



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Article original

# Effets médiateurs de la symptomatologie de stress post-traumatique et des symptômes de dissociation somatoforme sur la relation entre l'attachement et la qualité de vie liée à la santé après un infarctus du myocarde

## Mediating roles of posttraumatic stress symptomatology and somatoform dissociation symptoms in the relationship between attachment and health-related quality of life after myocardial infarction

Murielle Jacquet-Smailovic<sup>a,b,\*</sup>, Charles Martin-Krumm<sup>a,c</sup>, Cyril Tarquinio<sup>a</sup>

<sup>a</sup> APEMAC/EPSAM UE4360, UFR SHS, Université de Lorraine, Ile du Saulcy, 57000 Metz, France

<sup>b</sup> Centre hospitalier d'Avesnes, route de Haut-Lieu, 59363 Avesnes-sur-Helpe, France

<sup>c</sup> Unité de neurophysiologie du stress, institut de recherche biomédicale des Armées, 91220 Brétigny-sur Orge, France

### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 3 octobre 2023

Accepté le 20 novembre 2023

Mots clés :

Anxiété

Attachement

Infarctus

Qualité de vie

Syndrome post-traumatique

Trouble dissociatif de l'identité

### RÉSUMÉ

Après un infarctus du myocarde, l'altération de la qualité de vie liée à la santé est associée à un pronostic péjoratif. L'attachement insécuré, la symptomatologie de stress post-traumatique et les symptômes de dissociation somatoforme pourraient avoir un impact sur la qualité de vie des personnes ayant été victimes d'un événement cardiaque majeur.

**Objectifs.** – L'objectif de cette étude était d'investiguer le rôle médiateur des symptômes de stress post-traumatique et celui de la symptomatologie dissociative somatoforme sur la relation pouvant exister entre l'attachement insécuré et la qualité de vie liée à la santé, après un infarctus du myocarde.

**Matériel et méthode.** – Au total, 73 personnes, ayant été victimes d'un infarctus du myocarde et participant à un programme de réadaptation cardio-vasculaire, ont complété des questionnaires permettant d'évaluer le degré d'insécurité de leur attachement (anxieux, évitant), la sévérité des symptômes de stress post-traumatiques et des symptômes de dissociation somatoforme, ainsi que leur qualité de vie liée à la santé.

**Résultats.** – Après la survenue d'un infarctus du myocarde, la sévérité des symptômes de stress post-traumatique et l'importance de la symptomatologie dissociative somatoforme expliquaient la relation entre l'attachement insécuré caractérisé par un niveau élevé d'angoisse d'abandon et la qualité de vie liée à la santé.

**Conclusions.** – Des interventions psychothérapeutiques visant conjointement à augmenter le degré de sécurité de l'attachement et à réduire les symptômes de stress post-traumatique et de dissociation somatoforme pourraient s'avérer pertinentes pour améliorer la qualité de vie liée à la santé, après un infarctus du myocarde.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### ABSTRACT

Myocardial infarction (MI) is a particularly frequent coronary disease: the number of new cases of MI recorded each year amounts to nearly 90,000 in France and nearly 790,000 in the United States. Over the past 15 years, the number of people who can survive this major cardiac event has substantially increased, as a result of advances in medical treatment and a reduction in delay to intervention. However, patients often report a decrease in their health-related quality of life following myocardial infarction. In other words, some patients perceive that the disease negatively affects various aspects of their daily lives, including physical functioning, emotional state, social relationships, and overall well-being.

Keywords:

Anxiety

Attachment

Dissociative identity disorder

Myocardial infarction

Post-traumatic syndrome

Quality of life

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [murielle.smailovic@ch-avesnes.fr](mailto:murielle.smailovic@ch-avesnes.fr) (M. Jacquet-Smailovic).

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2023.11.011>

0003-4487/© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Furthermore, studies have shown that health-related quality of life is a prognostic indicator of the evolution of patients' health status: the more health-related quality of life is reduced, the greater the risk of all-cause mortality, recurrence of cardiovascular events, and re-hospitalization for heart disease. In view of these elements, the identification of potentially modifiable factors, and in particular psychological factors, having an impact on health-related quality of life is particularly relevant. More specifically, insecure attachment, post-traumatic stress symptomatology and somatoform dissociation symptoms could have an impact on the health related-quality of life of people who have experienced a major cardiac event.

*Objectives.* – The objective of this study was to investigate the mediating role of posttraumatic stress symptoms and somatoform dissociative symptomatology in the relationship between insecure attachment and health related-quality of life after a myocardial infarction.

*Materials and methods.* – A total of 73 participants, having suffered a myocardial infarction and participating in a cardiovascular rehabilitation program, completed questionnaires to assess the degree of insecurity of their attachment (Experiences in Close Relationship Scale-12; ECR-12), the severity of post-traumatic stress symptoms (Post-Traumatic Stress Disorder Checklist Scale; PCL-5) and somatoform dissociation symptoms (Somatoform Dissociation Questionnaire; SDQ-20), and their health related-quality of life (MacNew Heart Disease-Health Related Quality of Life; MacNew). Mediation analyses were conducted according to the recommendations formulated by Baron and Kenny.

*Results.* – Our results showed that only anxious attachment was positively and significantly associated with the severity of posttraumatic stress symptomatology, whereas such a link was not observed for avoidant attachment. The importance of posttraumatic symptomatology fully explained why individuals with high levels of fear of abandonment also have the poorest emotional, physical, and social quality of life after myocardial infarction. The importance of dissociative somatoform symptomatology partially explained why individuals with an insecure attachment style characterized by a high level of abandonment were also those with the poorest health-related quality of life following myocardial infarction.

*Conclusions.* – The results of this study tend to demonstrate the importance of taking into account the specificities of attachment, posttraumatic stress symptoms and somatoform dissociation phenomena in the context of interventions aimed at improving the health related-quality of life of people after a myocardial infarction. Insofar as secure attachment appears to be a protective factor against the risk of developing posttraumatic stress disorder, a psychotherapeutic approach aimed at promoting this form of attachment seems to be well justified. Specifically, it may be helpful to provide patients with a psychotherapeutic framework that takes into account their attachment experiences to allow them to change their beliefs about themselves and others, while helping them develop coping strategies appropriate to the stress. Psychotherapeutic interventions aimed jointly at increasing of the degree of attachment security and reducing the symptoms of posttraumatic stress and somatoform dissociation could be relevant to improve the health-related quality of life after a myocardial infarction.

© 2024 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

L'infarctus du myocarde (IDM) est une maladie coronarienne particulièrement fréquente : le nombre de nouveaux cas d'IDM recensés chaque année s'élève à près de 90 000 en France [20] et à près de 790 000 aux États-Unis [6]. Ces quinze dernières années, le nombre de personnes susceptibles de survivre à cet événement cardiaque majeur a considérablement augmenté, grâce aux avancées thérapeutiques et à une réduction du délai de prise en charge [20]. Toutefois, les patients signalent souvent une diminution de leur qualité de vie liée à leur santé (QdVS), à la suite d'un IDM [23]. Autrement dit, certains patients considèrent que la maladie a des conséquences négatives sur divers aspects de leur vie quotidienne, qu'il s'agisse de leur fonctionnement physique, de leur état émotionnel, de leurs relations sociales et plus globalement de leur bien-être général. Par ailleurs, des études ont montré que la QdVS était un indicateur pronostique de l'évolution de l'état de santé des patients : plus la QdVS est réduite, plus le risque de mortalité toutes causes confondues, de récurrence d'événements cardio-vasculaires et de réhospitalisations liées à des maladies cardiaques augmente [7]. Au vu de ces éléments, l'identification des facteurs potentiellement modifiables, et notamment des facteurs psychologiques ayant un impact sur la QdVS, s'avère particulièrement pertinente. En effet, elle apparaît comme un préalable indispensable au développement d'interventions ciblées visant à promouvoir le bien-être psychologique des personnes

ayant été victimes d'un IDM ce qui, par voie de conséquence, pourrait optimiser leur QdVS.

