



**HAL**  
open science

# Un modèle conceptuel pour une intervention parentale au décours de l'exposition traumatique des adolescents : une étude participative avec des parents de Montpellier et de Beyrouth

Hala Kerbage

## ► To cite this version:

Hala Kerbage. Un modèle conceptuel pour une intervention parentale au décours de l'exposition traumatique des adolescents : une étude participative avec des parents de Montpellier et de Beyrouth. Psychiatrie et santé mentale. Université Paris-Saclay, 2024. Français. NNT : 2024UPASR009 . tel-04888370

**HAL Id: tel-04888370**

**<https://theses.hal.science/tel-04888370v1>**

Submitted on 15 Jan 2025

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Un modèle conceptuel pour une intervention parentale au  
décours de l'exposition traumatique des adolescents : une  
étude participative avec des parents de Montpellier et de  
Beirouth

*A conceptual model for a parental intervention following adolescents' traumatic exposure:  
a participatory study with parents from Montpellier and Beirut*

**Thèse de doctorat de l'université Paris-Saclay**

École doctorale n° 570, Santé Publique (EDSP)

Spécialité de doctorat : Sciences Médicales et Recherche Clinique

Graduate School : Santé Publique. Référent : Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines

Thèse préparée dans l'unité de recherche CESP (Université Paris-Saclay, UVSQ, Inserm)  
sous la direction de **Diane Purper-Ouakil**, Professeur Universitaire-Praticien Hospitalier,  
la co-direction de **Emmanuelle Corruble**, Professeur Universitaire - Praticien  
Hospitalier, le co-encadrement de **Martine Elbejjani**, Professeur Universitaire, et de  
**Wissam El Hage**, Professeur Universitaire-Praticien Hospitalier

**Thèse soutenue à Paris-Saclay, le 13 septembre 2024, par  
Hala KERBAGE**

**Composition du Jury**

Membres du jury avec voix délibérative

**Alexis Revet**

Professeur Universitaire-Praticien Hospitalier  
Université Toulouse III – Paul Sabatier

Président

**Eric Bui**

Professeur Universitaire-Praticien Hospitalier  
Université de Caen Normandie

Rapporteur & Examineur

**Carmen Schroder**

Professeur Universitaire-Praticien Hospitalier  
Université de Strasbourg

Rapporteur & Examinatrice

**Priscille Gérardin**

Professeur Universitaire-Praticien Hospitalier  
Université de Rouen

Examinatrice

**Ludovic Gicquel**

Professeur Universitaire-Praticien Hospitalier  
Université de Poitiers

Examineur

**Sami Richa**

Professeur Universitaire  
Université Saint-Joseph de Beyrouth

Examineur

## Résumé

**Titre : Un modèle conceptuel pour une intervention parentale au décours de l'exposition traumatique des adolescents : une étude participative avec des parents de Montpellier et de Beyrouth**

**Mots clés :** Trouble de Stress Post-Traumatique – Intervention Précoce – Adolescents – Support Parental – Intervention Parentale – Etude qualitative

**Contexte :** Les adolescents sont exposés dans le monde entier à des taux élevés d'événements traumatiques, avec un impact développemental et fonctionnel. Le soutien parental est un facteur protecteur favorisant la rémission après des expériences traumatiques. Cependant, peu d'interventions parentales visant à renforcer les capacités parentales de soutien après l'exposition traumatique d'un enfant et d'un adolescent ont été étudiées. Les expériences et les besoins des parents suite à l'exposition traumatique des adolescents sont peu connus. Cette exploration aiderait à concevoir des interventions précoces adaptées aux besoins, que ce soit dans des environnements occidentaux comme la France ou dans des contextes de crise comme le Liban.

**Méthodes :** Nous avons mené une étude qualitative de novembre 2021 à novembre 2022, explorant les expériences, les besoins perçus et les facteurs impactant ces besoins chez les parents d'adolescents âgés de 11 à 16 ans qui ont été exposés à un événement traumatique (ET) au cours des trois derniers mois, sur deux sites : Montpellier, France, et Beyrouth, Liban. Une méthode qualitative inductive basée sur la théorie ancrée a été utilisée pour développer un modèle conceptuel de coping parental suite à l'exposition traumatique de l'adolescent à partir d'entretiens semi-structurés. Une analyse thématique a été réalisée en utilisant un processus de codage récursif impliquant la compilation, la déconstruction et la reconstruction des données.

**Résultats :** À Montpellier, 34 parents de 25 adolescents ont été interviewés, avec 17 des 25 adolescents exposés à une agression sexuelle. À Beyrouth, 28 parents de 24 adolescents ont été interviewés, avec comme ET le plus fréquent l'exposition aux fusillades ayant eu lieu à Beyrouth le 14 octobre 2021. À Montpellier, les parents remettaient en question le rôle social après le traumatisme et se sentaient isolés, principalement en raison de la stigmatisation associée au "statut de victime". L'évitement scolaire et le manque de collaboration avec les écoles ont émergé comme des obstacles majeurs. On distinguait deux catégories distinctes de parents: ceux éprouvant des niveaux de culpabilité élevés avaient tendance à recourir à l'évitement comme mécanisme de coping, tandis que d'autres s'adaptaient en questionnant leurs croyances et en développant de nouvelles routines fonctionnelles. Ces derniers arrivaient à rétablir une connexion avec leur enfant, ainsi qu'un sentiment d'agentivité et d'espoir. À Beyrouth, le contexte de crise sociale, économique et politique multiple entraînait un stress cumulatif élevé pour les parents et les enfants aggravé par l'exposition traumatique récente. La résurgence des souvenirs de guerre parentaux façonnaient les réponses parentales à travers leurs représentations du traumatisme et de la résilience. De nombreux parents rejetaient le rôle de « malade » associé au traumatisme. La résilience était perçue par 19 participants comme un trait propre aux libanais, tandis que 9 parents critiquaient la résilience comme un mythe et avaient une communication plus ouverte sur le traumatisme. Les styles parentaux oscillaient entre contrôlants, soutenant et évitants, avec un impact sur la dynamique familiale. Malgré l'adversité, la plupart des parents faisaient face grâce au support social, à l'humour et en vivant au jour le jour. **Discussion :** Nous suggérons un modèle conceptuel pour une intervention parentale précoce visant à promouvoir des réponses adaptatives des parents suite à l'exposition traumatique des adolescents. Les domaines clés des expériences parentales pourraient être des cibles potentielles pour ce genre d'intervention dans n'importe quel contexte, tels que la psychoéducation sur le stress traumatique, la flexibilité cognitive et les représentations de la rémission et du statut de victime, la communication parent-enfant et l'implication des écoles. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour valider l'impact de ces domaines.

## Abstract

**Title :** *A conceptual model for a parental intervention following adolescents' traumatic exposure: a participatory study with parents from Montpellier and Beirut*

**Keywords :** Post-traumatic Stress Disorder – Early Intervention – Adolescents – Parental support – parental intervention – Qualitative Study

**Background:** Adolescents are exposed worldwide to high rates of traumatic events, leading to sub-optimal developmental and functional outcomes. Social and family support, particularly supportive parenting, are major protective factors promoting recovery in the aftermath of traumatic experiences in youth. However, few parental interventions aimed at strengthening parental supportive capacities after adolescents' traumatic exposure have been studied. Little is known about the experiences and needs of parents following the traumatic exposure of their youth. This exploration would help design early interventions tailored to needs, whether in Western environments such as France or in crisis contexts such as Lebanon.

**Methods:** We conducted a qualitative study from November 2021 to November 2022, exploring experiences, perceived needs, and factors impacting those needs among parents of adolescents aged 11-16 years who were exposed to a traumatic event (TE) in the last three months across two sites: Montpellier, France, and Beirut, Lebanon. A qualitative interpretive method was employed using a grounded theory approach to develop a conceptual model of parental coping following the adolescent's traumatic exposure through semi-structured, in-depth interviews. Thematic analysis was performed using a multistage recursive coding process, involving compilation, deconstruction, and reconstruction of the data.

