion. Pour le coping centré sur le problème, les efforts sont mis en place dans le but d'agir directement sur l'élément stressant comme, par exemple, trouver des solutions pour résoudre le problème (Lazarus & Folkman, 1984). C'est un type de coping considéré comme étant « actif » (Roth & Cohen, 1986). Le coping centré sur l'émotion va porter sur l'apaisement de l'émotion désagréable ; les efforts seront orientés vers la régulation émotionnelle en faisant des efforts pour reconsidérer la source de stress ou alors en l'évitant (Lazarus & Folkman, 1984). Les stratégies centrées sur l'émotion peuvent être actives, mais cette forme de coping est souvent associée à l'évitement de la source de stress (Holahan & Moos, 1987 ; Roth & Cohen, 1986). La stratégie de coping adoptée va dépendre de l'évaluation que le sujet fait de la situation pour s'adapter de la meilleure manière possible (Lazarus & Folkman, 1984). La notion de contrôle intervient alors dans la mobilisation

du style de coping et de son efficacité. Le coping centré sur l'émotion sera plus pertinent face à une situation incontrôlable ou face à l'accumulation d'évènements stressants, comme stratégie d'ajustement en réduisant la détresse qui y est associée (Holmes & Stevenson, 1990).

Les ressources personnelles (ex. personnalité, confiance en soi) et sociales (ex. famille) vont également influencer le processus ( Moos & Holahan, 2003). Selon Moos et Holahan (2003), la valeur adaptative des différentes habiletés de coping dépend de l'interaction entre les ressources personnelles et sociales et les exigences d'une situation particulière (traduction libre, p. 1396). Les ressources sociales peuvent ainsi renforcer les efforts mis en place en offrant un appui émotionnel qui entrainerait une meilleure confiance et estime de soi. De plus, elles peuvent soutenir la personne de manière plus pratique en apportant conseil dans l'évaluation du danger et la mise en place de stratégies d'adaptation (Holohan & Moos, 1987, Moos & Holahan, 2003). Lors d'expériences traumatiques, le soutien social peut alors être considéré comme une variable atténuante ou protectrice. Cependant, ce sont généralement les personnes ayant vécu un traumatisme qui en bénéficient le moins (Jaffee, 2017).

Compte tenu que les stratégies de coping ont été principalement étudiées sur une population adulte, une attention particulière doit être portée à la compréhension des mécanismes mis en place pendant l'enfance et l'adolescence (Compas, 1987). Alors que les adultes ont généralement accès à une gamme variée de stratégies d'adaptation (ex., reconsidérer le problème, planifier sa résolution, recherche de support social pratique et/ou émotionnel, se tourner vers la religion [voir Carver, Scheier & Weintraub, 1988]), cela n'est pas encore le cas à un âge plus jeune. En effet, les enfants et les adolescents ne possèdent pas un répertoire varié de coping, ce dernier étant limité par des aspects du développement cognitif, en plus du fait que les enfants n'ont pas acquis l'expérience et la compréhension suffisante pour faire face au stress (Compas, 1987 ; Fields & Prinz, 1997). Lors d'évènements de vie critiques, les enfants et les adolescents sont d'autant plus vulnérables, car en plus du fait qu'ils n'ont pas les stratégies suffisantes pour y faire face, les problèmes auxquels ils sont confrontés comprennent une grande inégalité pour la victime (Cicchetti & Toth, 2005 ; Compas, 1987). En effet, ce sont des situations pour lesquelles ils n'ont aucun contrôle étant donné qu'ils ont affaire soit avec des adultes ou alors à un groupe,

comme dans le cas dans des situations d'intimidation par les pairs (Benner, Hou & Jackson, 2019 ; Compas, 1987). De plus, étant donné que la survie de l'enfant repose sur un adulte, il est d'autant plus important de se focaliser sur l'environnement social afin de saisir au mieux les stratégies d'adaptation de l'enfant et de l'adolescent (Compas, 1987 ; Fields & Prinz, 1997).

### ***La fantaisie comme stratégie de coping***

N'ayant pas un répertoire de stratégies de coping varié dû à leur développement et sans environnement social soutenant, les enfants et les adolescents peuvent se tourner vers des stratégies plus accessibles comme la rêverie à des fins d'apaisement face à un événement traumatique (Bryant, 1995). La rêverie peut alors être considérée comme une stratégie de coping relevant de l'évitement d'émotions négatives (Bacon & Charlesford, 2018). Il a été constaté chez les personnes hautement « fantasy prone » que la capacité à s'immerger intensément dans la rêverie avait été développée suite à des événements traumatiques arrivés pendant l'enfance (Wilson & Barber, 1981). Certains décrivent avoir été seuls et isolés, ce qui les a poussés à se créer un monde de compagnons imaginaires afin de compenser leur solitude, alors que d'autres reportent s'être réfugiés dans leur monde interne après avoir vécu des maltraitances (Wilson & Barber, 1981). Dans l'étude comparative de Rhue et Lynn (1987), les personnes FP ont non seulement reporté plus souvent avoir été victimes de violence pendant l'enfance, mais ont également eu tendance à avoir subi des abus plus sévères et plus fréquents en comparaison aux groupes contrôles. Il a également été montré que les scores de FP étaient plus élevés chez des individus ayant vécu de la maltraitance infantile (Rhue, Lynn, Henry, Buhk, & Boyd, 1990 ; Rauschenberger & Lynn, 1995). Dans le cas des MDers, l'attrait pour un monde interne riche aurait pu se développer et devenir encore plus important lorsqu'un enfant avec une prédisposition à la fantaisie fait face à des traumatismes pendant l'enfance et l'adolescence. Ainsi, plus l'événement affecte émotionnellement l'enfant et ses besoins d'attachement, plus l'envie de s'immerger dans un monde issu de sa propre création sera forte (Somer et al., 2016a). Le refuge dans une réalité alternative devient alors une source primordiale de subsistance émotionnelle, lorsque les besoins de base ne sont pas rencontrés (Somer et al., 2016a).

### ***Le maladaptive daydreaming comme conséquence d'un coping mal adapté***

Alors que l'utilisation de la fantaisie comme stratégie de coping était adaptée pendant l'enfance des MDers compte tenu de ses vertus apaisantes, elle est devenue source de souffrance, n'étant plus adéquate pour le fonctionnement de l'adulte. C'est ainsi que le décrit la participante NO (Somer et al., 2016a) : « C'est séduisant. Et un jour, j'ai réalisé que ce qui devait m'aider m'avait piégé et que je ne pouvais plus m'arrêter [...] » (traduction libre, p. 5). Les recherches ont montré une corrélation positive entre les stratégies de coping centrées sur l'évitement de l'émotion désagréable et le mal-être psychologique (Billing & Moos, 1981). En effet, les stratégies d'évitement seraient plutôt efficaces sur le court terme et à un stade précoce de la période stressante étant donné que les ressources de l'individu, particulièrement chez l'enfant, ne seraient pas suffisantes sur le moment pour faire face de manière active aux sources de stress. (Compas, 1987 ; Lazarus & Folkman, 1984). Cependant, une adaptation efficace repose sur la souplesse et le changement et, par conséquent, une stratégie particulière sera inadaptée lorsqu'elle est utilisée pour toutes les situations de stress (Compas, 1987). L'utilisation exacerbée de la rêverie par des enfants et des adolescents démunis aurait pu alors entraver le développement d'autres stratégies de coping.

Pour les MDers, l'envie de s'immerger dans la rêverie peut avoir comme conséquence un retrait des activités quotidiennes et sociales qui, à son tour, créera tension et solitude qui seront compensées par l'utilisation encore plus importante de la rêverie. Ainsi, la solitude serait à la fois la cause et la conséquence de leur MD (Soffer-Dudek & Somer, 2018 ; Somer & Herscu, 2017 ; Somer et al., 2016a). Les MDers disent alors être enlisés dans un cercle vicieux aggravant leur souffrance (Somer et al., 2016a). Un mécanisme similaire peut être retrouvé dans les pathologies obsessionnelles-compulsives et addictives (Soffer-Dudek & Somer, 2017 ; Somer & Herscu, 2017 ; Somer et al., 2016a). Les éléments présentés suggèrent alors que la prédisposition à la fantaisie, représentée par la FP dans ce travail, pourrait être un facteur de risque supplémentaire pour le développement du MD lorsque la personne doit faire face à des événements traumatiques.



## La présente étude

Durant ces dernières années, les études sur le maladative daydreaming ont mis en évidence que la rêverie compulsive peut être considérée comme une psychopathologie (ex. Bigelsen et al., 2016 ; Somer et al. 2016 ; 2017). A ce jour, son étiologie reste pourtant vague. Différentes recherches ont établi une relation entre traumatisme et développement du MD (Somer 2002 ; Somer et al., 2016a). Les témoignages relatés dans Somer (2002) et Somer et collègues (2016a) montrent que certaines personnes auraient développé le MD suite au vécu d'expériences traumatiques pendant l'enfance. L'immersion profonde dans la rêverie a alors été une ressource pour échapper à la souffrance induite par ces événements. Néanmoins, l'étude quantitative de Bigelsen et collègues (2016) n'a pas montré de différences significatives dans la distribution des traumatismes entre MDers et non-MDers, signifiant qu'il existe d'autres voies du développement du MD. Cependant, la différence quant au vécu traumatique entre le témoignage des personnes MD et les résultats quantitatifs, laisserait supposer que ces derniers ne rendent pas compte de l'ensemble de l'expérience vis-à-vis du développement du MD, nécessitant des analyses plus approfondies.

Selon la littérature examinée et en reprenant l'hypothèse initiale de Somer (2002) selon laquelle le MD a pu être mobilisé comme stratégie de coping à la suite d'évènements traumatiques, ce travail propose d'étudier d'avantage le rôle du traumatisme dans la mise en place du MD grâce aux données récoltées dans le Fordham Questionnaire (Bigelsen et al., 2016). Il s'agit ici d'explorer de manière approfondie les expériences aversives en extrayant de manière inédite les traumatismes récoltés grâce au Trauma History Screen (THS ; Carlson et al., 2011). Ainsi, en plus de prendre en considération l'impact émotionnel, composante importante dans le vécu traumatique et des stratégies développées pour y faire face, il a été possible de répartir les traumatismes arrivés pour la première fois à trois moments du développement différents (enfance, adolescence, âge adulte). Ceci a l'avantage d'investiguer la période développement du MD, la littérature s'accordant sur le fait que l'âge d'apparition d'un traumatisme a une influence sur le développement de psychopathologies. De plus, il a été question d'explorer si le nombre de traumatismes différents vécus sur une certaine période augmente la vulnérabilité des MDers, les poussant

d'avantage à mobiliser la rêverie. Par ailleurs, une partie de ce travail a pour but de mettre en évidence des traumatismes qui seraient spécifiquement associés au MD. Enfin, l'analyse des récits qualitatifs des personnes MD ayant reporté que leur rêverie est devenue excessive suite à un traumatisme a permis d'apporter des informations complémentaires aux analyses quantitatives.

Considérant que le traumatisme, sans être une condition nécessaire, peut augmenter la probabilité de développer le MD, les hypothèses suivantes ont été testées :

1. Les MDers ont plus de probabilité que les non-MDers de rapporter avoir vécu au moins un traumatisme pour la première fois pendant l'enfance ou l'adolescence.
2. Les MDers ont subi plus de traumatismes différents pendant l'enfance et l'adolescence que les non-MDers.
3. Le MD est spécifiquement associé à des traumatismes liés à la maltraitance infantile physique, sexuelle et émotionnelle ainsi qu'au fait d'avoir été témoin de violences familiales.

Le fait que les études quantitatives n'expliquent pas une association directe entre MD et traumatisme peut également laisser supposer que la relation est médiatisée. Plusieurs études sur le MD (ex. Somer, 2002 ; Somer et al., 2016a) font allusion à une capacité innée à la rêverie pouvant être développée afin d'être utilisée comme stratégie de coping, mais ce lien n'avait pas encore été testé empiriquement. Il a été question d'investiguer si les personnes ayant une prédisposition à la fantaisie, mesurée à travers la fantasy proneness ( Rhue et Lynn, 1986 ; Wilson & Barber), sont plus à risque de développer un MD lorsqu'elles sont confrontées à un traumatisme, étant donné qu'elles auraient une tendance accrue à s'immerger dans la rêverie pour échapper à réalité menaçante. Ainsi, le traumatisme ne serait pas une condition nécessaire pour développer le MD, mais le risque d'être MD est plus élevé s'il existe une prédisposition à la fantaisie :

4. Les personnes ayant vécu plusieurs traumatismes distincts pendant l'enfance ou l'adolescence ont plus de probabilités de développer des hauts scores de FP et d'être diagnostiquées MD.