### 1.1. Infarctus du myocarde et stress post-traumatique

Ces trente dernières années, un intérêt croissant a été porté à la question des répercussions psychiques et notamment des conséquences psycho-traumatiques des maladies cardio-vasculaires, telles que les infarctus du myocarde (IDM). De nombreuses études ont montré que la survenue de ce syndrome coronarien aigu pouvait être considérée comme un événement potentiellement traumatique et que près de 12 % des personnes ayant survécu à cet événement cardiaque vivent avec un trouble de stress post-traumatique [15]. Toutefois, force est de constater qu'une majorité d'hommes et de femmes survivent à cet événement sans pâtir de telles séquelles psychiques et que seule une minorité d'entre eux en demeurent profondément et durablement affectée. D'une façon générale, les études portant sur la question des facteurs permettant d'expliquer ces différences interindividuelles tendent à démontrer que la sévérité objective de la maladie (nombre d'artères coronaires bouchées, localisation de l'infarctus, niveaux de protéine C réactive ou de créatine kinase) n'a pas d'impact significatif sur le développement de la détresse émotionnelle subséquente [40]. En revanche, il apparaît que la symptomatologie post-traumatique est étroitement liée au vécu, éminemment subjectif, de l'événement cardiaque [40]. Dès lors, la question

s suivante se pose : parmi les facteurs relevant de la subjectivité de l'individu, quels sont ceux qui représenteraient des facteurs de vulnérabilité ou, au contraire, des facteurs de protection face au risque de développement de symptômes de stress post-traumatiques, après un événement cardiaque majeur ? Est-il possible que l'attachement, autrement dit le degré de sécurité éprouvé par l'être humain dans le cadre de ses relations interpersonnelles, puisse jouer un rôle sur le développement d'un TSPT, à la suite d'un IDM ? Mais avant d'aborder ce point, rappelons brièvement ce que recouvre la notion d'attachement.

### 1.2. Attachement et stress post-traumatique

La théorie de l'attachement offre un cadre intéressant pour comprendre le vécu des personnes confrontées à la maladie physique. La survenue d'une maladie peut susciter un sentiment de vulnérabilité, de détresse et d'insécurité. Toutefois, les individus sont dissemblables en termes de soutien et de réconfort attendus de la part d'autrui et de moyens déployés pour obtenir ces formes d'aide. Ces différences sont étroitement liées à ce que le sujet a expérimenté dans son enfance et notamment à la manière dont les personnes qui se sont occupées de lui ont répondu à ses besoins de proximité, de réconfort et de sécurité lorsqu'il se trouvait en situation de détresse. Les réponses des figures d'attachement aux besoins de l'enfant participent à la régulation des émotions négatives qu'il n'est pas encore en mesure de gérer par lui-même. Elles ont un impact majeur sur la capacité future de l'être humain à réguler ses émotions. Elles ont également des répercussions sur la manière dont la personne fera face à l'adversité, et notamment à la maladie, tout au long de son existence [10].

À l'âge adulte, une distinction peut être établie entre l'attachement *sécuré* et les attachements *insécurés*, en tenant compte du niveau d'anxiété d'abandon et du degré d'évitement de l'intimité dont l'individu fait état dans les relations qu'il entretient, par exemple, avec son partenaire amoureux. Plus précisément, les personnes présentant un attachement insécuré marqué d'anxiété de l'abandon vivent dans la crainte d'être abandonnées ou rejetées. Elles ont une perception négative d'elles-mêmes et un besoin excessif de l'approbation de la part d'autrui. Lorsque la figure d'attachement (par exemple, le partenaire amoureux) est perçue comme indisponible, le sentiment d'insécurité s'intensifie et amplifie l'émission de signaux de détresse, tels que les comportements d'accrochage ou d'agressivité, dans le but de gagner l'attention et le soutien de l'autre [27]. À l'inverse, l'attachement insécuré marqué par l'évitement de l'intimité se caractérise par la peur de la dépendance et de l'intimité ainsi que par un besoin excessif d'autonomie. Les personnes présentant ce type d'attachement tendent à faire taire leurs sentiments. Elles évitent toutes formes de rejet en maintenant leur partenaire à distance ; partenaire dont elles ont bien souvent une piètre opinion [28]. Enfin, l'attachement sécurisant fait référence à l'absence d'anxiété et d'évitement, en ce sens que les individus ne s'inquiètent pas d'être seuls ou abandonnés, et qu'ils sont à l'aise avec le fait de dépendre d'autres personnes et qu'autrui puisse également dépendre d'eux [5]. Très schématiquement, un attachement sécuré peut être considéré comme un facteur protecteur face au stress alors qu'un attachement insécuré constitue un facteur de risque de développement d'une certaine détresse émotionnelle résultant de la confrontation à des événements stressants [36].

Des études concernant des échantillons cliniques et non cliniques révèlent que les styles d'attachement insécurés, comparativement au style d'attachement sécuré, seraient associés à un risque accru de troubles ou de symptômes de stress post-traumatique [pour une revue de la littérature : [24]].

### 1.3. Attachement et phénomènes dissociatifs

Plusieurs recherches montrent également que la qualité de l'attachement établi précocement entre l'enfant et ses principales figures d'attachement revêt une importance capitale au regard du risque de développement de symptômes dissociatifs [19]. À ce titre, un attachement désorganisé résultant de situations relationnelles avec une figure d'attachement stressée ou traumatisante, perçue tout à la fois par le jeune enfant comme une source de sécurité dont il cherche à se rapprocher et comme une menace qu'il tente d'éviter [37], est un prédicteur majeur de symptômes dissociatifs ultérieurs [38]. De même, l'exposition précoce à des situations suscitant, chez l'enfant, des émotions intenses d'anxiété, de peur ou de chagrin mêlées à un sentiment d'impuissance (les situations de maltraitance en sont les illustrations prototypiques), que ni lui ni son environnement ne lui permettent de réguler par des moyens appropriés, est associée à des symptômes dissociatifs ultérieurs [38]. Générés par des niveaux de stress élevés, ces phénomènes dissociatifs, bien que pathologiques, peuvent être considérés comme d'ultimes stratégies de survie [33]. Les contenus mentaux, les souvenirs, les émotions, les cognitions et les éprouvés corporels que le sujet n'est pas en mesure de juguler et d'intégrer sont exclus du champ de la conscience normale sans pour autant disparaître puisqu'ils se manifestent finalement de façon autonome [37]. Sur le plan clinique, la symptomatologie dissociative qui affecte plus particulièrement les fonctions corporelles de l'individu (dissociation somatoforme) peut être abordée en termes de symptômes positifs (par exemple, des douleurs) et de symptômes négatifs (par exemple, un déficit sensoriel perceptif) [37].

Dans la mesure où la dissociation somatoforme peut non seulement perturber le quotidien de celle ou celui qui en subit les effets mais également représenter un facteur de risque cardiovasculaire (tel est le cas notamment des troubles du sommeil [8]), il semble pertinent de ne pas négliger ce type de symptômes chez les personnes ayant été victimes d'un infarctus du myocarde.

## 2. Objectifs

D'une façon générale, notre travail repose sur l'idée que la survenue de l'IDM, et plus globalement le fait d'avoir à vivre en sachant atteint d'une cardiopathie possiblement mortelle, peuvent générer un sentiment d'insécurité, voire de détresse, qui activent le système d'attachement du sujet, lui-même impliqué dans la manière dont l'individu fait face à l'adversité. Plus avant, nous nous émettons les hypothèses suivantes.

*Hypothèse 1.* Plus l'attachement se caractérise par un haut niveau d'anxiété, ou par un haut niveau d'évitement, plus la QdVS est altérée.

*Hypothèse 2.* Plus l'attachement se caractérise par un haut niveau d'anxiété, ou par un haut niveau d'évitement, plus la symptomatologie de stress post-traumatique est importante.

*Hypothèse 3.* Plus la symptomatologie de stress post-traumatique est importante, moins bonne est la QdVS.

*Hypothèse 4.* La symptomatologie post-traumatique joue un rôle médiateur dans la relation entre l'attachement insécuré (anxieux, évitant) et la QdVS.

*Hypothèse 5.* Plus l'attachement se caractérise par un haut niveau d'anxiété, ou par un haut niveau d'évitement, plus la symptomatologie dissociative somatoforme est importante.

*Hypothèse 6.* Plus la symptomatologie dissociative somatoforme est importante, moins bonne est la QdVS.

*Hypothèse 7.* La symptomatologie dissociative somatoforme joue un rôle médiateur dans la relation entre l'attachement insécuré (anxieux, évitant) et la QdVS.