**Results:** In Montpellier, 34 parents of 25 adolescents were interviewed, with 17 out of 25 adolescents being exposed to sexual assault. In Beirut, 28 parents of 24 adolescents were interviewed, with the most frequent TE being exposure to the violent shootings that occurred in Beirut on October 14, 2021. In Montpellier, parents questioned their social roles after trauma and felt isolated, mainly due to the stigma attached to the "victim status." Issues of school avoidance and lack of collaboration with schools emerged as major obstacles for parents. Parents fell into two distinct categories: those experiencing distressing levels of guilt tended to resort to avoidance as a coping mechanism, while others adapted by revisiting their beliefs and developing new functional routines. The latter group was able to restore connection with their child, along with a sense of agency and hope. In Beirut, the context of multiple ongoing social, economic, and political crises resulted in high cumulative stress for both parents and children, making it challenging for parents to attune to the specific effects of the adolescent's recent traumatic exposure. Resurgence of childhood war memories and parental posttraumatic symptoms increased parental distress and shaped their responses through their representations of trauma and resilience. Many parents rejected the sick role associated with trauma. Resilience was viewed by 19 participants as a fixed trait characteristic of the Lebanese, while 9 parents criticized resilience as a myth and had more open communication about trauma. Parenting styles oscillated between controlling behaviors, warmth, and avoidance, impacting the family dynamic. Despite adversity, most parents coped through social connectedness, humor, and living day by day.

**Discussion:** Based on our findings, we suggested a conceptual model for an early posttraumatic parental intervention to promote adaptive responses and support following adolescents' traumatic exposure. Key domains of parental experiences could be potential early intervention targets in any context, such as psychoeducation on traumatic stress, cognitive flexibility, representations about recovery and the victim status, parent-child communication, and involvement of schools and primary physicians. Further research is needed to validate the impact of these domains in early posttraumatic interventions.

*Je dédie cette thèse aux parents qui ont participé à mon étude, que ce soit sur le site de Montpellier ou sur le site de Beyrouth. À leur courage, leur force et leur vulnérabilité, leurs doutes et leurs certitudes, pour le temps inestimable qu'ils m'ont accordé et pour avoir accepté de partager avec moi leurs expériences souvent douloureuses. Grâce à chacun d'entre eux et chacune d'entre elles, j'ai découvert le vrai sens de la recherche participative. Ils et elles m'ont guidée au-delà de mes idées préconçues et de mes hypothèses préétablies. Je les remercie chaleureusement et j'espère que ce travail pourra contribuer, ne serait-ce qu'un tant soit peu, à l'amélioration des efforts de soins pour les soutenir, ainsi que leurs adolescents, face aux expositions traumatiques*

## Remerciements

À Madame la Professeure Diane Purper-Ouakil,

Je te remercie sincèrement pour ton soutien continu tout au long des étapes cruciales de ce travail. Merci pour ta présence encourageante, tes conseils éclairés, ta confiance, tes grandes qualités humaines, merci de me permettre de réaliser mon potentiel. Merci pour tout ce que tu m'as appris et pour la richesse que tu apportes. Tu es pour moi une vraie source d'inspiration, tant au niveau personnel que professionnel. C'est un honneur et un plaisir d'avoir parcouru ce chemin avec toi, et je me réjouis de pouvoir le continuer dans ton service.

À Madame la Professeure Emmanuelle Corruble,

Merci de votre disponibilité et de votre soutien tout au long de ce travail. J'espère que nous aurons l'occasion de mener d'autres projets de recherche ensemble.

À Madame la Professeure Martine Elbejjani,

Je te remercie chaleureusement de m'avoir accompagnée et co-encadrée tout au long de ce travail, notamment sur la partie du site libanais. Merci pour nos discussions passionnantes, ta générosité, tes intuitions brillantes, ton ouverture d'esprit et ton humour fin et intelligent.

À Monsieur le Professeur Wissam El Hage,

Merci pour ton soutien et ton encadrement durant tout mon parcours de thèse et ce depuis la construction même du projet. Merci pour tes conseils avisés, ton esprit collaboratif et inclusif.

À Monsieur le Professeur Alexis Revet,

Je te remercie chaleureusement d'avoir accepté d'être membre de mon comité de suivi individuel et de présider mon jury de thèse, j'en suis honorée. Merci de ta grande disponibilité, ta bienveillance, ton parcours inspirant.

À Madame la Professeure Carmen Schroder et Monsieur le Professeur Eric Bui,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Merci d'avoir accepté d'être rapporteurs de cette thèse et pour le temps consacré. Je tiens à vous exprimer ma profonde admiration et mes sincères remerciements.

À Monsieur le Professeur Sami Richa,

Merci de votre soutien infaillible et continu, depuis déjà plus de 15 ans, depuis mon externat à l'Université Saint-Joseph de Beyrouth. Merci d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse, votre présence inestimable signe la continuité entre mon parcours au Liban et mon projet actuel en France. Merci pour votre résilience admirable et pour résister, envers et contre tout, pour la psychiatrie au Liban.

À Madame la Professeure Priscille Gérardin,

Je ne saurai assez vous remercier pour votre soutien et votre suivi de mon parcours en tant que présidente de la Sous-Section Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent au Conseil National des Universités. Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse et d'évaluer mon travail.

À Monsieur le Professeur Ludovic Gicquel,

Je me souviens encore de vos entretiens inspirants avec les patientes à l'Hôpital Sainte-Anne, alors que j'étais en stage d'externe. Je suis très reconnaissante de pouvoir bénéficier de votre évaluation sur mon travail de thèse bien des années plus tard. Je vous remercie également d'avoir accepté de présider mon comité de suivi individuel tout au long de ce parcours.

À Monsieur le Professeur Mario Speranza,

Merci de m'avoir accueillie au sein de l'équipe Psychiatrie du Développement et Trajectoires, que tu diriges au Centre de Recherche en Épidémiologie et Santé des Populations (CESP). Ta disponibilité, ta bienveillance, ton accompagnement, ont été un vrai soutien.

À Madame la Professeure Emilie Sbidian,

Je vous remercie sincèrement pour votre tutorat et disponibilité tout au long de la thèse.

À tous les membres de la Direction de l'Ecole Doctorale Santé Publique, et particulièrement Madame Marianne Canonico, merci pour avoir été toujours soutenant et à l'écoute. Un grand merci également à Madame Emilie Deneuve, gestionnaire administrative, pour sa disponibilité et son aide.

À Madame Sylvie Muret,

Ton aide précieuse au sein du CESP, ta gentillesse, ton efficacité, m'ont aidée à surmonter tous les méandres administratifs. Je t'en remercie infiniment.

À tous les professionnels du CHU de Montpellier, de la Société Libanaise de Psychiatrie, et de la Société Libanaise de Psychologie, qui ont pris le temps de m'aider dans le recrutement. Je vous remercie sincèrement de votre collaboration qui a permis à ce travail d'aboutir.

À mes collègues et amis du service de Médecine Psychologique de l'Enfant et de l'Adolescent du CHU de Montpellier, par ordre alphabétique : Le Dr Eléonore Bobo, le Dr Amélie Boquain, le Dr Elisa Bousquet, le Dr Ana Caravaca, le Dr Nathalie Franc, le Dr Clarence HA, le Dr Laurence Hébrart, le Dr Stéphanie Legras, le Dr Sandra Lopez-Sanchez, le Dr Pierre Raysse, le Dr Laura Conforti-Roussel, et le Dr Laurie Surig. C'est grâce à votre aide, votre esprit collaboratif, vos reprises d'astreinte, vos remplacements sur l'unité d'hospitalisation, que j'ai pu mener à terme ce travail en trois ans. Je vous en suis chaleureusement reconnaissante et je mesure toute la chance de travailler à vos côtés.

À toute l'équipe du Centre Régional de Psychotraumatisme Enfants/Adolescents de Montpellier : Magalie Courtigeol Gaillard, Elizabeth Capucho, Dr Hélène Denis, Julie Fonseca Cruz, Anais Forestier, Ana Maria Garcia Rubio, Agathe Guilhem, Allison Goujon, Emilie Simer. Merci pour votre engagement, votre dynamisme, votre soutien, et tout ce que nous construisons sur cette unité.

