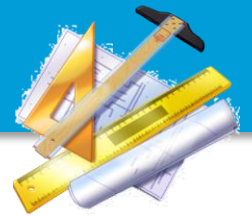


TSI-2

Trauma Symptoms Inventory, Second edition Inventaire des symptômes liés au trauma



Introduction

Selon le plus récent Manuel diagnostique des troubles mentaux (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013), un trauma consiste en l'expérience directe ou indirecte d'un événement impliquant des blessures graves, de la violence sexuelle ou des risques de mortalité. Bien qu'une telle définition soit utile, elle ne reflète pas la multitude des événements potentiellement traumatiques qui peuvent avoir des répercussions à long terme, en particulier les traumas de nature psychologique. Par conséquent, des auteurs (Godbout et al., sous presse) suggèrent qu'un événement est considéré traumatique s'il est vécu comme étant bouleversant, qu'il dépasse ou submerge les capacités développementales d'une personne à composer avec cette expérience ou porte atteinte à son intégrité physique ou psychologique, et produit des symptômes psychologiques qui perdurent dans le temps. Le caractère dévastateur de ces expériences constitue une entrave à la reprise du développement normal de l'individu et déclenche chez le survivant, ainsi que souvent chez ses proches, un ensemble de réactions affectives, cognitives et comportementales qui signalent une détresse personnelle, une perte de contrôle et un dysfonctionnement social important (Godbout, Hodges, Briere, & Runtz, 2016).

Jusqu'à récemment, les effets documentés, et plus fréquemment mesurés de l'exposition aux traumas, ont été relativement circonscrits autour des symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Ils sont caractérisés par des symptômes d'intrusion (i.e. : flashbacks, cauchemars, pensées intrusives), de l'évitement cognitif et comportemental des stimuli en lien avec le trauma, une hyperactivation du système nerveux, ainsi que des altérations cognitives et émotionnelles (APA, 2013). Or, les travaux de recherche et l'expérience clinique mettent en relief un bon nombre de symptômes ou de problèmes post-traumatiques qui sortent des frontières du TSPT, incluant entre autres, la somatisation, l'anxiété, les symptômes dépressifs, les difficultés sexuelles, les difficultés identitaires, les problèmes d'attachement, et les comportements réducteurs de tensions.

Malheureusement, peu de tests standardisés permettent d'évaluer ce tableau complexe et hétérogène de symptômes ou problèmes, entre autres parce que les tests étant soit étroitement centrés autour du TSPT ou sont non validés. Une alternative à l'utilisation d'une vaste batterie de tests pour

mesurer les différentes répercussions potentielles des traumas est l'Inventaire des symptômes liés aux traumas (TSI; Briere, 1995) originalement développé pour évaluer l'étendue des effets des traumas et souvent utilisé dans l'évaluation des effets de traumas complexes. Ce test a récemment été revu et validé auprès d'Américains (TSI-2; Briere, 2011). Le TSI-2 évalue les symptômes du TSI dont les échelles ont été mises à jour, en plus de trois nouveaux facteurs : préoccupations somatiques, aspects suicidaires et insécurités d'attachement.

Description

Le TSI-2 est un instrument auto-rapporté qui comprend cent trente-six (136) items évalués sur une échelle de 0 (jamais) à 3 (souvent) en tenant compte des six derniers mois, et ce, sans référence à un trauma spécifique. Les items sont catégorisés en 4 facteurs composés d'échelles et de sous-échelles. La Figure 1 expose les facteurs, leurs échelles et sous-échelles de mesure. Le TSI-2 comprend également deux échelles de validité permettant d'identifier les patrons de réponse marqués par une surestimation ou une sous-estimation des symptômes de trauma vécus.

Cet instrument s'adresse aux adultes, âgés de 18 à 88 ans. Il peut être administré de manière individuelle ou en groupe. La durée moyenne pour y répondre est de 20 minutes.