## Méthodes

### Participants et recrutement

L'échantillon de cette étude est issu du Fordham Study Questionnaire utilisé dans l'étude de Bigelsen et al. (2016). En total, l'échantillon comporte 447 participants dont 347 femmes, 96 hommes, 2 personnes transgenre et 2 participants qui ne se sont pas identifiés. Concernant la tranche d'âge des participants, celle-ci s'étend de 13 à 78 ans ( $M=30.08$ ,  $SD=13.94$ ). L'échantillon est international, les participants provenant de 45 pays différents dont notamment les États-Unis (46%), l'Angleterre (14%) et l'Australie (12%) qui sont les pays les plus représentés dans l'étude. Le recrutement des participants MD a été fait sur internet grâce à une annonce publiée sur des espaces de discussion dédiés au MD, à la psychologie et ainsi qu'à la santé mentale. La population contrôle a été recrutée par la méthode d'échantillonnage dite « boule de neige ». Les participants ont alors été contactés par les chercheurs ainsi que par les MDers en mobilisant leur réseau professionnel et social (Bigelsen et al., 2016). La Maladaptive Daydreaming Scale (MDS ; Somer et al., 2016) offre deux possibilités pour repérer les MDers : une question grâce à laquelle les participants peuvent s'auto-identifier MDer ou alors l'utilisation d'un score seuil comme moyen de diagnostiquer les personnes ayant un MD d'importance clinique ( $MDS \geq 25$ ). Dans cette présente étude, il a été choisi de circonscrire la population MD de manière objective grâce à ce score. De cette manière, 336 personnes soit 75.2% de l'échantillon représentent la population des Maladaptive Daydreamers (MDers). L'autre partie des participants n'ayant pas été diagnostiquée comme MD concerne 111 personnes soit 24.8% de l'échantillon (non-MDers), représentant ainsi le groupe contrôle.

### Mesures

Le Fordham Study Questionnaire contient des questions démographiques regroupant l'âge, le genre, l'éducation, le pays d'origine, des questions portant sur différents diagnostics psychopathologiques, des questions qualitatives sur le MD et comporte également d'autres échelles de mesure. Voici les échelles utilisées dans ce travail :

### ***Maladaptive daydreaming Scale (MDS-14)***

La Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-14 ; Somer et al., 2016) est une échelle auto-reportée contenant 14 items mesurés avec une échelle de Likert de 1 à 10, mesurée en pourcentages (0% = *Jamais/Pas du tout* ; 100% = *Tout le temps/En quantité extrême*). Les participants doivent répondre à des questions telles que : « A quel point est-ce difficile de garder vos rêveries sous contrôle ? » Le questionnaire mesure un score total de MD ainsi que le score des trois facteurs inhérents à l'expérience du MD : *Yearning*, *Kinesthesia* et *Impairment*. La cohérence interne de l'échelle est forte avec un Alpha de Cronbach de .95. Aussi, Somer et collègues (2016) ont montré que le statut « MD » peut être déterminé avec sensibilité et spécificité grâce au score seuil de 25 ou plus à la MDS.

### ***Creative Experiences Questionnaire (CEQ)***

Le Creative Experience Questionnaire (CEQ ; Merckelbach et al., 2001) est un questionnaire auto-reporté de 25 items comportant une bonne cohérence interne ( $\alpha = .72$ ) ainsi qu'une bonne stabilité test-retest dérivée des caractéristiques de la fantasy proneness (FP) ou propension à la fantaisie, décrites par Wilson et Barber (1981). Les items évaluent l'implication profonde dans la fantaisie, les antécédents du développement de la propension à la fantaisie et les conséquences de celle-ci. Les sujets répondent par « oui » (= 1) ou « non » (= 0) à des énoncés comme : « Lorsque j'étais enfant, je pensais que les poupées, les ours et les animaux en peluche avec lesquels je jouais étaient des êtres vivants » ou encore : « Beaucoup de mes fantaisies sont d'une intensité réaliste ». Un score total est obtenu à partir de la somme de toutes les réponses. Des scores élevés indiquent des niveaux plus hauts de propension à la fantaisie.

### ***Traumatic History Scale (THS)***

Le Traumatic History Screen (THS ; Carlson et al., 2011) est un questionnaire auto-reporté évaluant de manière brève l'exposition à des événements potentiellement traumatisants. Le questionnaire regroupe 13 événements tels que la violence physique ou sexuelle subies pendant l'enfance et/ou à l'âge adulte, mais également des traumatismes tels que des accidents de la route, des catastrophe naturelles ou la perte soudaine d'un proche. Les

participants répondant par l'affirmative (= 1) ou la négative (= 0) pour chaque item.

Dans un deuxième temps, les sujets ont la possibilité d'indiquer parmi les événements mentionnés dans la première partie lesquels les ont troublés émotionnellement et de sélectionner l'âge auquel l'évènement a été subi pour la première fois (i.e. 0-9 ans ; 10-19 ans ; 20 ans et plus). Dans cette étude, les traumatismes identifiés comme ayant impacté émotionnellement les participants ont été extraits et regroupés en trois groupes d'âge. L'avantage de cette nouvelle répartition plus détaillée des traumatismes est qu'elle permet d'investiguer les traumatismes ayant impacté psychologiquement les participants et de comparer les groupes d'âge. La somme des traumatismes a pu être calculée pour trois groupes d'âge : d'une part les traumatismes subis pour la première fois pendant l'enfance (entre 0-9 ans), pendant l'adolescence (10-19 ans) et à l'âge adulte (dès 20 ans). La somme totale des événements des trois groupes a également été calculée. A partir de ces sommes, des variables dichotomiques ont été créés (p. ex., 1 = *au moins un traumatisme subi pour la première fois entre 0 et 9 ans*, 0 = *pas de traumatisme subi pendant l'enfance*).

### ***Évènements liés au développement du maladaptive daydreaming-mesures qualitatives***

Afin d'explorer d'avantage les traumatismes et les événements stressants ayant participé au développement du MD, une approche qualitative a été utilisée afin de compléter les données du questionnaire. Plus précisément, la question suivante a été analysée : « Y a-t-il eu des circonstances difficiles ou des événements traumatisants qui se sont produits au moment où vous avez l'impression que la rêverie est devenue excessive pour la première fois ? Si oui, veuillez décrire. » Bien que la question s'adresse aux personnes concernées par le MD, seules les réponses des personnes identifiées grâce au score seuil ont été retenues ( $n = 144$ ). Les réponses des participants ont été analysées utilisant la méthode s'inspirant de la méthode de codage dit « ouvert » proposée par Glaser et Strauss (1967). Dans un premier temps, il a été question de parcourir les réponses des participants en prenant note des traumatismes récurrents. Dans un deuxième temps, les traumatismes ont été codés systématiquement selon la

catégorie à laquelle ils semblent appartenir. Ensuite, les catégories de traumatismes semblables ont été regroupées sous des catégories plus larges. Afin de faciliter la lecture de ce travail, les noms finaux des catégories s'inspirent du THS (Carlson, 2011). Finalement, des extraits de récits ont été sélectionnés afin d'illustrer les différents traumatismes et les caractéristiques récurrentes de leurs témoignages.

### **Analyses**

Toutes les analyses statistiques ont été conduites sur le logiciel SPSS version 24.0 (IBM Corp., 2016). Dans une première partie, afin de vérifier les hypothèses initiales selon que les traumatismes ont un lien avec le MD, des tests du chi-carré d'indépendance ont été utilisés en appliquant la correction de continuité de Yates qui compense la surestimation de la valeur du chi-carré lorsqu'il est utilisé avec un tableau 2 par 2 (Pallant, 2011). Les différences entre MDers et non-MDers concernant la somme des traumatismes distincts subis durant une même période ont été calculées à l'aide de t-tests. Dans le but d'investiguer si le développement du MD suite au vécu d'évènements traumatiques peut être médiatisé par la fantasy proneness, des régressions logistiques ont été conduites en faisant au préalable des corrélations de Pearson afin de sélectionner les variables du modèle. Enfin, la question qualitative a été analysée en utilisant la méthode d'analyse thématique de Glaser & Strauss (1967) et en calculant les pourcentages des traumatismes mentionnés.

## Résultats

### *Descriptions des types de traumatismes et fréquence des traumatismes mentionnés par l'ensemble de l'échantillon*

Les fréquences regroupées dans le Tableau 1 concernent les traumatismes issus du THS (Carlson, 2011) ayant impacté émotionnellement les sujets de cette étude. Dans l'ensemble de l'échantillon, le traumatisme le plus souvent mentionné concerne le fait d'avoir été négligé émotionnellement (p. ex., se sentir mal aimé) ou d'avoir été émotionnellement maltraité sur le plan émotionnel (p. ex. critiqué, blâmé, insulté, ridiculisé) avec 47.6% ( $n = 213$ ). Vient ensuite le fait d'avoir été témoin de violence familiale (p. ex. le père qui crie sur la mère, qui la frappe, qui casse des objets) avec 32.9 % ( $n = 147$ ). Une grande partie des individus ont mentionné avoir subi un évènement soudain qui les a fait sentir très effrayés, impuissants ou horrifiés (27.1 %,  $n = 121$ ), mais malheureusement le questionnaire ne fournit aucun détail concernant la nature de celui-ci. Le décès soudain d'un membre de la famille ou d'un ami proche concerne 25.5% ( $n = 115$ ) de l'échantillon. Le fait d'avoir été victime d'un accident ou d'une catastrophe, ceci englobant les catastrophes naturelles (ouragan, inondation, tremblement de terre, incendie etc.), les accidents de transports (en voiture, avion, train etc.) ainsi que les accidents survenus au domicile ou sur le lieu de travail concerne 19.6 % ( $n = 88$ ) des participants. Les abus sexuels représentent 18.8 % ( $n = 84$ ) de l'échantillon et le fait d'avoir subi de la violence physique concerne 17.9% ( $n = 80$ ). Le fait d'avoir été soudainement abandonné par un membre de sa famille ou son conjoint a été rapporté par 17.7% des participants ( $n = 79$ ). Le vécu d'un déménagement soudain et/ou la perte d'une maison ainsi que des possessions concerne 16.3 % des personnes ( $n = 73$ ). Les traumatismes les moins souvent représentés dans l'échantillon sont le fait d'avoir vu quelqu'un mourir subitement, être gravement blessé ou tué (13.5%,  $n = 45$ ), la maladie chronique sévère (7.2 %,  $n = 32$ ), le fait d'avoir été attaqué avec une arme (6 %,  $n = 27$ ) et avoir été témoin de violence militaire (0.4%,  $n = 2$ ).

**Tableau 1.** Fréquence des traumatismes ayant provoqué un impact émotionnel reportés par l'ensemble de l'échantillon (N= 447)

Traumatismes	n	% <sup>a</sup>
Négligence émotionnelle/ abus émotionnel	213	47.6
Témoin de violence familiale	147	32.9
Évènement soudain horrifiant	121	27.1
Décès soudain d'un parent proche, d'un ami	115	25.7
Victime d'accident/ catastrophe <sup>b</sup>	88	19.6
- Catastrophe naturelle	55	12.3
- Accident de transports	35	7.8
- Accident domestique ou sur lieu de travail	26	5.8
Abus sexuel	84	18.8
Violence physique	80	17.9
Abandon soudain par un membre de sa famille, son conjoint	79	17.7
Déménagement soudain / perte soudaine de possessions	73	16.3
Voir quelqu'un mourir subitement / être gravement blessé ou tué	45	10.1
Maladie chronique	32	7.2
Attaqué avec une arme	27	6.0
Témoin de violence militaire	2	0.4

Notes. <sup>a</sup> Les pourcentages se rapportent à la proportion de l'échantillon total qui a mentionné un traumatisme. Étant donné que certains participants ont mentionné plusieurs traumas, la somme des chiffres ne correspond pas à 100.