### 3. Matériel et Méthode

#### 3.1. Participants

Les participants de notre étude faisaient tous partie d'un programme de réadaptation cardiovasculaire dispensé par les membres de l'équipe pluridisciplinaire de l'unité de réadaptation cardiovasculaire du Centre Hospitalier d'Avesnes. Ce programme inclut un réentraînement progressif à l'effort. Son objectif est également d'aider le patient à développer des compétences dans différents domaines (connaissance de la maladie et des traitements, des facteurs de risque... ) lui permettant de limiter le risque de survenue ou de récurrence d'événements cardiovasculaires. Ce programme comporte vingt séances réparties sur deux mois, à raison de deux à trois séances par semaine. Ces séances sont effectuées dans le cadre d'hospitalisations de jour. Les participants ont été recrutés au cours de leur deuxième semaine d'hospitalisation de jour, entre le 2 mars et le 30 octobre 2020. Outre le fait de suivre le programme de réadaptation cardiovasculaire au Centre Hospitalier d'Avesnes, les critères d'inclusion étaient les suivants : avoir accepté le cadre de la procédure de l'étude après en avoir pris connaissance par le biais de la lecture d'une note d'information écrite et d'une présentation orale précise, être âgé de plus de 18 ans et avoir été victime d'un infarctus du myocarde confirmé par les examens réalisés par un cardiologue. Les critères de non-inclusion étaient : présenter des troubles cognitifs sévères, ne pas suffisamment maîtriser la langue française.

#### 3.2. Considérations éthiques

Cette étude a obtenu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes d'Île-de-France VI du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière à Paris le 2 mars 2020 (N° ID RCB : 2019-A02731-56).

#### 3.3. Procédure

Les données obtenues dans cette étude ont été recueillies à partir de questionnaires. Le premier auteur a présenté les objectifs et le déroulement de cette étude aux participants avant que celle-ci ne débute. Il était disponible pour répondre aux questions que pouvaient se poser les participants lorsqu'ils remplissaient les questionnaires et ainsi, clarifier certains points. Le taux de participation des patients à cette recherche, basée sur le volontariat, a été de 93 %.

#### 3.4. Instruments

Les données sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'éducation, statut marital) des 73 participants inclus dans cette étude et le temps écoulé depuis la survenue de l'IDM ont été recueillies par le biais d'un questionnaire. Tous les patients ont également complété des questionnaires permettant d'évaluer la symptomatologie de stress post-traumatique, la symptomatologie dissociative somatoforme, la qualité de vie et l'attachement.

Le Post-Traumatic Stress Disorder Checklist Scale, version DSM-5 (PCL-5) a été utilisé pour évaluer la symptomatologie de stress post-traumatique. Le PCL-5 [39]; validation en langue française : 3] est composé de 20 items répartis dans quatre sous-échelles correspondant aux quatre groupes de symptômes prototypiques du TSPT décrits dans le DSM-5 [2] : intrusions, évitements, modifications négatives des cognitions et de l'humeur, modifications de l'éveil et de la réactivité. Le participant est invité à coter chaque item sur une échelle de Likert en 5 points (0 = « Pas du tout », 1 = « Un peu », 2 = « Modérément », 3 = « Beaucoup » et 4 « Extrêmement ») de manière à indiquer dans quelle mesure il a été affecté par tel ou tel symptôme au cours des quatre dernières

semaines. Un score total pour la gravité des symptômes (0-80) peut être obtenu en additionnant les scores de chacun des 20 items. Un seuil de 31 permet de suggérer la présence probable d'un TSPT [4]. Les scores totaux PCL-5 des versions anglaise et française ont montré une excellente cohérence interne (anglais :  $\alpha = 0,95$  ; français :  $\alpha = 0,94$ ) et une forte validité convergente et divergente. Une très bonne fiabilité test-retest de la version française de la mesure a également été mise en évidence ( $r = 0,89$ ) [3]. Dans notre étude, l'alpha de Cronbach est de 0,90 pour le score total.

Le Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20) est un auto-questionnaire permettant le dépistage et l'évaluation de la sévérité de la dimension somatique des troubles dissociatifs [SDQ-20 ; 29 ; validation en langue française : 16]. Le développement du SDQ-20 est sous-tendu par la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité [37]. Le SDQ-20 comporte 20 items. Le participant est invité à exprimer son accord ou son désaccord avec chacune des propositions sur une échelle de Likert en 20 points allant de 1 (Pas du tout d'accord) à 5 (Extrêmement d'accord). Un score total, pouvant varier de 20 (normal) à 100 (le plus sévère), peut être calculé en additionnant l'ensemble des scores obtenus. Les sujets obtenant une note supérieure à 25 sont considérés à haut risque de souffrir de dissociation somatoforme [29]. Les caractéristiques psychométriques de la version française du SDQ-20 sont très satisfaisantes [16]. Le coefficient de consistance interne (alpha de Cronbach) est de 0,83 [16]. Dans notre étude, l'alpha de Cronbach est de 0,74.

Le MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Questionnaire [MacNew [14] ; validation en langue française : [32]] permet d'évaluer les changements de perception de qualité de vie liée à l'état de santé (QdVS) chez le patient cardiaque. Ce questionnaire auto-administré est composé de 27 items, répartis en trois sous-échelles permettant d'évaluer la façon dont la maladie cardiaque affecte l'état physique, émotionnel et social du patient en mesurant les trois domaines inter-reliés du bien-être émotionnel (14 items), bien-être physique (13 items) et bien-être social (13 items). Le participant doit évaluer chaque item sur une échelle de Likert allant de 1 à 7. Plus le score est élevé, meilleure est la QdVS. Les scores de chaque domaine sont calculés en calculant la moyenne des réponses aux questions dans chaque domaine. Un score global de QdVS peut être obtenu en calculant la moyenne des 27 items pour arriver à un score global. Les scores des domaines du MacNew sont calculés pour tous les domaines, à condition que plus ou moins de 50 % des questions dans chaque domaine soient remplies et que le reste des scores soit rapporté comme manquant. Dans leur étude de validation de la version française de cet outil, Pavy et al. [32] observent que le score global du MacNew est de  $4,6 \pm 0,8$ ,  $5,0 \pm 1,0$  et  $4,8 \pm 0,9$ , respectivement dans l'angor, en post-infarctus et dans l'insuffisance cardiaque ( $p < 0,05$  entre infarctus et angor). Les coefficients de consistance interne (alpha de Cronbach) sont compris entre 0,86 et 0,94 et ceux du test-retest entre 0,68 et 0,73. Dans notre étude, l'alpha de Cronbach est de 0,94 pour le score total, de 0,92 pour la dimension *Émotionnelle*, de 0,92 pour la dimension *Physique* et de 0,89 pour la dimension *Sociale*.

Le questionnaire Experiences in Close Relationship Scale-12 permet d'investiguer la manière dont la personne vit les relations qu'elle entretient avec son/ses partenaires, que ces relations soient actuelles ou passées [ECR-12 ; version française : 22]. Cet auto-questionnaire est une version abrégée en 12 items de la mesure Experiences in Close Relationship (ECR) qui, pour sa part, comporte 36 items [11]. L'ECR-12 permet d'évaluer deux dimensions de l'attachement amoureux : l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité. Le premier facteur, l'anxiété d'abandon, permet d'identifier les représentations cognitives que l'individu possède de lui-même et des autres à propos de la crainte d'être abandonné ou rejeté dans une relation amoureuse. Le deuxième



facteur, l'évitement de l'intimité, permet d'identifier les représentations cognitives que la personne possède par rapport à ses partenaires amoureux en ce qui concerne l'autosuffisance, l'inconfort vis-à-vis de l'intimité et l'indépendance amoureuse. Chaque dimension est évaluée au moyen de six items selon une échelle de Likert en 7 points allant de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement en accord). Chaque score est formé de la moyenne des items. Un score élevé représente un niveau élevé d'insécurité. La version française de l'ECR-12 a démontré de bonnes propriétés psychométriques dans différents échantillons, que ceux-ci soient constitués de personnes vivant des relations à court ou à long terme, hétérosexuelles ou homosexuelles, dans des contextes différents (étudiants, communauté, population clinique) [22]. Dans ces études, l'alpha de Cronbach varie de 0,78 à 0,87 pour l'échelle d'anxiété face à l'abandon et de 0,74 à 0,83 pour l'échelle d'évitement de la proximité [22]. Dans notre étude, l'alpha de Cronbach est de 0,82 pour l'échelle d'anxiété face à l'abandon et de 0,81 pour l'échelle d'évitement de la proximité.