Cotation et normes

Le score à chacune des échelles et sous-échelles du TSI-2 est obtenu en faisant la somme des réponses aux items en lien avec celles-ci. Des normes ont été obtenues auprès de plusieurs échantillons provenant de la population générale et de populations cliniques aux États-Unis et permettent d'obtenir un score T (*moyenne* = 50 ; *écart type* = 10) en fonction du sexe et de l'âge. Celui-ci permet de déterminer si le score d'un individu est « normal » ($T < 60$), « problématique » ($T = 60-64$) ou « cliniquement élevé » ($T > 64$). Il est également possible d'obtenir un score en percentile. Ces normes servent typiquement de référence auprès de la population canadienne ou québécoise, mais des études devront en confirmer l'exactitude.

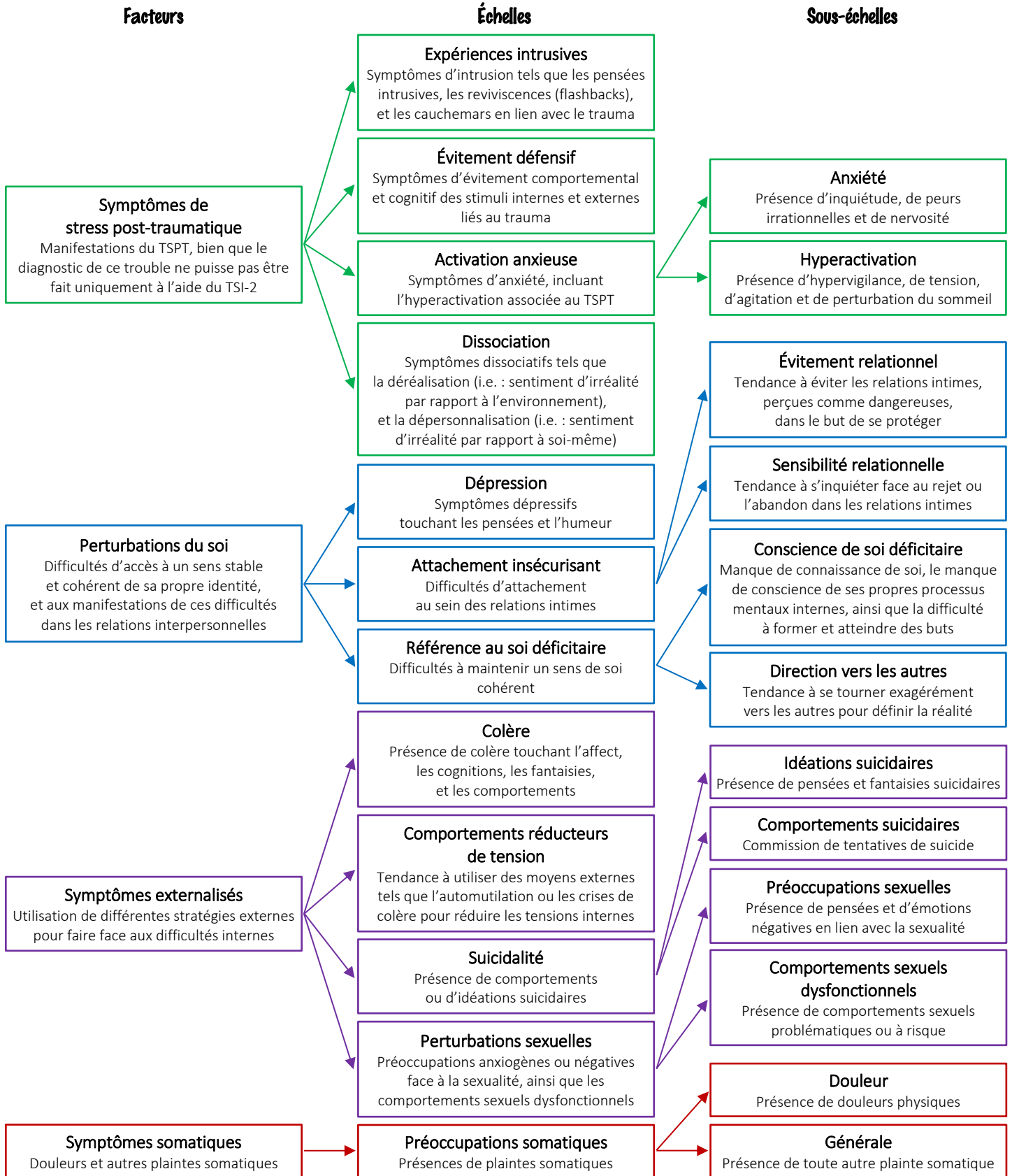


Figure 1
Facteurs, échelles et sous-échelles du TSI-2

Qualités psychométriques

La consistance interne de la version anglophone du TSI-2 (α varie entre 0,72 et 0,94) et les indices de stabilité test-retest ($r = 0,66$ à $0,96$) sont généralement satisfaisants, à l'exception de l'indice de stabilité de la sous-échelle de **comportements suicidaires** ($r = 0,15$) qui peut être expliquée par la faible prévalence des comportements suicidaires dans l'échantillon de la population générale (Briere, 2011). La validité factorielle de l'instrument est également démontrée par la comparaison de cinq modèles alternatifs (Godbout et al., 2016). Concernant la validité de critère, les scores aux différents facteurs (Godbout et al., 2016), échelles et sous-échelles du TSI-2 (Briere, 2011) permettent de différencier les individus ayant déjà vécu un trauma de ceux n'en ayant jamais vécu. Enfin, la validité concomitante est démontrée par la corrélation entre les échelles et sous-échelles du TSI-2 et d'autres instruments mesurant des construits similaires (Briere, 2011). Par exemple, les scores de l'échelle de **insécurité de l'attachement** sont liés à ceux du Questionnaire sur les expériences amoureuses (Runtz, Godbout, Eadie, & Briere, 2008). Bien que le TSI-2 ait été traduit en français par un processus de traduction renversée et vérifié par l'auteur de la version originale, aucune validation de la version française n'a été publiée à ce jour.