<sup>b</sup> Personnes ayant indiqué au moins une des trois catégories (par ex. catastrophe naturelle et/ou accident de transports).

### ***Traumatismes subis pour la première fois à un âge spécifique et maladaptive daydreaming***

La partie qui suit a pour but d'explorer s'il existe une période critique à laquelle les personnes subissant au moins un traumatisme seraient plus à risque de développer le MD. Des tests d'indépendance du chi-carré (avec correction de continuité de Yates, Pallant, 2011) ont été effectués sur l'entier de l'échantillon (N = 447). Dans le but de distinguer le groupe expérimental et le groupe contrôle, la variable dichotomique basée sur le score seuil pour le diagnostic MD (diagnosis\_at\_25, 1 = *oui* ; 0 = *non*) a été utilisée. Les tests ont été menés sur les évènements ayant eu un impact émotionnel arrivés à trois périodes ([au moins un traumatisme subi pendant l'enfance ; 1 = *oui* ; 0 = *non* ], ou [au moins un traumatisme subi pendant l'adolescence ; 1 = *oui* ; 0 = *non* ], ou [au moins un traumatisme subi à l'âge adulte ; 1 = *oui* ; 0 = *non* ]) ainsi que la somme des trois périodes (au moins un évènement traumatique vécu sur l'ensemble de l'existence, 1 = *oui* ; 0 = *non*). Les résultats ont été rapportés dans le Tableau 2.

En ce qui concerne les traumatismes subis pendant l'enfance, le test du chi-carré montre que la population diagnostiquée MD a plus de probabilité de



mentionner au moins un traumatisme pendant l'enfance que les non-MDers. La proportion des personnes diagnostiquées MD ayant subi au moins un traumatisme (71,6%,  $n = 187$ ) est significativement différente que celle des personnes mentionnant au moins un traumatisme mais n'étant pas MDer (49.5%,  $n = 45$ ),  $\chi^2 (1, N = 352) = 13.83, p < 0.001$ .

Lorsque que la même opération est répétée avec les traumatismes subis pour la première fois pendant l'adolescence, la différence entre le groupe des MDers (54.2 %,  $n = 175$ ) et des non-MDers (44,1%,  $n = 45$ ) est marginalement significative,  $\chi^2 (1, N = 425) = 2.75, p = 0.097$

Le chi-carré mené sur les personnes ayant mentionné avoir vécu au moins un traumatisme subi pour la première fois à l'âge adulte montre une différence significative entre MDers et non-MDers. Cependant, c'est le groupe des non-MDers qui est proportionnellement plus important que celui des non-MDers. En effet, 39.4% ( $n = 43$ ) de non-MDers rapportent avoir subi au moins un traumatisme à l'âge adulte contre 24.75 % ( $n = 82$ ) des MDers,  $\chi^2 (1, N = 441) = 8.038, p < 0.05$ .

Enfin, un chi-carré a été conduit afin d'examiner la relation entre le fait d'avoir subi au moins un évènement sur l'ensemble de l'existence et le fait d'être diagnostiqué MD. La relation entre ces deux variables est significative,  $\chi^2 (1, N = 441) = 12.56, p < 0.001$ . Les MDers (79.4%,  $n = 265$ ) sont alors plus susceptibles d'avoir subi un traumatisme durant l'ensemble de leur vie que les non-MDers (62.4%,  $n = 68$ ).

Le test du chi-carré a ainsi permis d'établir un lien entre traumatisme et MD pour certaines périodes de vie.

**Tableau 2.** Nombre de MDers ( $n = 336$ ) et non-MDers ( $n = 111$ ) ayant signalé au moins un traumatisme ayant eu un impact émotionnel et test du chi-carré

Période à laquelle le traumatisme a eu lieu	MDers		non-MDers		$\chi^2$
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Enfance (0-9 ans)	187	71.6	45	49.5	13.82***
Adolescence (10-19 ans)	175	54.2	45	44.1	2.75 <sup>+</sup>
Âge adulte ( $\geq 20$ ans)	82	24.7	43	39.4	8.08**
Ensemble de l'existence <sup>a</sup>	265	79.4	68	62.4	12.56***

Notes. <sup>a</sup>Un trauma ayant été indiqué au moins à l'une des trois périodes de vie ( ex. pendant l'enfance et à l'âge adulte) <sup>+</sup> $p < .10$ . <sup>\*\*</sup> $p \leq 0.01$ . <sup>\*\*\*</sup> $p \leq 0.001$ .

### ***Traumatismes spécifiques et maladaptive daydreaming***

Dans le but d'explorer de manière plus fine l'étiologie du MD, il a été question de voir quels sont les traumatismes qui pourraient être spécifiquement associés au développement MD. Des chi-carrés d'indépendance ont donc été conduits afin de comparer les fréquences d'apparition des traumatismes chez les MDers et le groupe contrôle (non-MDers). Le Tableau 3 rapporte les données pour les traumatismes subi pendant l'enfance et l'adolescence.

Lorsque les totaux des catégories des traumatismes (non spécifiques à l'âge) sont appréhendés, la plupart ne sont pas significatifs hormis les catégories « Violence physique »,  $\chi^2(1) = 7.90, p < 0.01$  « Accident de transports »,  $\chi^2(1) = 8.00, p < 0.01$  et « Voir quelqu'un mourir subitement »,  $\chi^2(1) = 4.51, p < 0.01$ . Néanmoins, ce sont les non-MDers qui indiquent le plus ces deux derniers types de traumatismes.

Cependant, il existe des différences significatives pour des types de traumatismes spécifiques lorsque l'on se focalise sur les groupes d'âge. La proportion de MDers indiquant avoir subi des traumatismes pour la première fois pendant l'enfance est significativement plus élevée par rapport aux non-MDers pour la catégorie « négligence émotionnelle/ abus émotionnel »,  $\chi^2(1) = 4.53, p < 0.05$ ; les MDers représentent 52.7 % ( $n = 89$ ) alors que non-MDers 37.2 % ( $n = 29$ ). Les MDers ont mentionné significativement plus souvent avoir été

« témoin de violence familiale » durant leur enfance (48.1%,  $n = 75$ ) que les Non-MDers (27.9 %,  $n = 19$ ),  $\chi^2 (1) = 7.08, p < 0.01$ . La proportion des MDers est également significativement plus élevée pour la catégorie « évènement soudain horrifiant » (29.3 %,  $n = 34$ ) que chez les non-MDers (12.3 %,  $n = 12.3\%$ ),  $\chi^2 (1) = 5.22, p < 0.05$ . Le fait d'avoir soudainement été « abandonné par un membre de sa famille » pendant l'enfance est aussi significativement associé au MD,  $\chi^2 (1) = 8.04, p < 0.01$ . Parmi les MDers, 25.7 % ( $n = 29$ ) rapportent avoir été abandonnés contre 5.7 % ( $n = 3$ ) des non-MDers. Les proportions entre MDers et non-MDers pour la catégorie « déménagement soudain et/ou perdre ses possessions » sont significativement différentes entre MDers (18.8 %,  $n = 18$ ) et non-MDers (2 %,  $n = 2$ ),  $\chi^2 (1) = 6.41, p < 0.05$ . En ce qui concerne les catégories « abus sexuel » et « catastrophe naturelle » pendant l'enfance, la différence entre le groupe MDers et non-MDers est marginale ( $ps > .05$ ).

Alors que la différence entre le groupe des MDers et le groupe contrôle ayant subi pour la première fois un traumatisme à l'adolescence est marginale, les résultats montrent des associations significatives entre le diagnostic MD et certains traumatismes spécifiques subis pendant l'adolescence. Ceci est notamment le cas pour la catégorie « négligence émotionnelle / abus émotionnel » pour laquelle 31 % ( $n = 74$ ) de MDers ont reporté avoir subi ce traumatisme contre 8.4% ( $n = 7$ ) des non-MDers,  $\chi^2 (1) = 15.43, p < 0.001$ . Les MDers mentionnent également plus souvent avoir été « témoin de violence familiale » à l'adolescence (20.7 %,  $n = 31$ ) que les non-MDers (9.5%,  $n = 7$ ),  $\chi^2 (1) = 3.94, p < 0.05$ . La différence pour la catégorie « décès soudain d'un proche » est significative et concerne 32.4 % ( $n = 47$ ) des MDers contre 16.1 % des Non-MDers ( $n = 10$ ),  $\chi^2 (1) = 3.94, p < 0.05$ . Les proportions pour la catégorie « déménagement soudain et/ou perdre ses possessions » sont significativement différentes entre MDers (26.5 %,  $n = 36$ ) et non-MDers (8.9%,  $n = 5$ ),  $\chi^2 (1) = 4.99, p < 0.05$ . Les MDers indiquent également plus souvent avoir subi de la violence physique à l'adolescence (24.3%,  $n = 26$ ) en comparaison au non-MDers (5.7%,  $n = 8$ ). Concernant les catégories « évènement soudain horrifiant » et « accident domestique/ sur le lieu de travail »

subis pendant l'adolescence la différence entre le groupe MD et le groupe contrôle est marginale ( $ps >.05$ ).

Il n'y pas de différences significatives pour les traumatismes spécifiques subis pour la première fois à l'âge adulte entre MDers et non-MDers ( $p >.05$ ).

**Tableau 3.** Nombre de MDers ( $n = 336$ ) et non-MDers ( $n = 111$ ) ayant mentionné un traumatisme spécifique subi pour la première fois pendant l'enfance ou l'adolescence et test du chi-carré

Traumatismes spécifiques	Traumatismes subis pendant l'enfance					Traumatismes subis pendant l'adolescence				
	MDers ( $n = 187$ )		non-MDers ( $n = 45$ )		$\chi^2$	MDers ( $n = 175$ )		non-MDers ( $n = 45$ )		$\chi^2$
	$n$	%	$n$	% <sup>a</sup>		$n$	%	$n$	%	
Négligence émotionnelle/ Abus émotionnel	89	52.7	29	37.2	4.53*	74	31	7	8.4	15.43***
Témoin de violence familiale	75	48.1	19	27.9	7.08**	40	20.7	7	9.5	3.94*
Évènement soudain horrifiant	34	29.3	7	12.3	5.22*	46	28.8	11	16.4	3.19 <sup>+</sup>
Décès soudain d'un parent proche, d'un ami	16	16.2	3	5.7	2.59	47	32.4	10	16.1	4.99*
Abandon soudain par un membre de sa famille, un conjoint,	29	25.7	3	5.7	8.04**	26	28.7	5	8.6	2.42
Abus sexuel	44	34.6	13	20.6	3.30 <sup>+</sup>	27	24.3	8	13.8	1.97
Déménagement soudain / perte soudaine de possessions	18	18.8	1	2	6.41*	36	26.5	5	8.9	6.26*
Violence physique	37	30.8	10	16.7	3.46 <sup>+</sup>	26	24.3	3	5.7	7.09*
Victime d'accident/ catastrophe <sup>b</sup>	30	26.8	6	11.11	4.39*	25	23.6	9	15.3	1.14
– Catastrophe naturelle	14	14.3	2	3.8	2.87 <sup>+</sup>	19	16.8	5	8.8	1.41
– Accident de voiture	13	13.7	4	7.7	.67	3	3.1	4	7.1	.59
– Accident domestique	7	7.7	–	–	2.58	8	8.1	–	–	2.83 <sup>+</sup>
Voir quelqu'un mourir subitement / être gravement blessé ou tué	7	7.8	6	10.9	.116	14	13.5	3	5.2	1.91
Attaqué avec une arme	5	5.6	1	2	.354	7	7.3	2	3.8	.254
Maladie chronique	9	9.7	4	7.4	.028	10	10.6	2	3.8	1.25
Témoin de violence militaire	–	–	–	–	–	1	1.2	1	2	.000

Notes. <sup>a</sup>Les pourcentages se rapportent à la proportion de l'échantillon qui a mentionné un traumatisme. Certains participants ont mentionné plusieurs traumatismes, la somme des chiffres ne correspond pas à 100. <sup>b</sup> Personnes ayant indiqué au moins une des trois catégories (par ex. catastrophe naturelle et / ou accident de transports). <sup>+</sup> $p < .10$ , <sup>\*\*</sup> $p \leq 0.01$ , <sup>\*\*\*</sup> $p \leq 0.001$ .