À Madame le Dr Nidal Nabhan Abou,

Merci de ton amitié inestimable et de ton support infaillible.

À mes parents Mohab et Thérèse et mes soeurs Hoda et Nathalie. Merci pour votre soutien

indéfectible en toute circonstance.

À mes amies. Merci pour votre présence constante et vos conseils.

À Nizar et Marc. Vous êtes ma force et ma plus grande source d'inspiration et de joie.



## **BEYROUTH**

*Qu'elle soit courtisane, érudite, ou dévote,  
péninsule de bruits, des couleurs, et de l'or,  
ville marchande et rose, voguant comme une flotte  
qui cherche à l'horizon la tendresse d'un port,  
elle est mille fois morte, mille fois revécue.  
Beyrouth des cent palais, et Béryte des pierres,  
où l'on vient de partout ériger ses statues,  
qui font prier les hommes, et font crier les guerres.  
Ses femmes aux yeux de plages qui s'allument la nuit,  
et ses mendiants semblables à d'anciennes pythies.  
À Beyrouth chaque idée habite une maison.  
À Beyrouth chaque mot est une ostentation.  
À Beyrouth l'on décharge pensées et caravanes,  
flibustiers de l'esprit, prêtresses ou bien sultanes.  
Qu'elle soit religieuse, ou qu'elle soit sorcière,  
ou qu'elle soit les deux, ou qu'elle soit charnière,  
du portail de la mer ou des grilles du levant,  
qu'elle soit adorée ou qu'elle soit maudite,  
qu'elle soit sanguinaire, ou qu'elle soit d'eau bénite,  
qu'elle soit innocente ou qu'elle soit meurtrière,  
en étant phénicienne, arabe ou routière,  
en étant levantine, aux multiples vertiges,  
comme ces fleurs étranges fragiles sur leurs tiges,  
Beyrouth est en orient le dernier sanctuaire,  
où l'homme peut toujours s'habiller de lumière.*

**Nadia Tueini**

**Liban : 20 poèmes pour un amour (1979)**

## TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES .....	14
LISTE DES TABLEAUX.....	15
<b>LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS .....</b>	<b>16</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>17</b>
<b>CHAPITRE 1- CONTEXTE.....</b>	<b>20</b>
I. L'EXPOSITION TRAUMATIQUE ET SES REPERCUSSIONS DANS L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE .....	20
1) <i>Définition, fréquence et facteurs de risque de l'exposition traumatique</i> .....	20
a) Définition.....	20
b) Fréquence.....	23
c) Facteurs de risque .....	25
2) <i>Le trouble de stress post-traumatique (TSPT)</i> .....	27
a) Épidémiologie.....	27
b) Physiopathologie .....	28
c) Caractéristiques cliniques.....	30
d) Évolution.....	33
e) Évaluation et diagnostic .....	34
3) <i>Autres répercussions de l'exposition traumatique</i> .....	35
a) Répercussions psychiatriques.....	35
b) Conséquences de l'exposition traumatique cumulative et prolongée.....	36
c) Répercussions familiales, scolaires et sociales de l'exposition traumatique.....	39
4) <i>Perspectives neurodéveloppementales et spécificités cliniques à l'adolescence</i> .....	40
II. LA PERIODE PERI-TRAUMATIQUE COMME FENETRE D'INTERVENTION.....	43
1) <i>Définition de la période péritraumatique</i> .....	43
2) <i>Facteurs de risque liés à l'évènement traumatisant et aux caractéristiques de l'enfant favorisant l'installation d'un TSPT et troubles associés</i> .....	44
a) Facteurs liés aux caractéristiques de l'évènement traumatisant .....	44
b) Facteurs liés aux caractéristiques de l'enfant .....	45
c) Facteurs liés aux réponses de l'enfant à l'évènement traumatique.....	46
3) <i>Facteurs de risque et de protection liés aux caractéristiques familiales et environnementales influençant l'installation d'un TSPT et troubles associés</i> .....	47
a) Le fonctionnement familial .....	47
b) Le niveau de soutien parental et social .....	48
c) La présence de symptômes psychologiques/psychiatriques parentaux .....	49
d) Interaction entre les caractéristiques environnementales .....	50

4)	<i>Rôle de la parentalité et du soutien parental dans la période péri-traumatique</i> .....	51
a)	Conceptualisations du comportement parental dans le contexte de l'exposition traumatique de l'enfant et de l'adolescent .....	51
b)	Surprotection parentale .....	52
c)	Soutien parental positif .....	53
d)	Parentalité hostile/coercitive .....	53
e)	Méta-analyse de Williamson et al (2017 bis) évaluant l'association entre comportements parentaux et TSPT de l'enfant et de l'adolescent .....	54
5)	<i>Parentalité et soutien parental dans un contexte de crise</i> .....	56
a)	Modèles explicatifs de l'impact du contexte de crise sur les comportements parentaux .....	56
b)	Un exemple de contexte de crise : le Liban .....	57
III.	LES INTERVENTIONS PRECOCES POUR LA PREVENTION DU TSPT ETUDIEES DANS LA PERIODE PERI-TRAUMATIQUE .....	59
1)	<i>Recommandations actuelles et revue de littérature</i> .....	59
2)	<i>Traitements pharmacologiques</i> .....	61
3)	<i>Traitements psychothérapeutiques</i> .....	62
4)	<i>Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI)</i> .....	63
IV.	DONNEES D'ETUDES QUALITATIVES AVEC LES PARENTS SUR LEURS EXPERIENCES ET BESOINS PERÇUS AU DECOURS DE L'EXPOSITION TRAUMATIQUE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT .....	65
	<b>CHAPITRE 2- PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS</b> .....	<b>67</b>
I.	PROBLEMATIQUE .....	67
II.	OBJECTIFS .....	73
	<b>CHAPITRE 3- METHODE</b> .....	<b>74</b>
I.	CONSTRUCTION DE L'ETUDE .....	74
1)	<i>Choix de la méthode</i> .....	74
2)	<i>Construction du projet de recherche</i> .....	76
3)	<i>Autorisations</i> .....	79
II.	PHASE DE RECRUTEMENT .....	79
1)	<i>Sur le site de Montpellier</i> .....	79
2)	<i>Sur le site de Beyrouth</i> .....	83
III.	PHASE DE COLLECTE DE DONNEES .....	85
1)	<i>Développement du guide d'entretien</i> .....	85
2)	<i>Déroulement des entretiens</i> .....	87
IV.	ASPECTS ETHIQUES .....	88
V.	ANALYSE DES DONNEES .....	90
VI.	ACCESSIBILITE DES DONNEES.....	93