### 3.5. Analyses statistiques

Dans un premier temps, une description statistique permettant de rendre compte des caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon de cette étude a été réalisée. Des corrélations de Pearson ont également été testées afin d'étudier les liens entre la qualité de vie, l'attachement, les symptômes de stress post-traumatique et la dissociation somatoforme. Enfin, pour tester nos hypothèses et examiner, d'une part, le rôle médiateur de la symptomatologie de stress post-traumatique et d'autre part, le rôle médiateur des symptômes de dissociation somatoforme dans la relation pouvant exister entre l'attachement et la QdVS, nous avons effectué des analyses de médiation en suivant les étapes recommandées par Baron et Kenny [4]. D'après ces auteurs, une analyse de médiation ne peut être réalisée que si les relations entre la variable indépendante, la variable médiatrice et la variable dépendante sont corrélées significativement. Nous tiendrons donc compte de cette condition préalable dans l'analyse de nos résultats. En nous basant sur les méthodes d'analyse de puissance des études transversales [13], le test de puissance a montré qu'un échantillon de 73 participants permettait d'atteindre une puissance de 85 % pour détecter un  $R^2$  de 0,20 avec un seuil de significativité de 0,05. L'ensemble des analyses ont été réalisées à partir du logiciel XLSTAT [1]. Une valeur-seuil d'au moins 0,05 ( $p < 0,05$ ) a été retenue pour considérer les significativités statistiques.

## 4. Résultats

### 4.1. Caractéristiques de l'échantillon et scores aux questionnaires

Notre échantillon était constitué de 73 personnes. Les participants avaient entre 30 et 76 ans ( $M = 59,93$  ans ;  $E.T. = 10,76$ ). La majorité d'entre eux étaient des hommes (73,97 %). La plupart des participants vivent en couple (78,45 %). Enfin, lors de l'étude, le temps écoulé depuis la survenue de l'infarctus du myocarde variait entre 3 et 17 mois ( $M = 6,7$  mois ;  $E.T. = 2,77$ ).

Les résultats aux questionnaires ont révélé que onze participants (15 %) avaient un score supérieur ou égal à 31 à la PCL-5, suggérant la présence probable d'un TSPT. Par ailleurs, dix participants (13,69 %) avaient un score supérieur à 25 au DSQ-20 : ces personnes présentant un haut risque de souffrir de dissociation somatoforme. Les scores moyens à l'ECR-12 pour la dimension anxiété de l'abandon et pour l'évitement de l'intimité s'élevaient respectivement à 2,68 ( $E.T. = 1,30$ ) et à 2,67 ( $E.T. = 1,23$ ). Le score total moyen au MacNew était de 5,08 ( $E.T. = 0,96$ ). Les

scores moyens obtenus à ce même questionnaire pour les trois dimensions suivantes : dimension émotionnelle, dimension physique, dimension sociale étaient respectivement 5,06 ( $E.T. = 1,06$ ), 5,19 ( $E.T. = 1,06$ ), et 5,11 ( $E.T. = 1,00$ ). L'ensemble de ces éléments a été consigné dans le [Tableau 1](#).

Concernant l'impact des variables sociodémographiques sur les résultats aux questionnaires, aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les participants, selon qu'il s'agit d'hommes ou de femmes ou compte tenu de leur statut conjugal (test de Mann-Whitney). En revanche, l'âge des participants était positivement corrélé au score global de QdVS ( $r = 0,234$ ,  $p = 0,046$ ), ainsi qu'à la dimension émotionnelle de la QdVS ( $r = 0,239$ ,  $p = 0,042$ ) et négativement corrélé à la symptomatologie de stress posttraumatique ( $r = -0,265$ ,  $p = 0,023$ ). Enfin, le temps écoulé depuis la date de survenue de l'infarctus du myocarde était corrélé négativement à la QdVS globale ( $r = -0,239$ ,  $p = 0,041$ ) et à la dimension émotionnelle de la QdVS ( $r = -0,290$ ,  $p = 0,013$ ). De ce fait, l'âge et le temps écoulé depuis la survenue de l'IDM ont été contrôlés dans nos analyses.

### 4.2. Relations entre la qualité de vie, l'attachement, le stress post-traumatique et la dissociation somatoforme

L'attachement marqué par un niveau élevé d'anxiété était significativement associé à une augmentation de la symptomatologie de stress post-traumatique et des symptômes de dissociation somatoforme, ainsi qu'à une diminution significative du score total de QdVS et des scores relatifs à chacune des dimensions de la QdVS (dimension émotionnelle, dimension physique, dimension sociale). L'attachement marqué par un degré élevé d'évitement de l'intimité n'était associé ni à la symptomatologie de stress post-traumatique, ni aux symptômes de dissociation somatoforme, ni aux aspects physique et sociaux de la QdVS. En revanche, l'attachement marqué par un niveau élevé d'évitement de l'intimité s'est avéré significativement associé à une diminution globale de la QdVS et à une réduction du score relatif à la dimension émotionnelle de la QdVS. Aucune relation statistiquement significative n'a été retrouvée entre l'attachement marqué par l'anxiété de l'abandon et l'attachement marqué par l'évitement de l'intimité. Une relation positive et significative a été observée entre la symptomatologie de stress post-traumatique et les symptômes de dissociation somatoforme. Les relations entre les différentes variables de l'étude ont été présentées dans le [Tableau 2](#).

### 4.3. Analyses de médiation

D'après Baron et Kenny [4], l'existence de liens de corrélation statistiquement significatifs entre la variable dépendante, la variable médiatrice et la variable indépendante est nécessaire pour pouvoir procéder à une analyse de médiation. Dans notre étude, cette condition préalable n'était pas remplie pour l'attachement marqué par l'évitement de l'intimité. En effet, cette variable n'était corrélée ni à la symptomatologie de stress post-traumatique, ni aux symptômes de dissociation somatoforme, ni aux aspects physique et sociaux de la QdVS. De ce fait, l'attachement insécure marqué par l'évitement de l'intimité a été exclu de notre modèle d'analyse, alors que l'attachement insécure marqué par l'angoisse de l'abandon a été conservé. Les scores obtenus à l'ECR-12 (dimension anxiété) ont donc été considérés comme la variable indépendante. Le score global à la PCL-5 (symptômes de stress posttraumatique) et le score au SDQ-20 (dissociation somatoforme) étaient les variables médiatrices. Le score total au MacNew (qualité de vie liée à la santé), de même que les scores relatifs aux trois dimensions de ce questionnaire (dimensions émotionnelle, physique et sociale) ont été considérés comme les variables dépendantes.

**Tableau 1**  
Caractéristiques sociodémographiques et caractéristiques cliniques des participants.

| Variable   | n (%) / Moyenne (écart-type) | Médiane [Minimum–Maximum] |
|--|------------------------------|---------------------------|
| Âge  | 59,93 (10,76)                | 61 [30–76]                |
| Sexe   |                              |                           |
| Femmes   | 19 (26,03 %)                 |                           |
| Hommes   | 54 (73, 97)                  |                           |
| Statut conjugal  |                              |                           |
| En couple (marié(e), pacsé(e), vivant en concubinage)                | 59 (80,82)                   |                           |
| Vivant seul (célibataire, divorcé (e), veuf (ve))                    | 14 (19,18)                   |                           |
| Temps écoulé depuis la survenue de l'infarctus du myocarde (en mois) | 6,76 (2,77)                  | 6 [3–17]                  |
| Mac New  |                              |                           |
| Score Total  | 5,08 (0,96)                  | 5,18 [2,65–7,00]          |
| Dimension Emotionnelle   | 5,06 (1,06)                  | 5,14 [2,21–7,00]          |
| Dimension Physique   | 5,19 (1,06)                  | 5,33 [2,53–7,00]          |
| Dimension Sociale  | 5,11 (1,00)                  | 5,30 [2,92–7,00]          |
| ECR-12   |                              |                           |
| Dimension Anxiété de l'abandon                                       | 2,68 (1,30)                  | 2,50 [1–6]                |
| Dimension Evitement de l'intimité                                    | 2,67 (1,23)                  | 2,17 [1–6,83]             |
| PCL-5  |                              |                           |
| Score total moyen  | 0,70 (0,62)                  | 0,45 [0–2,25]             |
| Intrusions   | 0,66 (0,80)                  | 0,33 [0–2,83]             |
| Évitements   | 0,45 (0,67)                  | 0,00 [0–2,50]             |
| Modifications négatives des cognitions et de l'humeur                | 0,60 (0,68)                  | 0,33 [0–3,50]             |
| Modifications de l'éveil et de la réactivité                         | 0,92 (0,80)                  | 0,67 [0–3,33]             |
| SDQ-20   |                              |                           |
| Score total moyen  | 1,13 (0,16)                  | 1,10 [1–1,85]             |