### ***Différents types de traumatismes vécus lors d'une même période du développement et maladative daydreaming***

Dans cette partie, il s'agit d'investiguer si le fait de vivre différents types de traumatismes pendant une certaine période de vie peut contribuer au développement au MD. C'est la somme des différents événements vécus a été calculée pour chaque période du développement qui a été utilisée. Chaque somme (ex., nombre de différents traumas vécus pendant l'enfance) a été utilisée séparément comme variable indépendante dans un t-test à échantillons indépendants avec le seuil diagnostic MD (diagnosis\_at\_25, 1 = *oui* ; 0 = *non*) comme variable indépendante. Le t-test à échantillons indépendants montre une différence significative entre le nombre moyen d'évènements différents survenus pendant l'enfance chez les MDers ( $M = 1.52, SD = 1.45$ ) et non-MDers ( $M = 1.12, SD = 1.6$ ) ;  $t(423) = -2.21, p < 0.05$ . Lorsque l'on compare le nombre d'évènements différents aversifs subis pendant l'adolescence, les MDers ( $M = 1.19, SD = 1.61$ ) en ont indiqué en moyenne plus que les non-MDers ( $M = .751, SD = 1.02$ ) ;  $t(423) = -2.81, p < 0.01$ . La différence de moyenne concernant le nombre de traumas survenus à l'âge adulte entre MDers et non-MDers est significative. Il est intéressant de souligner que ce sont les non-MDers ( $M = 0.81, SD = 1.23$ ) qui ont mentionné plus de traumatismes en comparaison aux MDers ( $M = 0.42, SD = 0.92$ ),  $t(439) = 3.47, p < .001$ . Finalement, le test ne montre pas de différences significatives dans le nombre moyen d'évènements différents vécus le long de la vie entre MDers ( $M = 2.78, SD = 2.45$ ) et non-MDers ( $M = 2.41, SD = 2.73$ ) ;  $t(439) = -1.31, p > 0.05$ . Les MDers n'ont pas mentionné avoir vécu plus d'évènements différents sur l'ensemble de leur parcours de vie.

### ***Rôle médiateur de la fantasy proneness sur la relation entre traumatismes et maladative daydreaming***

Avant de mener des régressions testant l'hypothèse selon laquelle une prédisposition à la fantasy proneness peut augmenter les chances de développer un MD lorsqu'il y a un vécu traumatique, des corrélations de Pearson, regroupées dans le Tableau 4, ont été conduites afin de sélectionner les variables à utiliser. Étant donné que le nombre de personnes transgenres ( $n = 2$ ) était trop petit pour être inséré dans les modèles, la modalité transgenre a été exclue pour la suite des opérations. En accord avec les hypothèses énoncées, la somme des

différents traumatismes subis pour la première fois pendant l'enfance corrèle positivement avec le diagnostic MD ( $r = 0.12, p < .05$ ). La somme des traumatismes subis pour la première fois pendant l'adolescence corrèle également avec le diagnostic ( $r = 0.14, p < .01$ ). La somme des traumatismes subis pour la première fois à l'âge adulte corrèle négativement avec le diagnostic ( $r = -0.16, p < .01$ ) et n'a pas été retenue pour le modèle. La somme des différents traumatismes subis pour la première pendant l'enfance ainsi que la somme des différents événements subis pour la première fois pendant l'adolescence corréleront positivement avec la FP ( $r = 0.27, p < .01$  et  $r = 0.22, p < .01$ ). Enfin, la FP corrèle positivement avec le diagnostic MD ( $r = 0.54, p < .01$ ). Le fait que ces deux variables sont fortement liées mais ne corréleront pas entièrement montre que ces deux construits sont indépendants.

**Tableau 4.** Statistiques descriptives et matrice avec les corrélations de Pearson pour les variables de l'étude ( $N=447$ )

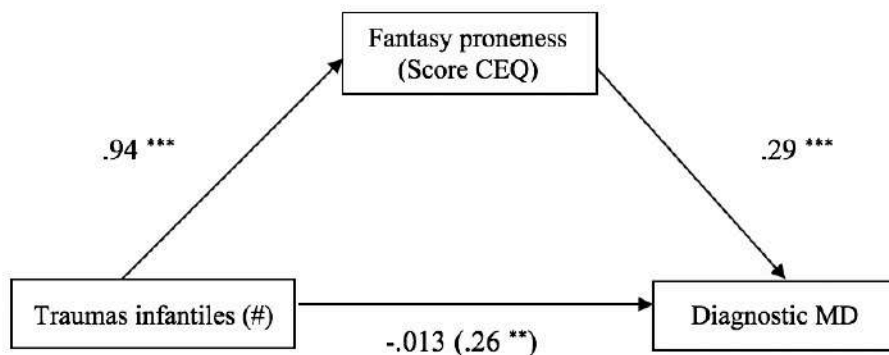
Variables	<i>M</i> / <i>n</i>	<i>SD</i> / %	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Age	30.10	13.93	1						
2. Genre (1= <i>femmes</i> )	347	78.3	.01	1					
3. Diagnostic MD (1= <i>oui</i> )	332	74.9	-.43**	.01	1				
4. Fantasy Proneness (score CEQ)	12.17	4.86	-.39**	-.09	.54**	1			
5. Somme des événements traumatiques enfance	1.42	1.50	.05	-.02	.12*	.27**	1		
6. Somme des événements traumatiques adolescence	1.08	1.50	-.16**	-.11*	.14**	.22**	.27**	1	
7. Somme des événements traumatiques âge adulte	.52	1.02	.41**	-.90	-.16**	-.03	.26**	.09	1

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Une régression logistique pas à pas a été conduite afin d'investiguer l'impact d'un nombre de facteurs sur la probabilité que les participants soient diagnostiqués MD, médiatisé par la fantasy proneness. Le premier bloc contient trois variables indépendantes (genre, âge, et le nombre de traumatismes pendant

l'enfance) ainsi que le diagnostic MD comme variable dépendante. Le premier bloc contenant comme prédicteurs l'âge, le genre et la somme des traumatismes subis la première fois pendant l'enfance est statistiquement significatif,  $\chi^2(3, N=347) = 72.95, p < 0.001$ , ce qui indique que le modèle est capable de distinguer les participants étant diagnostiqués MD ou non. Le premier bloc explique entre 19% ( $R^2$  de Cox et Snell) et 27.7% ( $R^2$  de Nagelkerke) de la variance du diagnostic MD et classe correctement 79.5% des cases. Deux des trois variables indépendantes ont apporté une contribution unique statistiquement significative au modèle. Le  $B$  (coefficient non-standardisé) pour le nombre de traumatismes subis pendant l'enfance est de 0.26, ( $p < 0.01$ ). Le  $B$  pour l'âge est de -0.73 ( $p < 0.001$ ). Ensuite, la variable indépendante CEQ total mesurant la fantasy proneness a été ajoutée au bloc 2. A nouveau, le modèle est capable de distinguer correctement les participants MD,  $\chi^2(4, N = 347) = 137.31, p < 0.001$ . Lorsque l'on ajoute le score CEQ dans le modèle, la relation entre les traumatismes et le diagnostic MD n'est plus significative. Dans ce modèle, c'est la FP qui est la variable la plus prédictive. Le  $B$  est de .29 est substantiellement significatif,  $p < 0.001$ . La part de variance expliquée a également augmenté, ce modèle explique entre 32.7 % ( $R^2$  de Cox et Snell) et 47.8% ( $R^2$  carré de Nagelkerke) de la variance du diagnostic MD, montrant que le CEQ est un prédicteur important du MD. De cette manière, plus les personnes expérimentent des traumatismes différents, plus les scores à la FP sont élevés, augmentant la probabilité d'être diagnostiqué md augmente si on a prédisposition à la fantaisie. Le test de Sobel (1982), confirme la significativité de ce modèle,  $z = 4.50, p < 0.001$ . Le genre n'est pas significatif, néanmoins l'âge contribue dans les deux blocs à l'explication de la variance : le  $B$  est négatif, indiquant que plus le participant est jeune plus la probabilité d'être diagnostiqué MD augmente. Ce premier modèle (Figure 1) confirme ainsi l'hypothèse selon laquelle la relation entre la somme des traumatismes distincts et MD est médiatisée par la fantasy proneness.

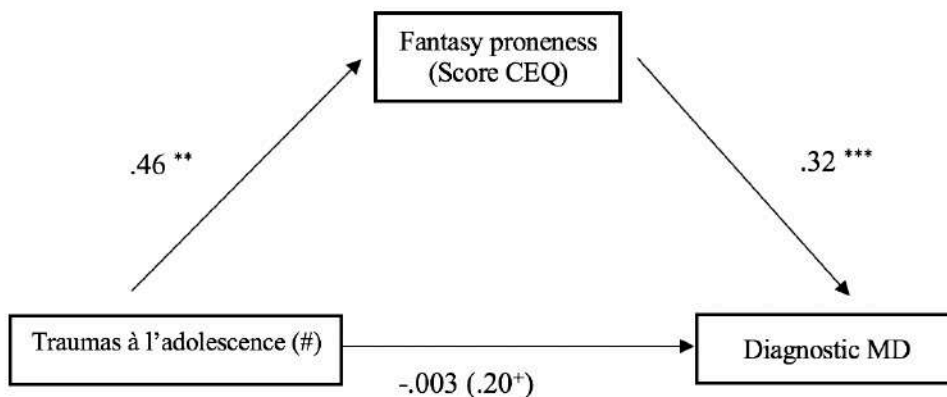




**Figure 1.** Modèle de médiation par la FP entre la somme des traumatismes infantiles différents et le MD. Les valeurs représentent les coefficients *B*. \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$

La même opération a été répétée avec la somme des traumatismes distincts survenus pour la première fois pendant l'adolescence. Le bloc 1 contenant comme prédicteurs l'âge, le genre et la somme des traumatismes subis pour la première fois pendant l'adolescence est statistiquement significatif,  $\chi^2(3, N = 420) = 80.78, p = < 0.001$ , ce qui indique que le modèle est capable de distinguer les participants étant diagnostiqués MD ou non. Le premier bloc explique entre 17.5% ( $R^2$  de Cox et Snell) et 26.1% ( $R^2$  de Nagelkerke) de la variance concernant le diagnostic MD et classe correctement 79.3% des cases. Dans ce bloc, l'association entre la somme des différents traumatismes subis pendant l'adolescence et le diagnostic MD est significativement marginale,  $B = .20, p = .066$ . Seul l'âge a contribué significativement à l'explication de la variance ( $B = -0.73, p < 0.001$ ) dans le premier bloc. Dans le deuxième bloc, la variable indépendante CEQ total mesurant la fantasy proneness a été ajoutée. A nouveau, le modèle est capable de distinguer correctement les participants MD,  $\chi^2(4, N=347) = 167.45, p = < 0.001$ . Comme avec la somme des traumatismes subis pendant l'enfance, dès que le score de FP est introduit dans le deuxième bloc, la relation entre traumatismes et MD n'est plus significative, impliquant une médiation. Dans ce modèle, c'est également la fantasy proneness qui est la variable la plus prédictive. Le  $B$  est de .32 et est substantiellement significatif,  $p < 0.001$ . La part de variance expliquée a également augmenté, ce modèle explique entre 32.9 % ( $R^2$  de Cox et Snell) et 49.1% ( $R^2$  carré de Nagelkerke) de la variance, montrant à nouveau que la FP est un prédicteur important du MD.

Le test de Sobel (1982), confirme la significativité de ce modèle,  $z= 2.90$ ,  $p < 0.001$ . Ce modèle (Figure 2) montre également l'importance de la FP dans la probabilité de développer le MD suite à un historique traumatique subi à l'adolescence. Néanmoins cette relation est plus faible en comparaison avec les traumatismes subis pendant l'enfance.