**CHAPITRE 4- RESULTATS..... 94**

I.	SITE DE MONTPELLIER.....	94
1)	<i>Caractéristiques des participants</i> .....	94
2)	<i>Thème 1. Identification par les parents des symptômes des enfants</i> .....	98
a)	Sous-thème : Difficultés de régulation émotionnelle.....	98
b)	Sous-thème : État d'hypervigilance et troubles de sommeil.....	99
c)	Sous-thème : Isolement et perte d'intérêt.....	100
3)	<i>Thème 2. Vécu d'inefficience parentale et impact négatif sur la relation parent-enfant</i> .....	100
a)	Sous-thème : Culpabilité et sentiments d'inefficacité parentale .....	101
b)	Sous-thème : Impact sur la relation parent-enfant et augmentation des conflits familiaux.....	102
c)	Sous-thème. Résurgence de souvenirs d'expériences traumatiques personnelles antérieures .....	104
4)	<i>Thème 3. Difficultés à comprendre le traumatisme</i> .....	104
a)	Sous-thème. La remise en cause du rôle social après le traumatisme.....	105
b)	Sous-thème. Représentations négatives liées au statut de victime et isolement social.....	106
5)	<i>Thème 4. Problèmes scolaires et manque perçu de collaboration avec les écoles</i> .....	107
a)	Sous-thème. Évitement scolaire.....	108
b)	Sous-thème. Manque perçu de soutien de de la part de l'école.....	108
6)	<i>Thème 5. L'évitement comme stratégie principale pour gérer des besoins conflictuels</i> .....	111
a)	Sous-thème. Éviter de discuter de l'événement traumatisant avec l'enfant .....	111
b)	Sous-thème. Éviter les aménagements des routines et habitudes .....	112
7)	<i>Thème 6. Trouver des moyens de faire face dans la période péri-traumatique</i> .....	114
a)	Sous-thème. Gérer la situation et les besoins du quotidien : une chose à la fois .....	114
b)	Sous-thème. Risque de suraccommodation .....	115
c)	Sous-thème. Restaurer l'agentivité .....	116
d)	Sous-thème. Rechercher le support social.....	117
II.	SITE DE BEYROUTH .....	120
1)	<i>Caractéristiques des participants</i> .....	120
2)	<i>Thème 1. Exacerbation de problèmes psychologiques préalables dus au stress cumulatif</i> .....	125
a)	Sous-thème. Chez les enfants.....	125
b)	Sous-thème. Chez les parents .....	127
3)	<i>Thème 2 : Résurgence de souvenirs de guerre parentaux et impact sur la communication</i> .....	129
a)	Sous-thème : Résurgence de souvenirs et d'expériences de guerre.....	129
b)	Sous-thème. Évocation du traumatisme : évitement versus communication.....	132
4)	<i>Thème 3. Perceptions parentales autour du trauma et de la résilience</i> .....	134
a)	Sous-thème. Impact sur la compréhension du traumatisme .....	135
b)	Sous-thème : Impact sur la compréhension de la résilience : tempérament versus mythe .....	137
5)	<i>Thème 4. L'exposition traumatique entraine des styles parentaux inconsistants et impacte la</i>	

<i>dynamique familiale</i> .....	140
a) Sous-thème. Oscillation entre style parental contrôlant/sévère, engageant/soutenant, et évitant/détaché 140	
b) Sous-thème. Impact sur la dynamique familiale et les sentiments d'efficacité parentale .....	142
6) <i>Thème 5. Faire face à l'adversité : stratégies de coping diverses</i> .....	143
a) Sous-thème. Ressources économiques .....	144
b) Sous-thème. Support social et coping collectif .....	145
c) Sous-thème. Consulter les professionnels .....	146
d) Sous-thème. Humour et empathie .....	147
e) Sous-thème. Vivre au jour le jour .....	148
<b>CHAPITRE 5- DISCUSSION</b> .....	<b>150</b>
I. SITE DE MONTPELLIER.....	150
1) <i>Modélisation des conséquences de l'exposition traumatique sur les styles parentaux et la dynamique         familiale</i> .....	150
2) <i>Identification des problèmes émotionnels et comportementaux des enfants par les parents</i> .....	153
a) Symptômes post-traumatiques .....	153
b) Symptômes de type obsessionnels-compulsifs .....	153
c) Évitement scolaire .....	155
3) <i>Difficultés à comprendre le traumatisme et stigmatisation liée au statut de victime</i> .....	156
4) <i>La flexibilité cognitive, facteur d'adaptation parentale</i> .....	158
5) <i>Implications en pratique clinique et en politique de santé</i> .....	160
a) Psychoéducation de base sur les symptômes post-traumatiques .....	160
b) Cibler la flexibilité cognitive .....	162
c) Lutter contre la stigmatisation et l'isolement social .....	163
d) Détection des enfants à risque.....	165
e) Dépister et traiter un PTSD parental .....	166
f) Impliquer et former le personnel des établissements scolaires.....	168
g) Impliquer et former les acteurs de soin et de protection de 1ere ligne.....	168
II. SITE DE BEYROUTH .....	171
1) <i>Modélisation des facteurs de risque et de protection impactant les capacités parentales de soutien à         la suite de l'exposition traumatique d'un adolescent dans un contexte de crise sociale, économique et         politique</i> .....	171
a) Facteurs de risque .....	172
b) Facteurs protecteurs .....	174
c) Adaptations parentales en temps de crise .....	176
2) <i>Perception des symptômes psychologiques comme une réaction normale face à l'adversité : la         critique du concept de traumatisme</i> .....	177

3) <i>Communication transgénérationnelle du traumatisme de guerre</i> .....	183
4) <i>Critique du concept de résilience</i> .....	186
5) <i>Implications en pratique clinique et en politique de santé</i> .....	187
a) Valider l'impact de la crise collective sur la santé mentale .....	187
b) Psychoéducation sur la communication transgénérationnelle .....	189
c) Cibler la santé mentale parentale globale, les représentations des parents et la parentalité contrôlante ..	190
d) Sensibiliser les acteurs de 1ere ligne sur le psychotraumatisme et les représentations autour du traumatisme et de la résilience.....	191
e) Impliquer les écoles dans la psychoéducation sur le stress traumatique et les récits collectifs .....	192
III. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ÉTUDE SUR LES DEUX SITES .....	193
<b>CHAPITRE 6- PERSPECTIVES</b> .....	<b>198</b>
I. INTEGRATION DES RESULTATS DES DEUX SITES : UN MODELE CONCEPTUEL POUR UNE INTERVENTION FAMILIALE PRECOCE RENFORÇANT LES CAPACITES DE SOUTIEN PARENTAL A LA SUITE DE L'EXPOSITION TRAUMATIQUE D'UN ADOLESCENT .....	198
1) <i>Un cadre conceptuel multisystémique et socio-écologique</i> .....	198
2) <i>Promouvoir le soutien social autour des parents</i> .....	199
3) <i>Évaluer l'impact scolaire et promouvoir le soutien scolaire</i> .....	201
4) <i>Évaluer et cibler la santé mentale parentale</i> .....	202
5) <i>Comprendre les représentations des parents sur le traumatisme et la résilience et cibler la flexibilité cognitive</i> .....	203
6) <i>Évaluer et cibler les styles parentaux coercitifs, contrôlants et/ou évitants</i> .....	204
II. PROPOSITIONS D'ADAPTATION CONTEXTUELLE DE LA CFTSI.....	207
1) <i>Description détaillée de la CFTSI</i> .....	207
2) <i>Propositions d'adaptation de la CFTSI et son intégration dans un cadre d'interventions plus large</i> . 211	
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>214</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>217</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>245</b>

## LISTE DES FIGURES

Figure 1- Prisma Flowchart .....	61
Figure 2- Connexion entre les thèmes et sous-thèmes liés aux conséquences familiales de l'exposition traumatique et à l'évitement en tant que réponse parentale.....	152
Figure 3- La pyramide d'interventions psychosociales recommandée par l'IASC (Adaptée avec permission de Bah et al., 2018) .....	171
Figure 4- Un modèle conceptuel de facteurs de risque ayant émergé comme altérant la réponse parentale et la parentalité à la suite de l'exposition traumatique récente de l'adolescent .....	173
Figure 5- Un modèle conceptuel intégré pour une intervention familiale à la suite de l'exposition traumatique d'un adolescent visant à renforcer le soutien parental .....	206

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1- Caractéristiques socio-démographiques des enfants sur le site de Montpellier.....	96
Tableau 2- Caractéristiques socio-démographiques des parents sur le site de Montpellier.....	97
Tableau 3- Thèmes et sous-thèmes extraits des entretiens avec les parents sur le site de Montpellier. ....	119
Tableau 4- Caractéristiques socio-démographiques des enfants sur le site de Beyrouth.....	122
Tableau 5- Caractéristiques socio-démographiques des parents sur le site de Beyrouth.....	123
Tableau 6- Thèmes et sous-thèmes extraits des entretiens avec les parents sur le site de Beyrouth .....	124



## LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS

---

CAA : Cortex Cingulaire Antérieur  
CFTSI: Child and Family Traumatic Stress Intervention  
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire  
CIM: Classification Internationale des Maladies  
CPC: Child Posttraumatic Checklist  
CPFvm: Cortex Préfrontal VentroMédian  
CRP : Centre Régional de Psychotraumatisme  
CUMP: Cellule d'Urgence Médico-Psychologique  
DSM: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders  
GED : Groupe Enfance en Danger  
IASC: InterAgency Standing Committee  
ISTSS: International Society for Traumatic Stress Studies  
MFQ: Mood and Feelings Questionnaire  
MPEA : Médecine Psychologique de l'Enfant et de l'Adolescent  
OMS: Organisation Mondiale de la Santé  
ONG: Organisation Non Gouvernementale  
PTSD-RI : Post-Traumatic Stress Disorder-Rating Index  
TCC-CT: Thérapie comportementale et cognitive centrée sur le trauma  
TDAH : Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité  
TSPT: Trouble de Stress Post-Traumatique  
TTD: Trouble Traumatique du Développement  
UAPED: Unité d'Accueil Pédiatrique Enfants en Danger

## INTRODUCTION

---

Dans une célèbre description du psychotraumatisme, Peter Levine le définit en ces termes : « *Le trauma n'est pas ce qui nous arrive, c'est ce que nous portons au fond de nous en l'absence d'un témoin empathique* », ou selon la version originale en anglais : « *Trauma is not what happens to us, it is what we hold inside in the absence of an empathetic witness* » (Levine & Frederick, 1997). À travers cette formulation, il insiste sur l'importance de l'aspect relationnel dans la rémission post-traumatique. Ceci est d'autant plus crucial que le traumatisme en lui-même peut altérer les capacités relationnelles et interpersonnelles, les personnes exposées pouvant osciller entre un détachement ou évitement émotionnel et une forte dépendance à leurs proches. La validation et la reconnaissance par l'entourage de la réalité de l'événement traumatique sont largement reconnues comme ayant des effets bénéfiques sur les victimes, contrairement aux attitudes de minimisation, d'évitement, de suspicion ou d'injonction au silence (Shomerus et al, 2021).

L'adolescence est une période développementale cruciale en termes de construction identitaire, de positionnement par rapport aux parents et aux pairs, de maturation du système de régulation émotionnelle et des compétences interpersonnelles. L'exposition traumatique, quel que soit le type d'événement, va fragiliser le déroulement harmonieux de ces étapes développementales. De plus en plus de données émergent en faveur du rôle protecteur du soutien social, et notamment parental et familial, lors de la période précoce après l'exposition traumatique, dans la prévention à long terme des conséquences négatives de celle-ci sur les enfants et les adolescents (Trickey et al, 2012 ; Williamson et al, 2017 ; McLaughlin et al, 2013 ; VanBronkhorst et al, 2024). Les adolescents ne sont donc pas des réceptacles passifs qui subiraient de façon uniforme les effets des événements traumatisants. Leur expérience de cet événement et de la période qui s'ensuit se vit en interaction avec leurs relations proches (famille, pairs), leurs communautés (écoles, quartiers) et la société dans son ensemble (représentations sociétales du traumatisme et du statut de victime). La résilience des enfants et des jeunes face au traumatisme est donc liée à la capacité de leurs familles et de leurs communautés à

démontrer adaptation et résilience face aux adversités, et n'est donc pas uniquement déterminée par un attribut ou trait tempéramental individuel de l'enfant (Ellis & Dietz, 2017).

Mais comment peut-on renforcer en pratique le soutien parental à la suite de l'exposition traumatique de manière efficace, durable et structurée, au-delà de la simple guidance parentale, et en prenant en compte ce cadre multisystémique et socioécologique où le traumatisme et la résilience sont intriqués à la fois dans les individus et dans les systèmes ? En effet, les rares interventions étudiées dans la littérature dans la période précoce, bien que prometteuses, ciblent le soutien des parents à travers leur implication exclusivement dans l'identification et la gestion des symptômes individuels post-traumatiques de l'enfant. Cette démarche présume donc que les parents sont déjà dans une attitude de soutien envers l'enfant et de reconnaissance du traumatisme. Comment cibler alors tous ces parents qui sont eux-mêmes surmenés, affectés par le traumatisme de leur enfant, ou leurs propres traumatismes, qui n'ont ni la disponibilité ni la disposition de venir régulièrement aux séances et d'appliquer les stratégies de gestion des symptômes de leur enfant ? Les parents sont eux-mêmes soumis à l'effet d'autres contraintes dans leurs environnements ; une intervention parentale précoce pour renforcer leurs capacités de soutien à leur adolescent à la suite d'une exposition traumatique doit pouvoir prendre en compte tous ces éléments. Cela implique de comprendre leurs expériences, leurs réactions et leurs perceptions des facteurs facilitant ou entravant leur capacité de support à leur enfant. Cette connaissance permet d'une part de développer un modèle conceptuel intégré pouvant être testé ultérieurement et qui ciblerait ces facteurs, et d'autre part, d'adapter les interventions précoces déjà existantes pour répondre à ces besoins.

Ce type de connaissance est principalement acquis grâce à une méthodologie qualitative qui permet une compréhension approfondie des schémas de comportements, des expériences vécues, des besoins perçus et des réactions subjectives qui pourraient autrement passer inaperçus avec des questionnaires fermés et des mesures quantitatives (Renjith et al, 2021). Les méthodes qualitatives sont actuellement reconnues par les acteurs de santé publique comme des outils indispensables dans la recherche en santé, pour compléter, approfondir et ajuster les interventions testées par les études quantitatives (Morse, 2012). Les méthodes

qualitatives permettent aussi plus facilement une approche participative. Ce sont les expériences du participant, sa perception, sa façon unique de voir le monde, ses propres mots, qui sont entendus et valorisés. Il ou elle est placé(e) au cœur du processus de recherche. Dans cette approche participative, qui donne au participant un rôle d'acteur primordial, les dynamiques de pouvoir entre chercheur et participant sont amoindries.

Nous avons choisi d'explorer les expériences, réactions, besoins perçus des parents d'adolescents âgés entre 11 et 16 ans ayant été exposés dans les trois derniers mois à un événement traumatique, et notamment leurs perceptions des facteurs entravant ou facilitant leur soutien à leur enfant. Cette étude a été menée sur deux sites différents, Montpellier et Beyrouth, afin de pouvoir examiner les différences et similarités potentielles des besoins et des expériences dans deux milieux socio-culturels différents. Notre but est la conceptualisation d'un modèle intégré pour une intervention parentale précoce à la suite de l'exposition traumatique de l'adolescent, ainsi que l'adaptation contextuelle des interventions existantes. Dans la première partie, nous présentons en détail le contexte et le rationnel de notre étude. Nous détaillerons ensuite la construction de l'étude et les outils méthodologiques utilisés. Nous présenterons les résultats sur chaque site dans deux sections séparées ainsi que la discussion propre aux résultats de chaque site. Enfin, nous tenterons d'intégrer les résultats sur les deux sites afin de proposer un modèle conceptuel pour une intervention parentale précoce afin de renforcer le soutien parental à l'adolescent et les capacités adaptatives des parents.

# CHAPITRE 1- CONTEXTE

---

## I. L'EXPOSITION TRAUMATIQUE ET SES REPERCUSSIONS DANS L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE

### 1) Définition, fréquence et facteurs de risque de l'exposition traumatique

#### a) Définition

Les événements potentiellement traumatisants sont des expériences qui impliquent des dommages graves ou la menace de dommages graves pour soi-même ou pour autrui. La définition d'un événement traumatisant adoptée dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Maladies Mentales, 5<sup>ème</sup> version (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders DSM-5) de l'Association Américaine de Psychiatrie (American Psychiatric Association, APA, 2013) est la suivante :

« Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou de plusieurs façons suivantes :

- En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
- En étant témoin direct (et non par les médias ou les réseaux sociaux) d'un ou de plusieurs événements traumatisants survenus à d'autres personnes, notamment des adultes proches qui prennent soin de l'enfant dans le cas d'un enfant ;
- En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'évènement doit avoir été violent ou accidentel ;
- En étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant, par exemple premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants. Ceci ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail. »

Cette définition exclut les événements stressants ne comportant pas de menace immédiate pour l'intégrité physique et/ou psychique, tels que les facteurs de stress psychosociaux (divorce parental, séparation amoureuse, deuil non traumatique) et les maladies graves non aiguës et non soudaines, même celles mettant la vie en danger, telles que le cancer en phase terminale (North et al, 2009). Les exemples d'événements traumatiques comprennent, sans vouloir être exhaustif, la violence physique et les agressions sexuelles, la violence communautaire ou scolaire, les accidents graves, les catastrophes naturelles, le terrorisme, la perte soudaine et/ou violente d'un être cher, l'exposition à la guerre et aux conflits armés.