**Tableau 2**  
Matrice de corrélation incluant les variables cliniques de notre étude.

| Variables                                   | 1        | 2       | 3         | 4         | 5        | 6        | 7        | 8 |
|---|----------|---------|-----------|-----------|----------|----------|----------|---|
| <b>1. ECR-12</b><br>Anxiété de l'abandon    | –        |         |           |           |          |          |          |   |
| <b>2. ECR-12</b><br>Evitement de l'intimité | –0,172   | –       |           |           |          |          |          |   |
| <b>3. PCL-5</b><br>Score global             | 0,486*** | 0,277   | –         |           |          |          |          |   |
| <b>4. DSQ-20</b><br>Score global            | 0,395**  | 0,226   | 0,549***  | –         |          |          |          |   |
| <b>5. MacNew</b><br>Score global            | –0,404** | –0,243* | –0,731*** | –0,453*** | –        |          |          |   |
| <b>6. MacNew</b><br>Dimension Emotionnelle  | –0,396** | –0,283* | –0,759*** | –0,499*** | 0,932*** | –        |          |   |
| <b>7. MacNew</b><br>Dimension Physique      | –0,342** | –0,200  | –0,611*** | –0,392**  | 0,933*** | 0,759*** | –        |   |
| <b>8. MacNew</b><br>Dimension Sociale       | –0,337** | –0,223  | –0,648*** | –0,334**  | 0,937*** | 0,788*** | 0,929*** | – |

\* $p < 0,05$  ; \*\* $p < 0,01$  ; \*\*\* $p < 0,001$ .

4.3.1. Effet de médiation des symptômes de stress post-traumatique sur la relation pouvant exister entre l'attachement insécure anxieux et la qualité de vie après un infarctus du myocarde

Pour savoir si les symptômes de stress post-traumatiques pouvaient être considérés comme une variable médiatrice de la relation entre l'attachement insécure anxieux et la qualité de vie, nous avons mené une analyse de médiation en nous conformant aux recommandations formulées par Baron et Kenny [4]. D'après ces auteurs, l'analyse de médiation comporte quatre étapes au cours desquelles des analyses de régression sont réalisées, de manière à : (1) illustrer le fait que la variable indépendante (score d'attachement) est corrélée avec la variable dépendante (score de qualité de vie) ; (2) établir le fait que la variable indépendante (score d'attachement) est corrélée avec la supposée variable médiatrice (score de stress post-traumatique) ; (3) déterminer que la variable supposée médiatrice (score de stress post-traumatique) est associée avec la variable dépendante (score de qualité de vie) et enfin, (4) vérifier l'effet de la médiation, autrement vérifier que la relation entre la variable indépendante (score d'attachement) et la variable dépendante (score de qualité

de vie) s'atténue significativement lorsque l'on introduit la variable supposée médiatrice (score de stress post-traumatique) dans le modèle de régression.

Dans un premier temps, nous avons donc cherché la présence d'un lien entre l'attachement et la qualité de vie. Conformément à nos attentes, l'analyse de régression montre la présence d'un lien significatif négatif entre le score d'attachement marqué par l'anxiété de l'abandon (ECR-12 anxiété de l'abandon) et les différents scores de QdVS (MacNew), s'agisse-t-il du score global ( $\beta = -0,405, p < 0,001$ ), du score relatif à la dimension émotionnelle ( $\beta = -0,402, \pi < 0,001$ ), du score relatif à la dimension physique ( $\beta = -0,338, p = 0,002$ ), ou encore du score relatif à la dimension sociale ( $\beta = -0,335, p = 0,003$ ).

Dans un second temps, nous avons évalué la présence d'un lien entre le score d'attachement insécure anxieux et le score total de stress post-traumatique. Conformément à nos attentes, les analyses de régression mettent en évidence un lien significatif positif entre le score d'attachement anxieux et le score de stress post-traumatique ( $\beta = 0,496, p < 0,001$ ). En résumé, il apparaît donc que plus le score d'attachement marqué par l'anxiété de

l'abandon est élevé, plus le score de stress post-traumatique est important.

Dans un troisième temps, nous avons cherché la présence d'un lien entre la supposée variable médiatrice (score total à l'échelle PCL-5) et la QdVS en contrôlant l'attachement marqué par l'anxiété de l'abandon. Les résultats obtenus montrent, après le contrôle de l'attachement marqué par l'anxiété de l'abandon, l'existence de relations négatives statistiquement significatives entre la symptomatologie de stress post-traumatique et le score total de QdVS ( $\beta = -0,663, p < 0,001$ ) ainsi qu'entre les SSPT et chacune des dimensions de la QdVS, avec pour la dimension émotionnelle :  $\beta = -0,695, p < 0,001$ , pour la dimension physique  $\beta = -0,535, p < 0,001$  et pour la dimension sociale :  $\beta = -0,627, p < 0,001$ .

Enfin, lorsque la supposée variable médiatrice est prise en compte (score total à l'échelle PCL-5), les effets de l'attachement anxieux sur la QdVS générale ( $\beta = -0,076, p = 0,423$ ), sur la dimension émotionnelle ( $\beta = -0,057, p = 0,530$ ), sur la dimension physique ( $\beta = -0,073, p = 0,502$ ) et sur la dimension sociale ( $\beta = -0,024, p = 0,821$ ) de la QdVS ne sont plus significatifs. Ces résultats nous permettent de conclure à une médiation totale des symptômes de stress post-traumatique dans la relation entre l'attachement insécurité anxieux et la QdVS, confirmant ainsi en partie notre hypothèse d'une médiation de la symptomatologie de stress post-traumatique dans les effets de l'attachement sur la qualité de vie liée à la santé. Ces résultats sont présentés dans la Fig. 1.

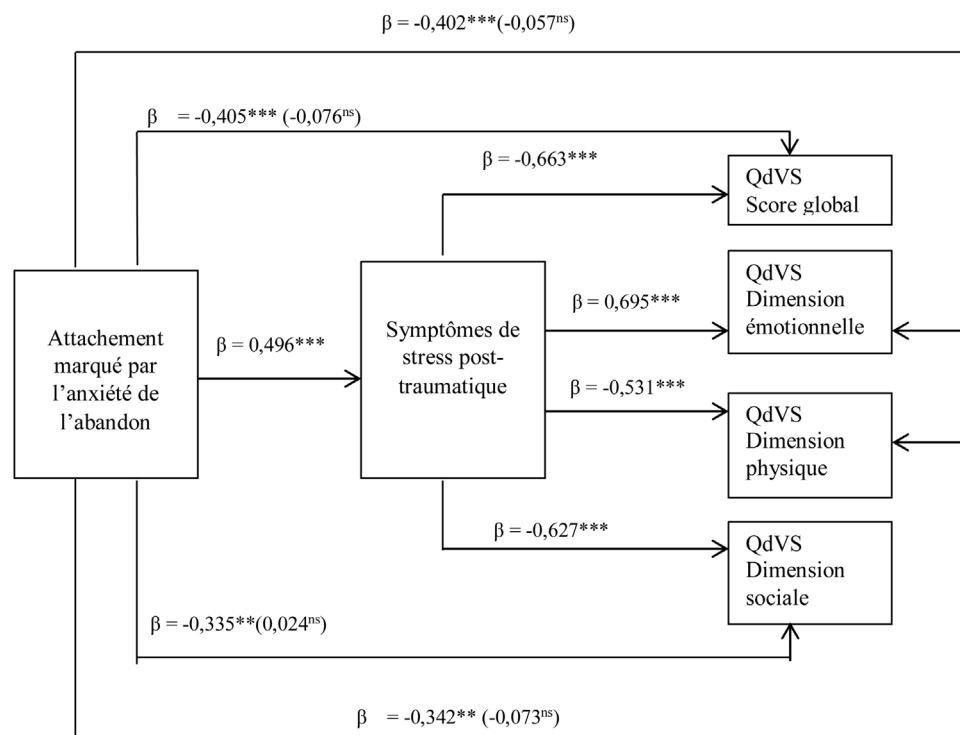
#### 4.3.2. Effet de la médiation des symptômes de dissociation somatoforme sur la relation pouvant exister entre l'attachement insécurité anxieux et la qualité de vie après un infarctus du myocarde

Pour savoir si les symptômes de dissociation somatoforme pouvaient être considérés comme une variable médiatrice de la

relation entre l'attachement insécurité anxieux et la qualité de vie, nous avons conduit une analyse de médiation en quatre étapes, telles que décrites précédemment (cf. Effet de médiation des symptômes de stress post-traumatique sur la relation pouvant exister entre l'insécurité de l'attachement et la qualité de vie après un infarctus du myocarde). Dans la mesure où les variables incluses dans la première étape de cette analyse étaient identiques à celles incluses dans la première étape de l'analyse précédente, les résultats sont les mêmes. Pour rappel, les analyses de régression montraient qu'il existait un lien significatif entre l'attachement anxieux et les trois dimensions (émotionnelle, physique et sociale) de la QdVS.