**Figure 2.** Modèle de médiation par la FP entre la somme des traumatismes différents subis à l'adolescence et le MD. Les valeurs représentent les coefficients  $B$ .  
<sup>+</sup> $p < .10$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$

Des régressions ont également été menées avec les variables dichotomiques concernant le fait d'avoir subi au moins un traumatisme pour la première fois pendant l'enfance ou l'adolescence (ex. traumatisme pendant l'enfance, 1 = oui). Cependant, les modèles n'étaient pas significatifs d'après le test de Sobel (1982). Ces résultats suggèrent que la somme des différents traumatismes présente plus de force statistique en comparaison aux variables dichotomiques.

### ***Traumatismes et évènements stressants comme amplificateurs de la rêverie-réponses qualitatives***

Dans cette partie, il s'agit d'explorer les réponses écrites des personnes ayant répondu à la question « Y a-t-il eu des circonstances difficiles ou des événements traumatisants qui se sont produits au moment où vous avez l'impression que la rêverie est devenue excessive pour la première fois ? Si oui, veuillez décrire ». Le codage des réponses offre une possibilité supplémentaire de saisir les traumatismes en lien avec le développement du MD, étant donné

que ce sont spécifiquement ces personnes qui associent les deux. Le Tableau 5 met en évidence les fréquences des traumatismes décrits par les personnes ayant répondu oui à la question ( $n = 144$ ) auxquels sont joints des extraits de témoignages. Parmi ces 144 personnes, seules 7 personnes, soit 4.9% n'ont pas décrit leur situation. De plus, il n'a été pas été possible de classer les récits de 6 personnes (4.2 %) dans aucune des catégories.

#### *Maltraitance émotionnelle et isolement social*

La majeure partie des événements traumatiques reportés par les sujets, soit 60.4 ( $n = 87$ ) relèvent de la solitude et de l'isolement social. Une grande partie des participants soit 27.8% ( $n = 40$ ), décrivent avoir subi du rejet vis-à-vis de leurs pairs. Ceci regroupe des situations d'intimidation et d'insultes perpétrées par des camarades d'école, mais également le fait de ne pas avoir d'amis, et par conséquent de se sentir isolé. Cette catégorie ne se trouve pas dans le codage THS (Carlson et al., 2011) et permet de mettre en lumière une des voies du développement du MD, étant une des deux sous-catégories les plus fréquemment mentionnées dans la catégorie plus large « solitude/isolement social ». Le même nombre de personnes (27.8 %,  $n = 40$ ) témoignent d'avoir été victime de négligence et d'abus émotionnel. Malgré la fréquence identique entre ces événements, il est important de souligner que ces deux catégories ont été codées de manière indépendante, en vue du nombre conséquent des personnes précisant subir de la maltraitance de la part des pairs. Néanmoins, 10 personnes ont décrit spécifiquement de l'exclusion par les pairs en plus des situations d'abus et de négligence émotionnelle de la part de leur famille. A ce propos, un nombre important de personnes témoignent avoir subi de la maltraitance émotionnelle causées par des membres de leur famille. Les situations d'abandon correspondent à 17.4 % ( $n = 25$ ) de l'échantillon et sont en lien avec la fuite de membres de la famille (parents) ou alors, plus rarement d'un conjoint. La catégorie « déménagement / migration » (8.3 %,  $n = 12$ ) relève également de la solitude. En effet, les MDers racontent des situations où leur rêverie est devenue compulsive à l'issue d'un déménagement impliquant la création de nouvelles relations, du fait de devoir s'intégrer. Ceci a été difficile pour eux, et donc, dû à leur isolement, ils se sont réfugiés dans la rêverie.

#### *MD et environnement familial négatif*

Le fait d'être témoin de violence familiale et/ou d'avoir vécu le divorce de ses parents a affecté 17.4 % ( $n = 25$ ) de l'échantillon. Ces participants reportent avoir grandi dans un climat familial négatif et peu soutenant.

#### *MD et état dépressif*

Dans l'échantillon 22 personnes (15.2 %) font le lien entre la mise en place du MD et la dépression, utilisant la rêverie pour atténuer les affects négatifs et le repli. Cette catégorie se révèle être une information inédite étant donné qu'elle n'apparaît pas dans le THS (Carlson, 2011).

#### *Autres évènements déclencheurs du MD*

Les MDers ont également décrit des cas de violence interpersonnelle d'ordre sexuelle (9.7 %,  $n = 14$ ) et physique (9.0 %,  $n = 13$ ). Les traumatismes les moins cités comme potentiels déclencheurs du MD sont le décès d'un proche (8.3 %,  $n = 12$ ), être victime d'un accident ou d'une catastrophe naturelle (4.8 %,  $n = 7$ ) ainsi que de souffrir de maladie somatique (4.8 %,  $n = 7$ ). Peu d'informations ont été données concernant ces traumatismes. Néanmoins, il en ressort que pour la maladie somatique ce sont les longues périodes d'attentes et l'anxiété causée par la maladie qui ont poussé les MDers à s'en distraire.

L'analyse des traumatismes spécifiques permet ainsi de mettre en évidence que ce sont essentiellement des traumatismes liés avec le sentiment de solitude ainsi qu'à un environnement familial critique qui ressortent dans les récits des MDers.

#### *Caractéristiques récurrentes dans la mise en place de la rêverie suite au vécu de traumatismes*

L'analyse des récits des participants a permis également de repérer des éléments récurrents dans le développement de la rêverie à cause d'un vécu traumatique.

#### *Accumulation de différents évènements traumatiques*

Un des éléments récurrents dans ces récits, est l'accumulation des évènements vécus par les participants. En effet, de nombreux témoignages

décrivent un enchaînement d'évènements qui a contribué à empirer la rêverie, la rendant excessive, comme par exemple pour le participant 381 :

*“It arised during and after or when I think about the following events in my life: -sexual abuse, -leaving my country due to war and emigrating -bullying at school -dealing with my social anxiety -distracting from my thoughts of shame and self-harm and very intrusive thoughts -my inability to be in a room on my own without wanting to harm myself or feeling unreal and shameful and wanting to leave my body.”*

Le témoignage du participant 37 met également en évidence le fait que de grandir dans un environnement familial négatif expose les individus à des traumatismes répétés pouvant les pousser davantage à la rêverie :

*“My father was an abusive alcoholic. When I was young he would come home drunk and start fights with my mother. He would then call me names like ""Queer"" and ""Faget"". At times he would also hit me. My family and I had to run away from him a lot. We moved so many times I lost count. When I was 13 I lost my home to a fire. It was very saddening for me. I was also forced to do sexual acts as a child. I never told anyone and I am not saying anymore. »*

Seules 42 personnes (29.8 %) ont mentionné uniquement un élément. En moyenne, les participant ont reporté 1.59 traumatismes ( $SD = .97$ ). Ce chiffre est tout de même à interpréter avec vigilance étant donné la nature qualitative de l'information. Aussi, la majorité des évènements reportés par dans cette question qualitative, mettent en évidence une période traumatique. La notion de soudaineté est rarement présente, ce sont des évènements traumatisants installés dans le quotidien de ces personnes en comparaison avec les évènements soudains recensés par le THS (Carlson, 2011).

#### *La rêverie comme source de réconfort*

En plus de l'évasion procurée par la rêverie, les MDers vont puiser le réconfort qui ne leur a pas été fourni dans leur quotidien dans fantaisie comme décrit par le participant 592 :

*“I was laughed at the kindergarten by teachers and children because I was a bit different (shyer and more rebellious). I hated them, and I was very afraid of them, but in my dreams, I was ruling over them being the chosen one the hero the only child of God, I was protecting myself from being hurt by creating my own reality that they couldn't enter.”*

Le participant 85 attribue le développement de sa rêverie au fait de n'avoir eu personne à qui se confier et insiste sur son manque de soutien social :

*“[It was because] I felt extremely lonely. My parents got divorced, I stayed with my depressive mother. [...] my parents didn't speak with me about feelings, my needs. I had no siblings to talk to, no aunt, uncle, cousin, friend. I had problems myself speaking about feelings, so I even didn't tell my classmates that my parents got divorced.”*

Le participant 570 explique ainsi que pour se protéger d'un environnement familial violent, il s'est créé un soutien émotionnel à travers sa fantaisie :

*“[The way] my Mum ever interacted with me was to kick or punch me so the first person I day dreamed about, was a girl. She was like a big sister who gave me advise, she stayed with me permanently until I was about 7, when my baby brother was born.”*

#### *Une faculté à la rêverie vive déjà présente*

Certaines personnes disent avoir été conscientes d'avoir toujours été dans la rêverie, mais se souviennent que celle-ci est devenue excessive suite au mal-être provoqué par des évènements de vie critique. La rêverie a été davantage développée pour s'échapper d'un environnement familial négatif, comme le relate le participant 417: “ I feel I probably did the daydreaming before, as any normal kid does, but I think it was probably around this time that the [MD], showed up. [It was because of the] lack of control over my home environment and I just wanted to escape”.

Ceci est également décrit par le participant 251 qui exprime un véritable basculement dans la fantaisie suite au vécu de plusieurs traumatismes :

*“[...] I also became really depressed. This is when I started to escape the negative feelings and experiences by excessive daydreaming. My whole focus shifted to the virtual world, in which I hid to get protection from the menacing pains of my disorder and environment. However, I’ve had a very vivid imagination since as early as I can remember, and I used to get pretty attached to my daydreams.”*

La capacité innée à la rêverie qui est décrite pourrait nous donner une piste concernant la présence de la FP chez les MDers ce qui permettrait d’alimenter l’hypothèse selon laquelle le MD a pu être mise en place comme mécanisme de coping suite à un vécu traumatique chronique.

**Tableau 5.** Fréquences des événements traumatiques ayant rendu la rêverie excessive ( $n = 144$ )

Traumatismes	$n$ (%) <sup>a</sup>	Exemples <sup>b</sup>
Isolement social / solitude <sup>c</sup>	87 (60.4)	
– Bullying / pas d'amis	40 (27.8)	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="794 481 1433 645">– The teasing/verbal bullying I went through in most of 6th grade and some of 7th grade. I was picked on for being smart (which never bothered me), being short, being ugly, the way that I dressed, the way I styled my hair, etc. (600)</li> <li data-bbox="794 651 1433 748">– I also realized that I felt very alone, and I have trouble connecting with people. I went through my days without speaking to anyone. (197)</li> <li data-bbox="794 754 1433 1223">– [...] I believe I have been daydreaming excessively at least since I started school. Before starting school, I was an outgoing, happy-go-lucky kid. My kindergarten teacher was excessively critical of me. As the year went on, I became very shy and anxious [...] If no one asked me to join in a game or whatever, I stood off by myself on the playground. I spent many lonely years on the playground. I occupied myself with observing other kids and by daydreaming. At home, I had two siblings, but there were very few other kids in our neighborhood, so I didn't have much opportunity to make friends outside school. So, I created my own friends, I guess. (583)</li> </ul>
– Négligence émotionnelle (ex. ne pas se sentir aimé, injurié, critiqué, émotionnellement abusé, blâmé)	40 (27.8)	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="794 1294 1433 1361">– My parents weren't getting along, they fought a lot, my older sister teased me incessantly. (9)</li> <li data-bbox="794 1368 1433 1563">– My grandpa got cancer and came to live with us. I was neglected by my parents, and [my uncle and aunt] treated me like dirt. My cousins too. They left me and my sister out for some reason. I needed my imaginary companions to keep me alive. I love them so much because of it. (240)</li> </ul>
– Abandon (par un parent, famille, conjoint)	25 (17.4)	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="794 1671 1433 1800">– This is about the time after my father had left; and my mother, my sister and I moved away to another town [...] I had been very distressed by my father leaving. (326)</li> <li data-bbox="794 1807 1433 1935">– When I was eight years old my father suddenly left my family after my mother discovered he was having an affair. He had been away on business and did not return. (288)</li> </ul>