Dans la définition précédente du DSM IV, version révisée, il devait également y avoir le critère suivant : « *La réponse de la personne à l'évènement doit impliquer un sentiment de peur intense, d'impuissance et d'horreur* » (APA, 2000). Ce critère a été enlevé des critères diagnostiques du DSM-5, ayant été jugé difficile à évaluer car relevant de l'expérience subjective de l'individu (North et al, 2009). Cependant, la question de l'évènement traumatique en tant qu'*expérience*, induisant un vécu de perte de contrôle, d'impuissance et d'effroi reste une problématique essentielle à la clinique du psychotraumatisme. À l'égard, la définition de Louis Crocq du traumatisme psychique chez l'enfant est particulièrement éclairante :

*« Le traumatisme psychique est le fait pour un enfant d'avoir vécu une expérience psychotraumatique, c'est-à-dire un évènement exceptionnel violent et menaçant pour la vie ou l'intégrité physique ou psychique de l'individu, tel qu'agression, accident, catastrophes, ou évènement de guerre, mais aussi de l'avoir vécu sur le mode du trauma, dans l'effroi, l'horreur, le sentiment d'impuissance et d'absence de secours [...] (Liébert, 2015).*

Par cette définition, Louis Crocq ramène les événements traumatisants, non seulement à une liste d'événements, mais aussi à des expériences induisant un vécu d'impuissance, de terreur et de perte de contrôle. Cette notion d'expérience subjective lors de l'évènement traumatisant est aussi détaillée par des auteurs comme Judith Hermann (1997), Bessel Van Der

Kolk (2015) et Steven Marans (2005), et permet une compréhension approfondie de la clinique du psychotraumatisme. Les symptômes post-traumatiques en effet, reflètent des perturbations du fonctionnement neurophysiologique, cognitif, émotionnel et comportemental induites par l'évènement traumatique qui submerge par l'étendue et l'intensité du danger les mécanismes d'adaptation généralement disponibles. Ces perturbations donnant lieu aux symptômes post-traumatiques créent en elles-mêmes des sources supplémentaires de détresse et une autoperpétuation de l'expérience initiale de perte de contrôle et d'impuissance.

La définition de l'évènement traumatique par le DSM-5 et son évolution à travers les versions antérieures du DSM, donne encore lieu à des débats et des controverses entre les experts (Marx et al, 2024 ; Herzog, 2024). Cette définition constitue le critère A dans la liste des critères diagnostiques du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT), et garde une utilité clinique et surtout une utilité pratique au niveau de la recherche en délimitant clairement et sans ambiguïté la définition. Cependant, une définition formelle d'un évènement traumatisant a toujours été intrinsèquement débattue, car chargée de la mission de rendre justice aux survivants de traumatismes (Marx et al, 2024). À cet égard, Herzog (2024), déplore que la nouvelle définition de l'évènement traumatique selon le DSM-5 ait exclu toute composante de vécu subjectif et défend une approche centrée sur la personne tout en étant orientée vers la recherche. L'impact du traumatisme psychologique varie d'un individu à l'autre et selon l'âge développemental. Ceci devrait inciter les chercheurs et les cliniciens à considérer les caractéristiques de l'évènement traumatique (par exemple, le type d'évènement, sa durée, sa répétition dans le temps) avec des facteurs liés à l'individu (par exemple, les capacités cognitives d'évaluation des risques situationnels) qui influencent à la fois la perception individuelle et les cognitions liées aux événements de vie négatifs (Kube et al, 2020). Cependant, cette perspective contextuelle n'est pas adéquatement reflétée dans la définition du DSM d'après Herzog (2024). Bien que la probabilité d'exposition à certains types de traumatismes varie tout au long de la vie, l'intensité et l'ampleur de ces événements dépendent également du stade développemental qui détermine le degré individuel de menace et de réponse aux événements de vie. En effet, l'exposition traumatique interfère chez l'enfant et l'adolescent avec la trajectoire développementale et les préoccupations propres à l'âge développemental.

Une caractéristique cruciale qui rend un événement traumatisant pour un individu semble être la menace. Dans une étude investiguant 600 événements, les caractéristiques les plus importantes permettant de distinguer les événements perturbants des événements traumatiques étaient le décès réel, la menace de mort, et la présence d'un agresseur humain (Jones, 2021). En particulier, la menace perçue est une caractéristique clé responsable des symptômes intrusifs - un des rares symptômes spécifiques du TSPT - à la suite d'un traumatisme (Kube et al., 2020), soulignant une composante subjective dans la perception, l'évaluation et la réponse aux événements de vie. Par ailleurs, des études ont révélé un écart important entre les catégorisations faites par les participants et les évaluateurs des événements traumatiques concernant leur "pire" partie (Benfer et al, 2023) et entre les résultats du traitement rapportés par les évaluateurs et les patients (Resick et al, 2023).

La définition d'un événement traumatique selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans la Classification Internationale des Maladies (CIM), 11<sup>ème</sup> édition, semble être plus nuancée que le DSM (World Health Organization WHO, 2019). La CIM-11 fournit des lignes directrices pour le critère d'évènement traumatique (c'est-à-dire l'exposition à un événement ou une situation extrêmement menaçante ou horrifiante) qui privilégie une définition basée sur les caractéristiques de l'évènement sans négliger les facteurs liés à la personne. À cet égard, plusieurs auteurs recommandent que les futurs efforts de définition d'un événement traumatique dans le DSM soient orientés vers les critères de la CIM et impliquer la perspective des diverses personnes traumatisées elles-mêmes dans cette définition, afin de mieux saisir la réponse subjective aux événements de vie (Herzog, 2024).

### *b) Fréquence*

Lors de l'introduction initiale du traumatisme psychologique ou du syndrome de stress post-traumatique dans les classifications diagnostiques en 1980, l'Association Américaine de Psychiatrie décrivait les évènements traumatiques comme « *ne relevant pas du spectre de l'expérience humaine ordinaire* » (APA, 1980). Cependant, cette définition a ensuite été abandonnée car il s'est avéré malheureusement que l'exposition à des évènements traumatiques était fréquente et ne relevait pas de l'expérience humaine inhabituelle ou



exceptionnelle. Ce seraient plutôt des évènements qui submergent par leur violence l'adaptation humaine ordinaire aux évènements de la vie.

Les enfants et des adolescents sont confrontés au niveau global à des taux extrêmement élevés de maltraitance, de violence, d'abus sexuels et physiques, d'intimidation, d'accidents graves, et d'autres évènements traumatiques comme les catastrophes naturelles, les attentats terroristes, la guerre, les migrations forcées et les conflits armés, comme le démontrent des études épidémiologiques nationales et internationales (Finkelhor et al, 2015; Lewis et al., 2019; Benjet et al, 2016). Les différentes formes de violence domestique et sexuelle, la maltraitance infantile, le viol, sont des expériences extrêmement fréquentes et universelles. En France, selon une étude de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), menée auprès d'un échantillon de plus de 27 000 femmes et hommes en 2015, 15,3 % des adultes disent avoir subi des violences sexuelles ou physiques pendant l'enfance (INED, 2023). Le rapport Sauvé dont l'objectif était de documenter les abus sexuels commis au sein de l'église catholique en France, a révélé - en plus de l'ampleur de la pédocriminalité - que 3,7 % des Français interrogés ont subi une agression par un membre de leur famille avant l'âge de 18 ans (Sauvé, 2021). Une étude nationale aux Etats-Unis a trouvé parmi un échantillon représentatif d'adolescents âgés de 17 ans une prévalence d'exposition à un abus ou une agression sexuelle de 26,6 % pour les filles et 5,1 % pour les garçons durant leur vie entière (Finkelhor et al, 2014). Toutes ces estimations sont probablement inférieures aux chiffres réels à cause de la difficulté des victimes à rapporter un antécédent d'abus sexuel et la stigmatisation qui y est associée (Shomerus et al, 2021). De même, le contexte géopolitique global avec les guerres et les migrations forcées dans le siècle passé et actuel, démontre également que les traumatismes de guerre et/ou de conflits armés sont malheureusement loin d'être exceptionnels ou inhabituels en termes de fréquence.