Lors d'une deuxième étape, nous avons cherché à savoir s'il existait un lien entre le score d'attachement anxieux et le score total de dissociation somatoforme. Conformément à nos attentes, l'une des analyses de régression met en évidence un lien significatif positif entre le score d'attachement anxieux et le score de dissociation somatoforme ( $\beta = 0,391, p = 0,001$ ).

Au décours d'une troisième étape, nous avons vérifié la présence d'un lien entre la supposée variable médiatrice (score total à l'échelle SDQ-20) et la QdVS (scores au questionnaire MacNew), en contrôlant les effets de l'attachement insécurité anxieux. Les résultats obtenus, après contrôle de l'attachement insécurité marqué par l'anxiété de l'abandon, révèlent, d'une part, une relation négative statistiquement significative entre la symptomatologie de dissociation somatoforme et le score global de la QdVS ( $\beta = -0,285, p = 0,012$ ), entre la symptomatologie de dissociation somatoforme et le score relatif à la dimension émotionnelle de la QdVS ( $\beta = -0,351, p = 0,002$ , et entre la symptomatologie de dissociation somatoforme et le score relatif à la dimension physique de la QdVS ( $\beta = -0,232, p = 0,047$ ). En revanche, la symptomatologie de dissociation somatoforme n'a pas d'effet prédicteur sur la dimension sociale de la QdVS, après



**Fig. 1.** Médiation de la symptomatologie de stress post-traumatique sur la relation entre l'attachement marqué par l'anxiété de l'abandon (score ECR-12 dimension anxiété) et les différentes dimensions de la qualité de vie liée à la santé (Mac New). \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ ; n.s. : non significatif. Les résultats ont été contrôlés pour l'âge et le temps écoulé depuis la survenue de l'infarctus du myocarde.

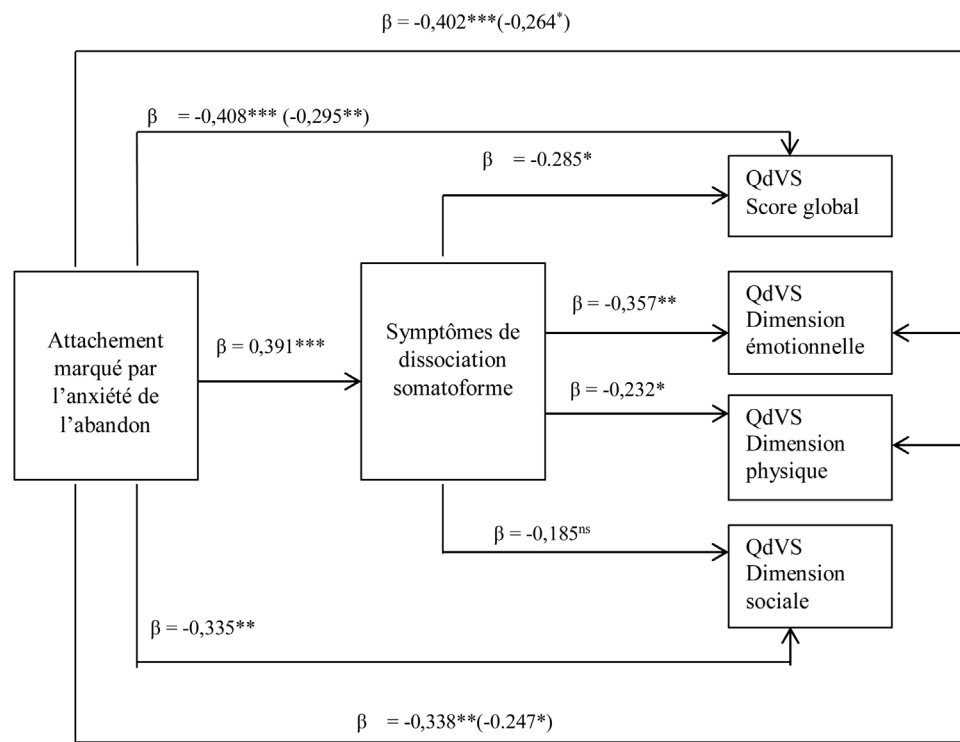
contrôle de l'attachement insécuré marqué par l'anxiété de l'abandon ( $\beta = -0,185, p = 0,128$ ). De ce fait, il n'y a pas d'effet médiateur de la symptomatologie de dissociation somatoforme sur le lien pouvant exister entre l'attachement insécuré anxieux et l'aspect social de la QdVS.

Enfin, lorsque la supposée variable médiatrice est prise en compte (score total à l'échelle SDQ-20), les effets de l'attachement anxieux sur la QdVS générale ( $\beta = -0,293, p = 0,008$ ), sur la dimension émotionnelle ( $\beta = -0,264, p = 0,014$ ) et sur la dimension physique ( $\beta = -0,247, p = 0,031$ ) de la QdVS se révèlent être moins importants que ceux mis en évidence lors de la première étape. L'atténuation de l'ensemble de ces liens, en contrôlant l'effet des symptômes de dissociation somatoforme, est statistiquement significative, comme le confirment les résultats du test de Sobel [35], qui vérifie la significativité du modèle de médiation. Plus précisément, en utilisant les coefficients de régression et les termes d'erreur, les résultats du test de Sobel indiquent que l'effet médiateur des symptômes de dissociation somatoforme est statistiquement significative pour les liens entre l'attachement insécuré anxieux et la QdVS générale ( $S = -2,633 ; p = 0,0084$ ), l'attachement insécuré anxieux et la dimension émotionnelle de la QdVS ( $S = -2,823 ; p = 0,0004$ ) et l'attachement insécuré anxieux et la dimension physique de la QdVS ( $S = -2,345 ; p = 0,0190$ ). Ces résultats nous permettent de conclure que la dissociation somatoforme explique une partie du lien entre l'attachement insécuré anxieux et la QdVS globale, de même qu'une partie du lien entre l'attachement insécuré anxieux et certains aspects de la QdVS (aspect émotionnel et dimension physique), confirmant ainsi en partie notre hypothèse d'une médiation de la dissociation somatoforme dans les effets de l'attachement sur la qualité de vie liée à la santé. Les résultats de nos analyses sont présentés dans la Fig. 2.

## 5. Discussion

**Hypothèse 1.** Les résultats de notre étude ont montré qu'il existait une relation négative significative entre, d'une part, le niveau d'anxiété qui caractérise l'attachement romantique et la QdVS et, d'autre part, entre le degré d'évitement caractérisant l'attachement romantique et la QdVS, lorsque celle-ci est considérée dans sa globalité. Autrement dit, plus l'attachement est marqué par un haut niveau d'anxiété ou par un degré élevé d'évitement de l'intimité, plus la QdVS est globalement réduite. Nos résultats témoignent également de l'existence de liens négatifs significatifs entre les degrés d'insécurité de l'attachement (anxieux et évitant) et la dimension *émotionnelle* de la QdVS. Enfin, il existe un lien significatif négatif entre, d'une part, la dimension anxieuse de l'attachement et la dimension *physique* de la QdVS et, d'autre part, la dimension anxieuse de l'attachement et la dimension *sociale* de la QdVS. Plus l'attachement est marqué par l'anxiété de l'abandon, plus les différents aspects de la QdVS sont impactés négativement. En revanche, il n'existe pas de liens significatifs entre la dimension *évitement* de l'attachement et la dimension *physique* de la QdVS, ni entre la dimension *évitement* de l'attachement et la dimension *sociale* de la QdVS.