**Tableau 5. Suite**

Traumatismes	n (%)	Exemples
- Déménagement/ migration	12 (8.3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>- I think it increased became excessive after a sudden move to a new state with my family when I was 13. It traumatized me, and I was very depressed about it for a long time. I didn't make many friends and I didn't fit in that well (though I don't think I fit in well before the move either, but I didn't know it then). I relied on daydreaming and cartoons to get through the loneliness until I graduated high school [...]. (439)</li> <li>- I've moved around all my life always a new place... Move. Make friends. Learn how to fit in. Move... It's like an endless cycle so I find things to hold onto and when I was about 10 when [...], I'd found something I could use to escape no matter where I was who was around me I had my one place that would never leave me... My imagination... (612)</li> </ul>
Témoin de violence familiale (ex. dispute entre parents, bagarre divorce) / environnement familial négatif	25 (17.4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>- When my parents fight, I couldn't help but getting deeper and deeper into this fantasy and never got out. (171)</li> <li>- My parents' divorce when I was twelve really set off my daydreaming. Afterwards my mother got involved with another emotionally abusive man, which made my daydreaming even more excessive. (469)</li> </ul>
État dépressif	22 (15.2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>- Going through depression, trying to escape from reality. (100)</li> <li>- I think the struggle with my homosexuality, as well as the stress created by an extremely stressful high school, brought me to depression, which consequentially isolated me a lot and pushed me to create alternate universes and were in some ways relieving. (356)</li> </ul>
Abus sexuels	14 (9.7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>- I'm the youngest in a family of 6 kids and I was sexually abused by my older brother who's 7 years older than me. (67)</li> <li>- My sister dying when I was 10 and sexual abuse in my early teens. (530)</li> </ul>
Violence physique	13 (9.0)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>- [...] my father abused me from day one. Not sexual, just punching and putting beer in my baby bottle, slapping me and hitting and so on before I even turned one. (144)</li> </ul>

**Tableau 5. Suite**

		<ul style="list-style-type: none"> <li>– I was a physically, sexually, emotionally, psychologically, and verbally abused. (10)</li> <li>– My early childhood was the most traumatic time of my life. My mother who had a severe problem with alcohol, used to beat me senseless on a regular basis. I learned to escape from the world of reality. (372)</li> </ul>
Décès d'un proche	12 (8.3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– My grandmother dying when I was 9. (86)</li> <li>– I think it probably started when I was five when my father died [...]. (458)</li> </ul>
Accident / catastrophe	7 (4.8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– In September 2010, there was a big earthquake and then in February there was a smaller but more violent quake, and I know my daydreaming definitely got worse after that (10)</li> <li>– 9/11 (480)</li> </ul>
Maladie somatique	7 (4.8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– I had to endure medical examinations and long waiting times in my life (69)</li> <li>– I think that my daydreaming became excessive around the time I had polycystic ovarian disease. It is basically hormonal imbalance and leads to anxiety. I guess I started daydreaming excessively to get away from all the anxiety and tension. (443)</li> </ul>
Autres	6 (4.2)	
Pas décrits	7 (4.9)	

---

*Notes.*<sup>a</sup> Pourcentages valides correspondant la proportion de l'échantillon ( $n= 144$ ) qui déclare un traumatisme ayant rendu la rêverie excessive. Étant donné chaque participant a mentionné plusieurs traumatismes, la somme des chiffres ne correspond pas à 100.<sup>b</sup> Les chiffres entre parenthèses correspondent à l'identifiant attribué à chaque participant. <sup>c</sup>Personnes ayant mentionné une ou plusieurs de ces catégories (p. ex. bullying et déménagement), ainsi la somme des chiffres ne correspond pas à la catégorie supérieure.

## Discussion

Ce travail a pour but d'investiguer l'étiologie du MD avec un intérêt particulier pour le traumatisme comme possible déclencheur. Cette étude s'est basée sur le postulat initial selon lequel la rêverie aurait été développée comme stratégie de coping chez des personnes ayant une prédisposition à la rêverie. Ces points ont été explorés grâce à l'utilisation de la deuxième partie du Trauma History Screen (THS, Carlson et al., 2011) portant sur les traumatismes ayant bouleversé émotionnellement les participants et à l'extraction de ces traumatismes arrivés pour la première fois à trois groupes d'âge différent. Les réponses qualitatives des participants ont également été utilisées. De manière générale, les résultats montrent alors que le traumatisme peut augmenter la probabilité de développer le MD.

### *L'enfance et l'adolescence comme périodes de vulnérabilité pour le développement du MD lors de traumas*

La première étape consistait à confirmer la première hypothèse selon laquelle les traumatismes pendant l'enfance et l'adolescence augmentent la probabilité de développer le MD. Les résultats montrent que plus de 70 % des MDers ont mentionné avoir vécu pour la première fois au moins un traumatisme pendant l'enfance, contre la moitié des non-MDers. L'enfance serait alors une période de vulnérabilité pour le développement du MD lorsque des traumatismes sont subis. Les analyses ont également permis de mettre en évidence l'adolescence comme période de vulnérabilité, mais la différence entre MDers et non-MDers mentionnant des traumatismes arrivés pour la première fois à l'adolescence est moins forte et statistiquement marginale (52.4 % contre 44.1 %). Il est intéressant de souligner que ce sont les non-MDers qui ont mentionné plus souvent avoir subi au moins un traumatisme à l'âge adulte, soulignant l'enfance et l'adolescence comme périodes spécifiques pour le développement du MD lors de traumas. Les résultats rejoignent ce qui était attendu et permettent de mettre en avant la trajectoire du développement du MD lors d'expériences traumatiques. Plus un traumatisme survient tôt dans le développement, plus son impact sera important et augmentera les chances de développer le MD,

rejoignant ici la théorie du psycho-traumatisme sur le développement de psychopathologies (Cicchetti & Toth, 2005). Ces résultats peuvent être expliqués par la théorie sur le coping qui stipule que les enfants et les adolescents ont un répertoire de coping plus restreint et se tourneront vers ce qui leur est le plus facile d'accès pour soulager la souffrance (Compas, 1987 ; Fields & Prinz, 1997). Dans le cas présent, cela serait l'utilisation de la rêverie afin de compenser les affects négatifs. Les résultats sont ainsi en accord avec les recherches précédentes sur le MD qui considèrent le traumatisme infantile comme un facteur de pour le développement du MD (Somer, 2002 ; Somer & Herscu, 2017 ; Somer et al., 2016). De plus, l'adolescence comme période sensible n'avait pas été relevée jusqu'ici et complète les recherches. Néanmoins, les résultats sont en opposition avec les résultats de l'étude de Bigelsen et al. (2016) conduite sur le même échantillon lesquels ne montrent pas de différences significatives dans la distribution entre MDers et non-MDers ayant mentionné des traumatismes infantiles (57 % contre 52%). Cependant, seule la première partie du THS (Carlson et al., 2011) avait été utilisée et un nombre restreint de traumatismes infantiles (i.e. abus sexuels, physiques et maladie chronique) avait été pris en compte dans leur calcul. Ainsi, les résultats de cette étude montrent la nécessité d'explorer de manière plus spécifique les traumatismes afin de mettre en avant leur association avec le MD.

### ***Types de traumas spécifiquement associés au MD***

Une deuxième partie de cette recherche avait pour but de mettre en évidence des événements traumatiques qui seraient spécifiques au développement du MD. Concernant les traumatismes subis pendant l'enfance, les MDers ont mentionné plus souvent que les non-MDers la maltraitance émotionnelle (négligence et/ou abus), l'abandon par un proche et le fait d'être témoin de de violences familiales. Les MDers ont aussi mentionné plus souvent que les non-MDers le fait d'avoir été témoins d'un événement soudain horrifiant ainsi que le fait d'avoir dû déménager subitement et/ou perdre ses possessions pendant l'enfance. Les MDers ont mentionné marginalement plus souvent que les non-MDers avoir été victimes d'abus sexuels et de catastrophe naturelle pendant l'enfance. Lorsque l'on s'intéresse de manière générale au vécu de traumatismes pendant l'adolescence, la différence entre MDers et non-MDers

est marginale, mais des différences significatives ont été trouvées pour des traumatismes spécifiques. Les MDers ont ainsi mentionné plus souvent avoir vécu de la maltraitance émotionnelle (négligence et/ou abus), de l'abandon, de la violence physique, un déménagement soudain et/ou la perte de possessions, pendant l'adolescence. La différence est marginale pour le fait d'avoir vécu un événement soudain horrifiant et le fait d'avoir eu un accident domestique ou sur le lieu de travail.

L'hypothèse selon laquelle les MDers auraient vécu plus de traumatismes liés à la maltraitance physique, sexuelle ou émotionnelle que le non-MDers pendant l'enfance et l'adolescence est ainsi confirmée. Cependant les MDers ont mentionné plus souvent avoir été victimes de maltraitance émotionnelle. Ainsi, de manière surprenante la violence physique est significativement associée au MD uniquement à l'adolescence, et les abus sexuels à l'enfance sont faiblement représentés. Au vu des conséquences négatives des abus physiques et sexuels chez l'enfant, nous nous attendions à ce que ceux-ci soient plus représentés chez les MDers. Ces résultats contrastent avec les études précédentes sur le MD dans lesquelles la violence physique et sexuelle étaient plus saillantes parmi les traumatismes participant au déclenchement du MD (Abu-Rayya et al., 2019 ; Somer 2002). Deux réflexions peuvent expliquer ces résultats ambivalents. D'un côté, comme le soulignent Abu-Rayya et collègues (2019), les agressions physiques et sexuelles poussent l'individu à être alerte face à la menace alors qu'un certain repli est nécessaire afin de s'immerger dans la rêverie. De l'autre, le vécu de violences sexuelles et physiques peut également servir de tremplin à la rêverie étant donné que cette dernière peut être utilisée pour s'évader d'une réalité douloureuse (Abu-Rayya et al., 2019). Les MDers ont tout de même reporté des traumatismes « simples », comme le fait d'avoir dû déménager ou de perdre soudainement ses possessions ou d'être témoin d'événements horrifiants. Ceci est en contradiction avec nos attentes où nous pouvions penser que le MD était plutôt issu du fait d'être victime de violences interpersonnelles sur la durée.

Les réponses qualitatives des personnes ayant spécifiquement mentionné que leur rêverie est devenue excessive suite au vécu d'événements stressants et traumatiques reflètent une distribution similaire des traumatismes. En effet, environ la moitié de l'échantillon a reporté au moins un traumatisme en lien avec de la maltraitance émotionnelle perpétrée par un membre de leur famille, alors

que les agressions physiques et sexuelles ont été moins souvent mentionnées. De plus, l'analyse des traumatismes a permis de mettre en lumière le bullying, ou intimidation et le manque d'amis comme un des événements ayant impacté le plus souvent les MDers. Ces derniers insistent ainsi sur leur solitude. L'analyse des réponses éclaire aussi les résultats quantitatifs concernant la significativité entre MD et événements soudains (p.ex. le déménagement). En effet, les MDers expliquent que ce sont les conséquences de ces événements qui ont causé leur isolement et donc leur détresse. Les analyses des récits ont aussi mis en évidence que le MD s'est installé chez des participants à la suite d'épisodes dépressifs et anxieux afin de compenser les affects négatifs et leur solitude.

Les résultats quantitatifs et qualitatifs suggèrent alors que ce sont les événements qui touchent plus à la violence émotionnelle et à l'isolement qui augmentent la probabilité de développer le MD. Selon les recherches sur la maltraitance émotionnelle, c'est cette forme de violence qui amènerait plus de symptômes psychologiques en comparaison, par exemple, à la violence physique (Young, Lennie & Minnis, 2011). Les enfants et les adolescents victimes de négligences et d'abus émotionnels ont de plus grandes difficultés cognitives, s'enfermant dans le repli et ont des interactions plus rares avec leurs pairs (Young et al., 2011). Alors que les ressources sociales sont primordiales pour faire face à des événements négatifs, cela devient problématique quand l'entourage est la source des traumatismes (Compas, 1987). Pour les enfants, la détresse sera plus élevée lorsqu'elle touche aux parents étant donné que ce sont les supports principaux de soutien émotionnel et de socialisation (Compas, 1987). Plus l'enfant grandit, plus les relations avec les pairs se développent et peuvent devenir une source importante de stress (Benner et al., 2019). Étant donné que les besoins émotionnels ne sont pas remplis, les MDers se seraient tournés vers la rêverie comme stratégie de coping pour compenser la solitude. Or, cette solitude sera exacerbée par le retrait dans le MD, privant davantage les MDers d'un soutien social primordial pour une meilleure adaptation (Somer et al., 2016a).