Différentes études ont retrouvé des taux élevés mais variables à l'échelle internationale dans la proportion d'enfants et d'adolescents ayant vécu un évènement traumatique avant l'âge de 18 ans. À titre d'exemples :

- Une étude nationale aux États-Unis portant sur plus de 6000 adolescents a rapporté que 62 pour cent des jeunes avaient vécu au moins un évènement traumatique au

cours de leur vie, notamment un évènement de violence interpersonnelle, un accident grave, une catastrophe naturelle ou le décès soudain d'un être cher ; 19 pour cent ont vécu trois événements traumatiques ou plus de ce genre (McLaughlin, 2013).

- Une enquête nationale sur l'exposition traumatique chez les enfants au Mexique rapporte un taux de prévalence de 68,9 pour cent (Orozco et al, 2008).
- Une enquête de 2019 sur une cohorte de naissance représentative à l'échelle nationale de 2232 enfants au Royaume-Uni a rapporté une prévalence vie entière plus faible d'exposition traumatique de 31,1 pour cent (Lewis et al, 2019).
- Une prévalence plus faible de l'exposition traumatique dans l'enfance a également été retrouvée dans d'autres pays à revenu élevé, tels que l'Allemagne (Perkonigg et al, 2000).

L'adolescence semble être une période développementale où les jeunes sont particulièrement à risque d'être exposés à des événements traumatisants avec presque deux tiers des adolescents ayant été exposés au moins une fois à un EPT avant l'âge de 18 ans (Saunders et al, 2014).

### *c) Facteurs de risque*

Le risque d'exposition traumatique varie en fonction des caractéristiques des enfants, de leurs familles et de leur environnement social. Bien que les taux globaux d'exposition traumatique soient similaires chez les garçons et les filles, les garçons sont plus susceptibles de subir des violences physiques, tandis que les filles sont plus susceptibles d'être victimes de violences sexuelles (Mc Laughlin et al, 2013 ; Breslau et al, 2004). Certains types de traumatismes surviennent plus fréquemment chez les jeunes enfants, notamment les abus physiques par un parent, être témoin de violence domestique et être kidnappé (McLaughlin et al, 2013). Environ la moitié de tous les enfants ayant vécu ces types d'évènements traumatiques au cours de leur vie ont été exposés avant l'âge de huit ans. Les adolescents sont plus susceptibles d'être exposés à d'autres types d'évènements traumatiques, notamment les accidents de voiture, le viol et les agressions sexuelles, les agressions physiques par des personnes en dehors du cercle familial, l'hospitalisation pour une blessure grave ou l'hospitalisation d'un parent (Davydow et

al, 2010), et le décès inattendu d'un être cher (McLaughlin et al, 2013).

Certaines formes de psychopathologie exposent les enfants à un plus grand risque de vivre une exposition traumatique. En particulier, les jeunes ayant des antécédents de troubles du comportement (trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites) et des troubles du neurodéveloppement (trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, trouble du spectre autistique) sont plus susceptibles de subir des violences interpersonnelles, ainsi que des accidents et des blessures, par rapport aux enfants sans ces troubles (McLaughlin et al, 2013 ; Storr et al, 2007 ; Koenen et al, 2007). La consommation d'alcool et de drogues est associée à un risque accru de subir des violences interpersonnelles (Vermeiren et al, 2003 ; McCart et al, 2012). Les enfants atteints de TSPT sont vulnérables à la revictimisation ; cette association est en partie médiée par une consommation problématique d'alcool (McCart et al, 2012).

Parmi les caractéristiques familiales pouvant constituer des facteurs de risque d'exposition traumatique, on retrouve le fait de ne pas vivre avec les deux parents biologiques, qui expose surtout à la violence interpersonnelle (Mc Laughlin et al, 2013 ; Koenen et al, 2007 ; Turner et al, 2007). Ce schéma peut refléter une moindre supervision parentale des enfants, ou un plus grand risque de maltraitance en raison de la présence de beaux-parents ou d'autres adultes non apparentés à domicile (Turner et al, 2007). D'autres aspects de l'environnement social influencent également le risque d'exposition traumatique chez les enfants. Plus de 80 pour cent des enfants vivant dans des zones urbaines aux États-Unis ont vécu un événement traumatique et plus de la moitié ont été victimes de violences interpersonnelles (Breslau et al, 2004) ; ces taux sont plus élevés que chez les enfants vivant dans des zones non urbaines. Ce résultat bien évidemment est propre aux États-Unis et peut refléter la violence urbaine dans ce pays, et n'est pas donc généralisable à la population mondiale.

Les enfants vivant dans des régions affectées par des urgences humanitaires, telles que la guerre et les conflits armés, sont à un risque particulièrement élevé d'exposition à des événements traumatiques. Plus de 15 millions d'enfants ont été exposés aux conflits armés en 2014 en République centrafricaine, au Sud du Soudan, en Irak, en Palestine, en Syrie et en

Ukraine. Environ 230 millions d'enfants vivent dans des pays ou des régions touchés par la violence politique et les conflits armés (Burgin et al, 2022). Cette situation s'est encore aggravée ces dernières années avec le conflit en Ukraine et le conflit israélo-palestinien. Les enfants vivant dans des zones de conflits armés sont à risque de déplacement forcé, d'être témoins de violences et de décès brutaux, d'être orphelins, enlevés, torturés, violés ou enrôlés comme enfants soldats (Burgin et al, 2022 ; Jensen & Shaw, 1993).

De plus, les catastrophes naturelles ont augmenté de manière fulgurante en termes de prévalence et de dégâts associés au cours des dernières décennies et représentent une source supplémentaire d'exposition traumatique pour les enfants au niveau mondial (Leaning & Guha-Sapir, 2013). Les conséquences de telles catastrophes sont amplifiées en l'absence de ressources disponibles pour mobiliser une réponse coordonnée en santé publique, notamment dans les pays à faibles revenus.

L'exposition traumatique des enfants et des adolescents représente donc un problème fréquent et majeur de santé publique au niveau mondial.

## 2) Le trouble de stress post-traumatique (TSPT)

### *a) Epidémiologie*

Le TSPT est un trouble psychiatrique souvent chronique qui se développe chez certains enfants et adolescents à partir d'un mois après une l'exposition à un événement traumatique. Bien que l'exposition traumatique soit fréquente, une minorité substantielle d'enfants et d'adolescents exposés à un événement traumatique isolé développe un TSPT. Le TSPT peut survenir quelques semaines à quelques mois après l'évènement traumatisant, voire dans certains cas, des années plus tard (APA, 2013). Une méta-analyse de 43 études sur le TSPT chez les enfants et adolescents menées à l'échelle internationale indique que 15,9 pour cent des enfants ayant vécu un événement traumatique développent un TSPT (Alisic et al, 2014). Les études épidémiologiques menées dans les pays à revenu élevé indiquent qu'environ 8 à 10 pour cent des jeunes exposés à un événement traumatique développent un TSPT caractérisé (McLaughlin et al, 2013 ; Breslau et al, 2004), et une proportion encore plus élevée développe

quelques symptômes de TSPT mais sans remplir tous les critères diagnostiques (Copeland et al, 2007). Une étude longitudinale de 2019 au Royaume-Uni a révélé que 25 pour cent des enfants exposés à un évènement traumatique développent un TSPT avant l'âge de 18 ans (Lewis et al, 2019). Dans les pays à revenu faible et moyen, la prévalence du TSPT chez les enfants après une exposition traumatique varie considérablement selon les pays, allant de 9,2-10,5 % en Indonésie, à 15,3 % dans les Territoires Palestiniens et le Nigéria (Stupar et al, 2021). De façon générale, presque un tiers des adolescents vivant dans les pays à revenu faible ou moyen peuvent présenter certains symptômes de TSPT après avoir vécu un évènement traumatique, tandis que près d'un sur dix pourraient présenter suffisamment de symptômes pour un diagnostic complet de TSPT selon le DSM-5 (Stupar et al, 2021).