**Hypothèse 2.** Nos résultats ont montré que seul l'attachement anxieux était positivement et significativement associé à la sévérité de la symptomatologie de stress post-traumatique alors qu'un tel lien n'a pas été observé entre l'attachement évitant et les SSPT. Ces résultats sont comparables à ceux mis en évidence dans d'autres recherches [9]. Mais comment les expliquer ? D'après certains chercheurs, les personnes dont l'attachement se caractérise par de hauts niveaux d'angoisse d'abandon auraient tendance à développer une hypervigilance à l'endroit de stimuli perçus comme menaçants [30]. Par ailleurs, estimant qu'elles ne disposent



**Fig. 2.** Médiation de la symptomatologie de dissociation somatoforme sur la relation entre l'attachement marqué par l'anxiété de l'abandon (score ECR-12 dimension anxiété) et les différentes dimensions de la qualité de vie liée à la santé (Mac New). \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ ; n.s. : non significatif. Les résultats ont été contrôlés pour l'âge et le temps écoulé depuis la survenue de l'infarctus du myocarde.



pas des ressources internes nécessaires pour faire face à l'événement stressant, elles multiplieraient les signaux de détresse pour obtenir le soutien ou l'aide d'autrui. Or, l'amplification de la perception de menace et l'intensification des réactions émotionnelles négatives, couplées au développement de réactions physiologiques de stress [25], contribueraient à augmenter la détresse de l'individu ; détresse qui se manifesterait notamment sous la forme de SSPT [30]. De plus, il semblerait que ces personnes aient du mal à percevoir et à utiliser le soutien social qui peut leur être offert [26], sachant que ces difficultés participent au développement de SSPT chez les personnes ayant subi des événements traumatiques [12]. Contrairement à l'attachement anxieux, l'attachement évitant ne peut pas être considéré, dans notre étude, comme un facteur de vulnérabilité au regard du risque de développement de SSPT. Ce résultat n'est pas sans précédent puisqu'il a également été observé dans des études antérieures [17]. Il est possible que les personnes avec un attachement caractérisé par un évitement de l'intimité important éprouvent une certaine réticence à se dévoiler au travers des réponses données aux questionnaires qu'elles complètent elles-mêmes, ou encore qu'elles présentent des difficultés à entrer en contact avec leurs émotions ; ceci pouvant expliquer l'absence de lien significatif entre l'attachement marqué de haut degré d'évitement de l'intimité et l'importance de la symptomatologie de stress post-traumatique. Au vu de l'ensemble de ces éléments, il serait intéressant de mener des recherches complémentaires afin de savoir quels facteurs pourraient jouer un rôle dans la relation entre l'attachement insécurité anxieux et les SSPT et quels facteurs permettraient d'expliquer le fait qu'un tel lien n'est pas mis en évidence entre l'attachement insécurité évitant et les SSPT, chez les personnes ayant été victime d'un IDM.

*Hypothèse 3.* Au vu de nos résultats, il apparaît également que la QdVS globale des personnes ayant été victimes d'un IDM, six mois auparavant en moyenne, était d'autant plus réduite que la symptomatologie de stress post-traumatique dont elles pouvaient souffrir était importante. Ce résultat corrobore ceux que des recherches antérieures ont mis en évidence et qui montrent que l'altération de la QdVS est associée à la sévérité des SSPT sept mois, en moyenne, après la survenue de l'événement coronarien [18]. Les résultats que nous avons obtenus montrent également que tous les aspects de la QdVS (émotionnel, physique et social) sont impactés par les SSPT.

*Hypothèse 4.* Les résultats ont également montré que les symptômes de stress post-traumatiques médiatisaient entièrement les effets de l'attachement insécurité anxieux sur la QdVS, que l'on considère celle-ci de façon globale ou de manière plus spécifique (dimensions émotionnelle, physique et sociale). En d'autres termes, l'importance de la symptomatologie post-traumatique permettait d'expliquer entièrement pourquoi les personnes dont l'attachement est marqué par un degré élevé d'angoisse d'abandon sont aussi celles qui ont la plus mauvaise QdVS, tant sur le plan émotionnel, physique et social, après un IDM.

*Hypothèse 5.* L'attachement marqué par l'anxiété de l'abandon s'est avéré positivement associé à la sévérité de la symptomatologie dissociative somatoforme alors qu'un tel lien n'a pas été observé entre l'attachement évitant et la symptomatologie dissociative somatoforme.

*Hypothèse 6.* Il est également avéré que plus la symptomatologie dissociative somatoforme était importante, plus la QdVS globale était réduite. De même, le bien-être émotionnel et le fonctionnement physique relatifs à la QdVS étaient d'autant plus diminués que la symptomatologie dissociative somatoforme était sévère.

*Hypothèse 7.* Les résultats montraient que les symptômes de dissociation somatoforme médiatisaient en partie les effets de l'attachement insécurité anxieux sur la QdVS, que l'on considère

celle-ci de façon globale ou de manière plus spécifique (dimensions émotionnelle et physique). En d'autres termes, l'importance de la symptomatologie dissociative somatoforme permettait d'expliquer partiellement pourquoi les personnes dont l'attachement est marqué par un degré élevé d'angoisse d'abandon étaient aussi celles qui avaient la plus mauvaise QdVS, après un IDM.

### 5.1. Implications psychothérapeutiques

D'une façon générale, les résultats de cette étude tendent à démontrer l'importance de la prise en compte conjointe des spécificités de l'attachement, de la symptomatologie de stress post-traumatique et des phénomènes de dissociation somatoforme dans le cadre d'interventions visant à améliorer la qualité de vie des personnes après un IDM. Dans la mesure où l'attachement sécurisé apparaît comme un facteur protecteur face au risque de développement de SSPT [28], une approche psychothérapeutique visant à promouvoir cette forme d'attachement semble tout à fait justifiée. Plus précisément, il pourrait être utile de proposer aux patients un cadre psychothérapeutique tenant compte de leurs expériences d'attachement pour leur permettre de faire évoluer les croyances qu'ils ont à propos d'eux-mêmes et des autres, tout en les aidant à développer des stratégies de coping adaptées face au stress. À cet égard, la thérapie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) [36], l'ICV (Intégration du Cycle de Vie) [34], la thérapie centrée sur les émotions pratiquée dans un cadre individuel [31], ou dans celui du couple [21], ainsi que d'autres approches, parce qu'elles intègrent les connaissances actuelles dans les domaines de l'attachement et du traumatisme et qu'elles se fondent sur des données probantes, semblent indiquées. L'inclusion de ces propositions d'aide psychothérapeutiques dans le cadre d'un programme de réadaptation cardio-vasculaire pourrait être un moyen efficace de réduire les SSPT et les symptômes de dissociation somatoforme mais également d'augmenter la sécurité des attachements ; ce qui pourrait, en retour, améliorer la qualité de vie des individus. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour vérifier ces hypothèses.

### 5.2. Limites

Cette étude comporte un certain nombre de limites. Tout d'abord, la petite taille de l'échantillon et le fait que les participants bénéficient tous d'un programme de réadaptation cardio-vasculaire dispensé au sein d'un même établissement hospitalier situé dans le nord de la France ne permettent pas de généraliser les résultats à toutes les personnes ayant été victimes d'un infarctus du myocarde. Par ailleurs, la nature transversale de notre étude ne permet pas d'établir de liens de causalité entre les différentes variables. À cet égard, nous ne pouvons pas affirmer avec certitude que la diminution de la QdVS découle de la sévérité des SSPT, ou de la sévérité de la dissociation somatoforme, chez les personnes avec un attachement marqué par un niveau élevé d'anxiété, dans la mesure où il est aussi possible qu'une détérioration de qualité de vie pourrait contribuer à augmenter la sévérité de la symptomatologie de stress post-traumatique ou de la symptomatologie dissociative somatoforme. Des études prospectives sont donc nécessaires pour mieux comprendre les rapports de causalité des variables étudiées. Dans notre étude, nous avons choisi l'ECR-12 pour évaluer l'attachement selon deux dimensions (angoisse de l'abandon et évitement de l'intimité). Bien que l'instrument de mesure choisi soit valide et fiable, une mesure catégorielle de l'attachement (par exemple, le Relationship Questionnaire élaboré par Bartholomew et Horowitz [5] qui permet de distinguer les attachements sécurisé, désorganisé, anxieux et évitant) aurait également été pertinente, en ce sens qu'elle aurait permis d'explorer l'impact de différents schémas d'attachement sur les

variables incluses dans notre étude. D'autres études sont donc nécessaires pour mieux comprendre le rôle médiateur des SSPT et des phénomènes de dissociation somatoforme, de même que celui d'autres facteurs médiateurs potentiels (tels que, par exemple, les stratégies de régulation émotionnelle, la mentalisation...), dans l'association entre l'attachement et la qualité de vie.