### ***Accumulation de différents types de traumatismes et MD***

Le troisième aspect du traumatisme étudié comme pouvant participer au développement du MD concerne l'accumulation de traumatismes distincts pendant une même période. Pour ce faire, la somme des différents traumatismes mentionnés a été calculée. Il est important de rappeler que cette somme ne prend pas en compte la fréquence d'un seul et même traumatisme, comme, par exemple, le fait d'avoir subi des abus sexuels répétés pendant l'enfance, étant donné qu'il est difficile de quantifier des violences répétées sur la durée. Les résultats montrent que les MDers rapportent en moyenne avoir subi plus de traumatismes différents pendant l'enfance ou pendant l'adolescence. A contrario, ce sont les non-MDers qui ont subi plus de traumatismes à l'âge adulte. Ainsi, notre hypothèse selon laquelle ce sont les MDers qui ont eu à faire face à une plus grande diversité de traumatismes pendant l'enfance et l'adolescence est confirmée. Ces résultats sont en lien avec ce qui était attendu au niveau théorique. En effet, les individus victimes d'un traumatisme sont plus enclins à en vivre d'autres ; cela est expliqué par les conséquences néfastes qui s'en suivent (Briere & Scott, 2014 ; Cloitre et al., 2009). De plus, l'accumulation de traumatismes sur une certaine période, surtout pendant l'enfance et l'adolescence, rend les individus plus vulnérables au développement de psychopathologies, ce qui serait également le cas avec le MD (Briere & Scott, 2014 ; Cloitre et al., 2009). L'analyse des réponses écrites des MDers corrobore ces résultats étant donné que les MDers ont mentionné plusieurs traumatismes différents ayant rendu leur rêverie excessive et font part d'une certaine chronicité d'évènements traumatiques. Confrontés aux poids des évènements et sans soutien social durant leur développement, les MDers se sont réfugiés dans la rêverie pour s'extraire de leur souffrance. La théorie sur le coping explique que face à l'accumulation d'évènements stressants et sans contrôle sur leur déroulement, le coping centré sur l'émotion sera le plus approprié (Holmes & Stevenson, 1990).

### ***La fantasy proneness comme facteur de risque supplémentaire au développement du MD lors de traumatismes***

Jusqu'ici, les études sur le MD expliquaient que les MDers avaient développé la rêverie comme stratégie de coping face à des évènements

traumatiques grâce à une capacité innée à la fantaisie, mais ce mécanisme n'avait pas été testé empiriquement (Somer, 2002, Somer et al., 2016, Somer et al., 2016a). Dans ce travail, ces relations ont été étudiées en utilisant la FP (mesurée par le CEQ, Marchelback et al., 2001) comme mesure de la prédisposition à la rêverie. Pour ce faire, des régressions logistiques ont été conduites et deux modèles ont été proposés. Ainsi, la FP médiatise totalement la relation entre la somme des traumatismes distincts subis pendant l'enfance ou l'adolescence et le diagnostic MD. Une médiation comparable a aussi été trouvée pour les traumatismes subis pendant l'adolescence. La FP explique ainsi une part importante de la variance du MD. Ces deux modèles montrent que plus le nombre de traumatismes subis à une même période est élevé, plus il augmente la probabilité d'avoir un score élevé en FP, qui à son tour augmente les chances d'être diagnostiqué MD. Il est important de remarquer que, malgré la relation positive pour les deux périodes traumatiques et le MD, la relation est plus substantielle pour la somme des traumatismes arrivés pendant l'enfance, soulignant à nouveau l'enfance comme période de vulnérabilité principale.

L'association positive entre traumatismes et la propension à la rêverie rejoint les recherches de Wilson et Barber (1981) ainsi que celles de Rhue et Lynn (1987) qui stipulent que la FP se développe suite au vécu d'évènements traumatiques pendant l'enfance, particulièrement lorsqu'ils sont répétés. Les réponses qualitatives des MDers viennent appuyer ces résultats. En effet, certains MDers ont complété leurs réponses en spécifiant qu'ils avaient toujours été très imaginatifs, mais ils ont associé l'augmentation de la rêverie devenue finalement compulsive au vécu d'évènements traumatiques.

Ainsi, en utilisant la plus grande base de données existante à ce jour sur le MD, nos résultats confirment l'hypothèse avancée dans la littérature issue de données qualitatives (Somer, 2002 ; Somer et al., 2016a), selon laquelle les enfants (et les adolescents, grâce à cette recherche) ayant une capacité innée à la fantaisie l'utiliseraient et la développeraient davantage pour apaiser les émotions négatives suites au vécu de traumatismes. Étant donné que les enfants et les adolescents n'ont pas acquis des stratégies d'adaptation suffisantes à cause de leur jeune âge, ils auront recours plus facilement à la fantaisie comme stratégie de coping afin d'éviter l'émotion désagréable suite à des évènements traumatiques (Bryant, 1995). L'utilisation de la rêverie comme stratégie



d'évitement va donner lieu à un renforcement positif par le plaisir procuré par la rêverie, ceci va alors contribuer à développer d'avantage la capacité à la rêverie (Somer & Herscu ; 2017 Somer et al., 2016a). De plus, la répétition de différents types de traumatismes provoquera ainsi une envie accrue de compenser la réalité douloureuse par la rêverie. Cette dernière étant source d'apaisement amènera les MDers à être en retrait, les empêchant de mener des activités quotidiennes et sociales, ce qui exacerbera leur souffrance et leur envie de se réfugier dans la rêverie (Somer et al., 2016a). La conséquence sera alors une utilisation pathologique de la rêverie tellement l'envie devient forte (Somer et al., 2016a). Ce mécanisme peut refléter de quelle manière la fantaisie qui faisait office de stratégie adaptée à un jeune âge, impacte négativement le fonctionnement lorsqu'elle est utilisée à un âge plus avancé. En plus de l'isolement qu'il provoque, le MD entraverait le développement d'autres stratégies qui seraient plus efficaces pour faire face aux sources de stress et aux nouvelles exigences, à l'exemple des stratégies centrées sur le problème (Lazarus & Folkman, 1984). De plus, les relations étudiées ont permis de participer à la compréhension de la dynamique développementale des stratégies de coping. Le fait que la relation directe entre traumatismes subis à l'adolescence et MD soit significativement marginale avant l'introduction de la FP, met en avant que ce sont alors adolescents qui seraient moins vulnérables du fait que qu'ils ont pu développer plus de compétences, leur permettant d'acquérir un panel diversifié de stratégies pour faire face à des évènements critiques (Compas et al., 2017 ; Seiffge-Krenke, 2000).

Ainsi, nous pourrions avancer que la prédisposition à la rêverie est un facteur de risque au développement du MD lorsque les enfants et les adolescents sont confrontés au vécu de différents d'évènements traumatiques dépassant les capacités d'adaptation de l'enfant.

### **Limites**

Plusieurs limites sont à prendre ici en considération. Ce travail a permis de repérer des traumatismes spécifiques au développement du MD, mais, comme dans la plupart des recherches faites dans le domaine de la psychotraumatologie, il existe un biais dû à la récolte de données faite rétrospectivement qui peuvent

ne pas correspondre totalement au réel vécu (Carlson et al., 2011). De plus, la répercussion émotionnelle d'évènements traumatiques est difficile à mesurer et est très variable du fait de sa perception subjective (Carlson et al., 2011). Il est également possible qu'il existe un biais de surreprésentation de certains traumatismes dans notre échantillon. Ainsi, les résultats présentés sont à prendre en considération uniquement pour les participants de cette étude et ne peuvent être généralisés. Cependant, les expériences traumatisantes et stressantes identifiées dans ce travail rejoignent celles présentées dans les travaux précédents (Somer, 2002 ; Somer et al., 2016a).

Les analyses ont permis de mettre en avant une trajectoire possible du développement du MD, mais la nature transversale de cette étude appelle à la prudence quant à l'interprétation de la direction des effets entre les variables. La FP a été considérée comme prédisposition à la fantaisie qui se serait développée davantage suite à son interaction avec un traumatisme menant au MD. Cependant, il est possible que des scores élevés en FP aient déjà été présents avant le traumatisme. C'est pour cette raison qu'une analyse longitudinale serait plus appropriée pour étudier les prédicteurs et les conséquences du MD. Cette méthodologie permettrait également de saisir après combien de temps l'utilisation de la fantaisie est devenue pathologique, dans le but de pouvoir intervenir au plus vite. Cependant, ce genre d'étude serait difficile à conduire. Dans cette étude, l'importance du support social a été observée indirectement par la nature des traumatismes les plus mentionnés par les MDers. Il serait également intéressant de mesurer le soutien social et de l'inclure dans le modèle intégratif afin de voir s'il a un effet protecteur sur le développement du MD.

Une autre limite concerne le regroupement des catégories d'âges. Étant donné que le regroupement des traumatismes par âge a été contraint par les mesures du THS (Carlson, 2011), il donne lieu à des périodes larges et peu précises (0-9 ans, 10-19 ans, dès 20 ans). Des mesures plus fines seraient importantes pour étudier à quel moment du développement l'impact du traumatisme a eu lieu. Aussi, notre échantillon est composé essentiellement de personnes jeunes ( $M = 30.10$ ,  $SD = 13.93$ ), ce qui pourrait expliquer pourquoi l'âge a eu une contribution dans la variance des modèles et que les traumatismes subis à l'âge adulte aient peu été représentés. Ceci peut être expliqué par le

recrutement des participants qui a majoritairement été fait sur les réseaux sociaux et donc qui a pu moins toucher une population plus âgée.

Une limite supplémentaire de cette étude repose sur le fait que la négligence émotionnelle et l'abus émotionnel ont été pris en considération conjointement sous le terme de maltraitance émotionnelle. Cependant, ce sont deux formes de violence émotionnelle différentes étant donné que la première est passive et la deuxième active (Young, et al., 2011). Au vu de l'importance de ce traumatisme dans l'expérience du MD, il serait important d'étudier leur impact de manière indépendante.

Finalement, étant donné que les réponses qualitatives ont été collectées par écrit, il n'a pas été possible d'approfondir la discussion afin de mieux comprendre de quelle manière les traumatismes ont affectés les MDers et de les questionner sur leurs ressources. Afin de mieux saisir le phénomène, il serait intéressant de développer des questions plus précises à poser en entretien.

## **Conclusion**

À notre connaissance, cette recherche est la première à étudier de manière systématique l'association entre traumatismes et maladaptive daydreaming dans un échantillon large et non clinique. Grâce à l'analyse détaillée des traumatismes, cette étude permet d'avancer avec plus de confiance que le traumatisme infantile, bien qu'il ne soit pas une condition nécessaire au MD, augmente le risque de développer le MD. Ainsi ces résultats viennent en appui aux études précédentes sur le sujet (Abu-Rayya et al., 2019 ; Somer, 2002 ; Somer & Herscu, 2017 ; Somer et al., 2016a) et permettent de les compléter en identifiant l'adolescence comme période de risque au développement du MD lors d'évènements de vie critiques, bien qu'elle soit moins sensible en comparaison à l'enfance. De plus, ce travail a permis de mettre en avant que la prédisposition à la fantaisie, étudiée via le construit de fantasy proneness, augmente le risque de développer le MD lors du vécu de plusieurs traumatismes différents à une même période. En effet, étant donné que les enfants et les adolescents ne bénéficient pas de stratégies de coping variées, ils se tourneront vers leur capacité innée à la rêverie et la développeront davantage en l'utilisant comme stratégie de coping afin d'échapper aux émotions aversives causées par

leur environnement en se construisant des mondes apaisants. Cependant, son utilisation exacerbée va contribuer à la mise en place du MD comme utilisation pathologique de la rêverie. Selon Soffer-Dudek et Somer (2018), cette prédisposition à la rêverie couplée à un vécu traumatique pourrait se traduire en un modèle de vulnérabilité-stress pour le MD étant donné que le don pour la fantaisie peut se développer en psychopathologie lorsque les ressources de l'individu sont dépassées par un contexte de vie négatif. Afin de mieux comprendre l'étiologie du MD, il serait intéressant d'investiguer si l'expérience du MD diffère entre les individus ayant été victimes de traumatismes et ceux n'ayant pas relevé d'expériences négatives.