Conclusion

En conclusion, le TSI-2 est un outil prometteur au niveau clinique comme en recherche, puisqu'il permet de mesurer un éventail de symptômes liés au trauma qui ne se limite pas aux manifestations du TSPT tel que défini par APA (2013). Cet outil et les analyses sur ses qualités psychométriques démontrent que les répercussions post-traumatiques touchent une grande variété de facteurs, parfois négligés dans les recherches et le travail clinique auprès des victimes de traumas.

Par exemple, la peur du rejet, l'évitement relationnel, les problèmes identitaires ou de conscience de soi, ainsi que la tendance à se tourner vers d'autres pour définir sa réalité sont distincts des symptômes de TSPT typiques. Il n'en demeure pas moins que ces facteurs peuvent être associés à des effets délétères pour les survivants de trauma et doivent être ciblés dans les interventions. De même, le facteur classique d'évitement dans le TSPT néglige certaines activités d'externalisation utilisées pour distraire, engourdir la douleur, ou éviter des états émotionnels accablants. Or, identifier ces comportements peut ouvrir la porte à une compréhension plus holistique du fonctionnement actuel du survivant et favoriser la mise en place de stratégies de changements efficaces en thérapie.

Le TSI-2 s'avère donc un outil prometteur pour mesurer, identifier et éventuellement cibler ces facteurs parfois négligés

afin de promouvoir le bien-être des survivants de traumas. Toutefois, bien que les propriétés psychométriques de l'outil anglophone soient adéquates, il demeure essentiel de répliquer les résultats pour la version francophone de l'instrument. Enfin, le TSI-2 offre une flexibilité intéressante aux chercheurs et aux intervenants puisqu'il mesure un ensemble de symptômes et de comportements sous formes de facteurs, d'échelles et sous-échelles.