## 6. Conclusion

Après la survenue d'un infarctus du myocarde, la sévérité des symptômes de stress post-traumatique et l'importance de la symptomatologie dissociative somatoforme expliquent la relation pouvant exister entre l'attachement insécurisé caractérisé par un niveau élevé d'anxiété d'abandon et la qualité de vie. Des interventions psychothérapeutiques visant conjointement à augmenter le degré de sécurité de l'attachement et à réduire les symptômes de stress post-traumatique et de dissociation somatoforme pourraient s'avérer pertinentes pour améliorer la qualité de vie, après un infarctus du myocarde.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Financement

Aucun.

## Références

- [1] Addinsoft XLSTAT. Statistical and data analysis solution. Paris : France: XLSTAT; 2020 [Available from: <https://www.xlsat.com>].
- [2] American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., Washington DC: American Psychiatric Association Press; 2013. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- [3] Ashbaugh AR, Houle-Johnson S, Herbert C, El-Hage W, Brunet A. Psychometric validation of the English and French versions of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLoS One* 2016;11:e0161645. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0161645>.
- [4] Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 1986;51:1173–82. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.51.6.1173>.
- [5] Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults. A test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol* 1991;61:226–44.
- [6] Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. Heart disease and stroke statistics-2017 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2017;135:e146–603. <http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0000000000000485>.
- [7] Berg SK, Thorup CB, Borregaard B, Christensen AV, Thrysoe L, Rasmussen TB, et al. Patient-reported outcomes are independent predictors of one-year mortality and cardiac events across cardiac diagnoses: Findings from the national DenHeart survey. *Eur J Prev Cardiol* 2019;26:624–37. <http://dx.doi.org/10.1177/2047487318769766>.
- [8] Bertisch SM, Pollock BD, Mittleman MA, Buysse DJ, Bazzano LA, Gottlieb DJ, et al. Insomnia with objective short sleep duration and risk of incident cardiovascular disease and all-cause mortality: sleep heart health study. *Sleep* 2018;41:zsy047. <http://dx.doi.org/10.1093/sleep/zsy047>.
- [9] Besser A, Neria Y, Haynes M. Adult attachment, perceived stress, and PTSD among civilians continuously exposed to terrorism in southern Israel. *Pers Individ Dif* 2009;47:851–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2009.07.003>.
- [10] Bowlby J. *Attachment and loss: loss, sadness and depression*. London: Basic Books; 1980.
- [11] Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment: an integrative overview. In: Simpson JA, Rholes WS, editors. *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press; 1998. p. 46–76.
- [12] Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:748–66. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.68.5.748>.
- [13] Cohen J. *Statistical power analysis for behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
- [14] Dixon T, Lim LL, Oldridge NB. The MacNew heart disease health-related quality of life instrument: reference data for users. *Qual Life Res* 2002;11:173–83. <http://dx.doi.org/10.1023/a:1015005109731>.
- [15] Edmondson D, Richardson S, Falzon L, Davidson KW, Mills MA, Neria Y. Posttraumatic stress disorder prevalence and risk of recurrence in acute coronary syndrome patients: a meta-analytic review. *PLoS One* 2012;7:e38915. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0038915>.
- [16] El Hage W. Validation de la version française du SDQ-20: questionnaire de dissociation somatoforme. *Rev Fr Stress Trauma* 2004;4:291–7.
- [17] Elklit A, Karstoft KI, Lahav Y, Andersen TE. Attachment and posttraumatic stress disorder in multiple trauma samples. *J Psychiatry* 2016;19:370. <http://dx.doi.org/10.4172/2378-5756.1000370>.
- [18] Ginzburg K, Solomon Z, Koifman B, Keren G, Roth A, Kriwisky M, et al. Trajectories of posttraumatic stress disorder following myocardial infarction: a prospective study. *J Clin Psychiatry* 2003;64:1217–23. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v64n1012>.
- [19] Guérin-Marion C, Sezlik S, Bureau JF. Developmental and attachment-based perspectives on dissociation: beyond the effects of maltreatment. *Eur J Psychotraumatol* 2020;11:1. <http://dx.doi.org/10.1080/2008198.2020.1802908>.
- [20] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale [Inserm]. Infarctus du myocarde; 2019 [cited 2019 July 9. Available from: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/infarctus-myocarde>].
- [21] Johnson SM. *The practice of emotionally focused couple therapy: creating connection*, 3th ed., Philadelphia, PA: Brunner-Routledge; 2020.
- [22] Lafontaine MF, Brassard A, Lussier Y, Valois P, Shaver PR, Johnson SM. Selecting the best items for a short-form experiences in close relationships questionnaire. *Eur J Psychol Assess* 2016;32:140–54. <http://dx.doi.org/10.1027/1015-5759/a000243>.
- [23] Le J, Dorstyn DS, Mpofu E, Prior E, Tully PJ. Health-related quality of life in coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis mapped against the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Qual Life Res* 2018;27:2491–503. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-018-1885-5>.
- [24] Lim BH, Hodges MA, Lilly MM. The differential effects of insecure attachment on post-traumatic stress: a systematic review of extant findings and explanatory mechanisms. *Trauma Violence Abuse* 2020;21:1044–60. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838018815136>.
- [25] Maunder RG, Lancee WJ, Nolan RP, Hunter JJ, Tannenbaum DW. The relationship of attachment insecurity to subjective stress and autonomic function during standardized acute stress in healthy adults. *J Psychosom Res* 2006;60:283–90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.08.013>.
- [26] Mikulincer M, Shaver PR. An attachment and behavioral systems perspective on social support. *J Soc Pers* 2009;26:7–19. <http://dx.doi.org/10.1177/0265407509105518>.
- [27] Mikulincer M, Shaver PR. *Attachment patterns in adulthood: structure, dynamics, and change*, 2nd ed., New York: Guilford Press; 2016.
- [28] Mikulincer M, Shaver PR, Solomon Z. An attachment perspective on traumatic and posttraumatic reactions. In: Safir MP, Wallach HS, Rizzo S, editors. *Future directions in post-traumatic stress disorder: prevention, diagnosis, and treatment*. New York, NY: Springer; 2015. p. 79–96. [http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4899-7522-5\\_4](http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4899-7522-5_4).
- [29] Nijenhuis ERS, Spinhoven P, van Dyck R, van der Hart O, Vanderlinden J. The development and psychometric properties of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-20). *J Nerv Ment* 1996;184:688–94.
- [30] Ogle CM, Rubin DC, Siegler IC. The relation between insecure attachment and posttraumatic stress: Early life versus adulthood traumas. *Psychol Trauma* 2015;7:324–32. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000015>.
- [31] Paivio SC, Pascual-Leone AJ. Emotion-focused therapy for complex trauma: an integrative approach. Washington, DC, US: American Psychological Association Press; 2010. <http://dx.doi.org/10.1037/12077-000>.
- [32] Pavy B, Iliou MC, Höfer S, Vergès-Patois B, Corone S, Aeberhard P, et al. Validation of the French version of the MacNew heart disease health-related quality of life questionnaire. *Arch Cardiovasc Dis* 2015;108:107–17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.acvd.2014.09.006>.
- [33] Salmons M. *Dissociation traumatique et troubles de la personnalité post-traumatiques*. In: Coutanceau R, Smith J, editors. *Les troubles de la personnalité en criminologie et en victimologie*. Paris: Dunod; 2013.
- [34] Smith J. *Traitement du trauma, de la dissociation et des troubles de l'attachement par l'ICV*. In: Coutanceau R, Smith J, editors. *Violences aux personnes*. Paris: Dunod; 2014. p. 395–400.
- [35] Sobel ME. An introduction to causal inference. *Sociol Methods Res* 1996;24:353–79.
- [36] Tarquinio C, Brennstuhl M, Dellucci H, Iracane-Coste M, Rydberg J, Silvestre M, et al. *Pratique de la psychothérapie EMDR*. Paris: Dunod; 2017. <http://dx.doi.org/10.3917/dunod.tarqu.2017.01>.
- [37] Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K. *Le soi hanté. Dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique*. Bruxelles: De Boeck; 2017.
- [38] Vonderlin R, Kleindienst N, Alpers GW, Bohus M, Lyssenko L, Schmahl C. Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: a meta-analytic review. *Psychol Med* 2018;48:2467–76. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291718000740>.
- [39] Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Boston: National Center for PTSD; 2013 Available from: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>.
- [40] Wikman A, Messerli-Bürge N, Molloy G, Randall G, Perkins-Porras S. Symptom experience during acute coronary syndrome and development of posttraumatic stress symptoms. *J Behav Med* 2012;35:420–30. <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-011-9369-x>.