Ce travail a également permis de mettre en évidence que les traumatismes les plus associés au développement du MD sont la négligence et l'abus émotionnel, ainsi que des situations d'environnement familial négatif comme l'abandon par un parent ou le fait d'être témoin de violences inter-parentales. L'analyse qualitative a l'avantage de compléter ces données et de mettre en évidence l'intimidation par les pairs ainsi que le fait de ne pas avoir d'amis et l'isolement comme facteurs de risque. Alors que le soutien social est une composante essentielle pour faire face au stress, les MDers auraient eu recours à la fantaisie pour compenser des besoins émotionnels qui n'ont pas été remplis (Somer et al., 2016a). De plus, le vécu de ces situations va contribuer à sentiment d'impuissance important chez les enfants et les adolescents étant donné qu'ils sont victimes d'adultes ou d'un groupe. Ceci augmente ainsi la probabilité d'utilisation de stratégies d'évitement (Holmes & Stevenson, 1990, comme la rêverie dans le cas présent.

En somme, les résultats de cette étude montrent alors une utilisation inadaptée de la rêverie comme stratégie de coping centré sur l'évitement dû au jeune âge auxquels les participants ont eu à faire face à des événements traumatiques et exacerbé par leur prédisposition à la fantaisie. En effet, les stratégies d'évitement sont positivement corrélées au développement et au maintien de psychopathologies chez l'enfant et l'adolescent. Dans notre cas, le MD pourrait faire partie de ces psychopathologies en tant qu'addiction sans substances (Somer & Herscu, 2017 ; Pietkiewicz et al., 2018).

### ***Pistes d'intervention***

En mettant en évidence une des voies possibles du développement du MD, cette recherche peut également nous donner des pistes d'intervention. Compte tenu de l'importance de la maltraitance perpétrée par la famille et par les pairs dans notre échantillon, il est primordial en premier lieu de pouvoir développer des interventions dans le but de réduire le risque de maltraitance et de négligence chez l'enfant et l'adolescent. D'une part, en développant des aides psychosociales auprès des familles évoluant dans des climats défavorables et, d'autre part, en sensibilisant les établissements scolaires aux situations d'intimidation par les pairs étant donné les graves conséquences de celles-ci. En vue de la vulnérabilité des enfants et des adolescents, un soutien psychologique et social précoce est indispensable pour les victimes afin de prévenir des situations de détresse importante pouvant mener au MD. Finalement, une approche thérapeutique de type cognitivo-comportementale pourrait être proposée aux MDers. Afin d'enrichir leur répertoire de coping, il serait question de les aider à développer des stratégies de coping actives pour les aider à reprendre un certain contrôle et ainsi mieux gérer des situations stressantes (Compas et al., 2017). En vue du manque de soutien social et du retrait expérimenté par les MDers, il serait également important de proposer le développement de compétences interpersonnelles afin que les individus puissent se constituer un réseau social sur lequel compter (Benner et al., 2019). En effet, la recherche de support social peut être considérée comme une stratégie d'adaptation active et peut participer à la réduction de la détresse et des conséquences d'un vécu traumatique (Compas et al., 2017; Jaffee, 2017).

## Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Abu-Rayya, H. M., Somer, E., & Knane, H. (2019). Maladaptive daydreaming is associated with intensified psychosocial problems experienced by female survivors of childhood sexual abuse. *Violence Against Women*, 1-13. doi:10.1177/1077801219845532
- Bacon, A. M., & Charlesford, J. J. (2018). Investigating the association between fantasy proneness and emotional distress: the mediating role of cognitive coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 135, 157-165. doi:10.1016/j.paid.2018.07.003
- Bigelsen, J., Lehrfeld, J. M., Jopp, D. S., & Somer, E. (2016). Maladaptive daydreaming: Evidence for an under-researched mental health disorder. *Consciousness and Cognition*, 42, 254–266. doi: 10.1016/j.concog.2016.03.017
- Bigelsen, J., & Schupak, C. (2011). Compulsive fantasy: proposed evidence of an under-reported syndrome through a systematic study of 90 self-identified non-normative fantasizers. *Consciousness and Cognition*, 20(4), 1634-1648. doi:10.1016/j.concog.2011.08.013
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 157-189. doi:10.1007/BF00844267
- Briere, J. N., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 21(2), 223-226. doi:10.1002/jts.20317
- Briere, J. N., & Scott, C. (2014). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment (DSM-5 update)*. New York: Sage Publications.
- Bryant, R. A. (1995). Fantasy proneness reported childhood abuse, and the relevance of reported abuse onset. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 43(2), 184-193. doi :10.1080/00207149508409960
- Benner, A. D., Hou, Y., & Jackson, K. M. (2019). The consequences of friend-related stress across early adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, 39(3), 1-24. doi:10.1177/0272431619833489
- Carlson, E. B., Smith, S. R., Palmieri, P. A., Dalenberg, C., Ruzek, J. I., Kimerling, R., ... & Spain, D. A. (2011). Development and validation of a brief self-report measure of trauma exposure: The Trauma History

- Screen. *Psychological Assessment*, 23(2), 463-477.  
doi:10.1037/a0022294
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Reviews of Clinical Psychology*, 1, 409-438. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. doi:10.1002/jts.20444
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... & Mallah, K. (2017). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. doi: 10.3928/00485713-20050501-05
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101(3), 393-403.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., ... & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological bulletin*, 143(9), 939-991. doi: 10.1037/bul0000110
- Fields, L., & Prinz, R. J. (1997). Coping and adjustment during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 17(8), 937-976. doi: 10.1016/S0272-7358(97)00033-0
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, IL: Aldine.
- Holahan, C. J., Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (5),946-955. doi:10.1037/0022-3514.52.5.946
- Jaffee, S. R. (2017). Child maltreatment and risk for psychopathology in childhood and adulthood. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 525-551. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032816-045005
- Jopp, D. S., Dupuis, M., Somer, E., Hagani, N., & Herscu, O. (2018). Validation of the Hebrew version of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS-H): Evidence for a generalizable measure of pathological daydreaming. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. doi:10.1016/j.concog.2015.12.001

- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society, *61*(5), *The Journal of Clinical Psychiatry*, 4-14.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... & Benjet, C. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, *197*(5), 378-385. doi:10.1192/bjp.bp.110.080499
- Killingsworth, M. A., & Gilbert, D. T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *Science*, *330*(6006), 932-932. doi:10.1126/science.1192439
- Klinger, E. (1971). *Structure and functions of fantasy*. Oxford England: Wiley.
- Klinger, E. (2009). Daydreaming and fantasizing: Thought flow and motivation. In K. D. Markman, W. M. P. Klein, & J. A. Suhr (Eds.), *Handbook of imagination and mental simulation* (pp. 225–239). New York, NY: Psychology Press. doi:10.4324/9780203809846
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lynn, S. J., & Rhue, J. W. (1986). The fantasy-prone person: Hypnosis, imagination, and creativity. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(2), 404-408. doi:10.1037/0022-3514.51.2.404
- Merckelbach, H., Horselenberg, R., & Muris, P. (2001). The Creative Experiences Questionnaire (CEQ): A brief self-report measure of fantasy proneness. *Personality and Individual Differences*, *31*(6), 987-995. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00201-4
- Moos, R. H., & Holahan, C. J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, *59*(12), 1387-1403. doi:10.1002/jclp.10229
- Pai, A., Suris, A., & North, C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the DSM-5: Controversy, change, and conceptual considerations. *Behavioral Sciences*, *7*(1), 1-7. doi:10.3390/bs7010007
- Pallant, J. (2011). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using the SPSS program, 4th edition*. Crows Nest, N.S.W., Australia: Allen & Unwin.
- Pietkiewicz, I. J., Nęcki, S., Bańbura, A., & Tomalski, R. (2018). Maladaptive daydreaming as a new form of behavioral addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, *7*(3), 838-843. doi:10.1556/2006.7.2018.95
- Rauschenberger, S. L., & Lynn, S. J. (1995). Fantasy proneness, DSM-II—R Axis 1 psychopathology, and dissociation. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*(2), 373-380. doi:10.1037/0021-843X.104.2.373



- Rhue, J. W., & Lynn, S. J. (1987). Fantasy proneness: Developmental antecedents. *Journal of Personality*, 55(1), 121-137.
- Rhue, J. W., Lynn, S. J., Henry, S., Buhk, K., & Boyd, P. (1990). Child abuse, imagination and hypnotizability. *Imagination, Cognition and Personality*, 10(1), 53-63. doi:10.2190/N7XJ-05KR-BQ6L-3G9N
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41(7), 813-819. doi:10.1037/0003-066X.41.7.813
- Schupak, C., & Rosenthal, J. (2009). Excessive daydreaming: A case history and discussion of mind wandering and high fantasy proneness. *Consciousness and Cognition*, 18(1), 290-292. doi:10.1016/j.concog.2008.10.002
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23(6), 675-691 doi:10.1006/jado.2000.0352
- Singer, J. L. (1966). *Daydreaming*. New York: Random House.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic intervals for indirect effects in structural equations models. In S. Leinhardt (Ed.), *Sociological Methodology 1982* (pp. 290-312). San Francisco: Jossey-Bass. doi:10.2307/270723
- Soffer-Dudek, N., & Somer, E. (2018). Trapped in a daydream: daily elevations in maladaptive daydreaming are associated with daily psychopathological symptoms. *Frontiers in Psychiatry*, 9(1), 1-14. doi:10.3389/fpsyt.2018.00194
- Somer, E. (2002). Maladaptive daydreaming: A qualitative inquiry. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, 197-212. doi:10.1023/A:1020597026919
- Somer, E., Abu-Raya, H. M., & Simaan, Z. N. (2019). Maladaptive Daydreaming Among Recovering Substance Use Disorder Patients: Prevalence and Mediation of the Relationship Between Childhood Trauma and Dissociation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-11. doi:10.1007/s11469
- Somer, E., & Braunstein, A. (1999). Are children exposed to interparental violence being psychologically maltreated? *Aggression and Violent Behavior*, 4(4), 449-456. doi:10.1016/S1359-1789(98)00023-8
- Somer, E., & Herscu, O. (2017). Childhood trauma, social anxiety, absorption and fantasy dependence: Two potential mediated pathways to maladaptive daydreaming. *Journal of Addictive Behaviors, Therapy & Rehabilitation*, 6, 1-5. doi:10.4172/2324-9005.1000170

- Somer, E., Lehrfeld J., Jopp, D. S., & Bigelsen, J. (2016). Development and validation of the Maladaptive Daydreaming Scale (MDS). *Consciousness and Cognition*, 39, 77–91. doi: 10.1016/j.concog.2015.12.001
- Somer, E., Somer, L., & Jopp, S. D. (2016a). Childhood antecedents and maintaining factors in maladaptive daydreaming. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(6), 471–478. doi: 10.1097/NMD.0000000000000507.
- Somer, E., Somer, L., & Jopp, S. D. (2016b). Parallel lives: A phenomenological study of the lived experience of maladaptive daydreaming. *Journal of Trauma and Dissociation*, 17(5), 561–576. doi: 10.1080/15299732.2016.1160463
- Smallwood, J., & Schooler, J. W. (2006). The restless mind. *Psychological Bulletin*, 132(6), 946-958. doi:10.1037/0033-2909.132.6.946
- Taillieu, T. L., Brownridge, D. A., Sareen, J., & Afifi, T. O. (2016). Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect*, 59, 1-12. doi:10.1016/j.chiabu.2016.07.005
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 389-399. doi:10.1002/jts.20047
- Wilson, S. C., & Barber, T. X. (1981). Vivid fantasy and hallucinatory abilities in the life histories of excellent hypnotic subjects (“somnambulism”): Preliminary report with female subjects. In E. Klinger (Ed.), *Imagery: Vol. 2. Concepts, results, and applications* (pp. 133–1490). New York: Plenum. doi:10.1007/978-1-4684-3974-8\_10
- Young, R., Lennie, S., & Minnis, H. (2011). Children’s perceptions of parental emotional neglect and control and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 889-897. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02390.x