Références

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. (2011). *Trauma Symptom Inventory-2 (TSI-2)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Courtois, C., & Ford, J. D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence based guide*. New York, NY: Guilford.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Polyvictimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, *31*(1), 7-26. doi:10.1016/j.chiabu.2006.06.008
- Godbout, N., Hodges, M., Briere, J., & Runtz, M. (2016). Structural analysis of the Trauma Symptom Inventory-2. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *25*(3), 333-346. doi:10.1080/10926771.2015.1079285
- Godbout, N., Bigras, N., Runtz, M., & Briere, J. (sous presse). Traumas dans l'enfance et les relations de couple. Dans Y. Lussier, S. Sabourin & C. Bélanger (Éds.), *Fondements de la Psychologie du Couple*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec (PUQ).
- Runtz, M., Godbout, N., Eadie, E., & Briere, J. (2008, août). *Validation of the revised Trauma Symptom Inventory (TSI-2)*. Communication présentée au 116th Annual Convention of the American Psychological Association, Boston, MA.



Remerciements

Les auteures tiennent à remercier John Briere, Ph.D., pour la création de cet outil adapté à la réalité des survivants de trauma et pour l'ensemble de son travail dans le domaine du trauma. Nous souhaitons également souligner la précieuse collaboration de Marsha Runtz, Ph.D. dans les études de validation du TSI-2. Il importe de noter le soutien financier apporté par les Fonds de recherche du Québec – Santé (programme Chercheur-Boursier junior 1 – Santé et Société) pour la programmation scientifique de Natacha Godbout sur les effets des traumatismes interpersonnels à l'âge adulte. Finalement, il importe d'accorder un remerciement spécial aux survivants de trauma, dont la résilience ne cesse de motiver et d'inspirer nos travaux, et aux précieux participants à nos études, qui nous permettent de mieux comprendre les conséquences du trauma, les mécanismes d'adaptation psychologique et relationnel, et de raffiner nos méthodes d'intervention préventives et curatives.

Pour plus d'informations

Natacha Godbout, Ph.D. professeure
Département de sexologie
Université du Québec à Montréal
Téléphone : (514) 987-3000 poste 6590
Courriel : godbout.natacha@uqam.ca

Il est nécessaire de contacter Psychological Assessment Ressources (PAR) afin de se procurer et d'utiliser le TSI-2 : <http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=TSI-2>

Référence de l'instrument de mesure

Briere, J. (2011). *Trauma Symptom Inventory-2 (TSI-2)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Référence de la capsule de mesure

Godbout, N., & Cyr, G. (2016, août). *Capsule de mesure #5: TSI-2 - Trauma Symptom Inventory - Second edition / Inventaire des symptômes liés au trauma*. Équipe de recherche FQRSC - Violence sexuelle et santé (EVISSA), UQAM, Montréal, Québec. Avec la collaboration de Mélanie St-Hilaire et Manon Robichaud, professionnelles de recherche

L'Équipe Violence Sexuelle et Santé (ÉVISSA), dirigée par Martine Hébert, Ph.D. (UQAM), est un regroupement interdisciplinaire de 11 chercheurs.es provenant de diverses universités québécoises. En plus des chercheurs.es réguliers.ères, l'équipe entretient des collaborations étroites avec des chercheurs.es nationaux et internationaux, et encadre les travaux de plus d'une quarantaine d'étudiants.es universitaires de tous les cycles. La programmation de l'équipe a pour objectif de mieux comprendre les conséquences de la violence sexuelle sur le plan de la santé mentale, physique et sexuelle, et ce dans différents contextes de vie (famille, enfance, premières relations amoureuses et couple adulte).

Cette équipe est financée par le Fonds de recherche du Québec – Société et Culture (FRQ-SC).

Pour télécharger les capsules de mesure disponibles, consulter ce lien : <https://martinehebert.uqam.ca>