Un an après l'exposition traumatique chez des enfants et des adolescents âgés entre 5 et 18 ans, la prévalence du TSPT reste substantielle, avec une prévalence de 11% (Hiller et al, 2016).

#### *b) Physiopathologie*

La physiopathologie précise du TSPT est loin d'être complètement élucidée. Un modèle d'apprentissage prédominant du TSPT soutient que le trouble reflète un échec dans l'inhibition de la peur (Milad & Quirk, 2012). Les événements traumatiques peuvent entraîner un conditionnement de la peur, de telle sorte que les stimuli tels que les images, les sons, les odeurs, les personnes et autres éléments présents pendant l'expérience deviennent associés à la peur intense et à l'hyperréactivité ressenties lors de l'évènement. Pour la plupart des individus, les réponses de peur aux stimuli liés à l'évènement traumatisant diminuent avec le temps, comme conséquence de l'apprentissage de l'extinction, où une exposition répétée à ces stimuli ou rappels du traumatisme en l'absence de menace associée génère une nouvelle association qui rivalise avec la mémoire de peur initiale (Quirk, 2002). Cependant, pour les personnes atteintes de TSPT, la mémoire de peur originale continue de dominer l'apprentissage de l'extinction (Milad et al, 2009). L'incapacité à maintenir l'apprentissage de l'extinction après un évènement traumatisant, pourrait être le résultat d'une mémoire d'extinction relativement faible qui échoue à inhiber la mémoire de peur originale même en présence de signaux de

sécurité (Lissek & van Meurs, 2015).

Des preuves en faveur de ce modèle de TSPT ont été observées dans les études d'imagerie cérébrale chez les adultes, qui révèlent des perturbations dans la structure et la fonction des régions cérébrales impliquées dans l'apprentissage de la peur, y compris l'amygdale, l'hippocampe, le cortex cingulaire antérieur (CAA) et le cortex préfrontal ventromédian (vmCPF). Le TSPT est spécifiquement associé à une activation accrue de l'amygdale, à une activité réduite dans le vmCPF, et le CAA rostral en réponse à des indices émotionnels ou menaçants, et à une activité élevée dans le CAA dorsal lors du conditionnement de la peur, du rappel de l'apprentissage de l'extinction et de la sélection de la réponse (Milad et al, 2009 ; Pitman et al, 2012 ; Shin et al, 2005). Une réduction du volume hippocampique a été constamment observée chez les individus atteints de TSPT (Kitayama et al, 2005). Cependant, savoir dans quelle mesure ces perturbations de la fonction neuronale représentent des marqueurs de vulnérabilité pour le TSPT, des conséquences de l'exposition au traumatisme ou de l'apparition du TSPT, reste une question ouverte dans la recherche. Un fonctionnement atypique du cortex préfrontal médian a été identifié comme un facteur de risque familial potentiel de TSPT (Shin et al, 2009; Shin et al, 2011). De même, une réduction du volume hippocampique a été observée chez les vétérans atteints de TSPT et leurs jumeaux monozygotes discordants pour l'exposition au traumatisme (Gilbertson et al, 2002) ce qui indique que certaines de ces différences neuronales pourraient augmenter la vulnérabilité au TSPT.

Peu de recherches en neuroimagerie ont été menées chez les enfants atteints de TSPT. Cependant, les études existantes révèlent des anomalies structurelles et fonctionnelles qui sont cohérentes avec les données issues chez les adultes. Les enfants atteints de TSPT présentent un volume réduit du vmCPF et de l'hippocampe, une réponse accrue du CAA dorsal à des indices menaçants, et une connectivité fonctionnelle réduite entre l'amygdale et le cortex préfrontal médian (Wolf, & Herringa, 2016; Kedding & Herringa, 2015). Une étude longitudinale de 2014 a révélé que les enfants présentant une plus grande activation de l'amygdale en réponse à des stimuli émotionnels négatifs développaient des symptômes de TSPT plus importants après

avoir été exposés à une attaque terroriste (McLaughlin et al, 2014), reproduisant ainsi des résultats antérieurs chez les anciens combattants adultes (Admon et al, 2013) Cela suggère que l'hypersensibilité de l'amygdale à la menace pourrait être un facteur de risque pour le développement du TSPT chez les enfants.

### *c) Caractéristiques cliniques*

Le TSPT est défini par quatre clusters de symptômes : intrusion, évitement, altérations négatives de la cognition et de l'humeur, et hypervigilance (APA, 2013)

Les symptômes d'intrusion reflètent des pensées, des rêves et des réactions émotionnelles persistants et incontrôlables à propos de l'événement traumatique. Ces symptômes sont spécifiques du trouble de stress post-traumatique (TSPT) et le distinguent des autres troubles anxieux et des troubles de l'humeur. Les pensées ou images intrusives à propos de l'événement traumatique sont fréquentes chez les enfants atteints de TSPT. Ces pensées et ces souvenirs sont ressentis comme involontaires et incontrôlables, surviennent même lorsque l'enfant essaie de ne pas y penser, et perpétuent l'expérience traumatique de perte de contrôle et d'impuissance (Smith et al, 2019). Les pensées intrusives sont souvent déclenchées par des indices traumatiques : images, sons, odeurs, personnes et lieux qui rappellent à l'enfant l'événement traumatique. Chez les jeunes enfants, les pensées intrusives peuvent se manifester par des jeux répétitifs où les détails de l'événement traumatique sont rejoués ou des thèmes de l'évènement traumatique (par exemple, quelqu'un qui est blessé) sont exprimés.

Les rêves dérangeants et les cauchemars sont fréquents chez les enfants et les adolescents atteints de TSPT. Bien que les cauchemars liés au TSPT chez les adultes impliquent fréquemment un contenu lié à l'événement traumatique, les cauchemars chez les enfants et les adolescents impliquent souvent un contenu perturbant ou effrayant qui n'est pas directement lié à l'événement traumatique. Les cauchemars chroniques peuvent contribuer aux difficultés de sommeil chez les enfants atteints de TSPT en raison de réveils effrayants pendant ou après le rêve. Les troubles de sommeil sont par ailleurs un des symptômes les plus précoces et les plus persistants du PTSD, associés au développement de co-morbidités comme la dépression,

le trouble de l'abus de substance et les conduites suicidaires. De plus, ils sont associés à une plus grande résistance au traitement classique du TSPT par la thérapie cognitive et comportementale centrée sur le trauma (Rolling et al, 2023).

Des symptômes d'intrusion supplémentaires comprennent une détresse sévère et une réactivité physiologique en réponse à des indices associés à l'événement traumatique. Les rappels de traumatisme peuvent être à la fois internes (par exemple, des pensées et des souvenirs, des sensations physiques similaires à celles éprouvées pendant l'événement traumatique) et externes (par exemple, des personnes, des lieux et des expériences sensorielles associés à l'événement traumatique).

Les symptômes dissociatifs sont fréquents dans le tableau clinique du TSPT de l'enfant et de l'adolescent et se manifester sous différentes formes (APA, 2013) :

- Réactions dissociatives lors de moments d'intrusion ou de flashbacks intenses, ou l'enfant a l'impression de réexpérimenter l'événement traumatique. Ces réactions peuvent avoir lieu dans un continuum ou spectre où l'expression extrême peut être une perte complète de la conscience du moment présent : l'enfant semble détaché, « ailleurs ».
- Amnésie dissociative avec une incapacité à se rappeler des aspects importants de l'événement traumatique.
- Réactions de dépersonnalisation : Expériences récurrentes ou persistantes de se sentir détaché de son corps ou de ses processus mentaux, comme si la personne s'observait elle-même de l'extérieur ; sentiment d'être dans un rêve, sentiment que son corps ou soi-même n'est pas réel, que le temps bouge lentement.
- Réactions de déréalisation : Expériences récurrentes ou persistantes de non-réalité et d'étrangeté de l'environnement ; le monde autour de l'individu est expérimenté comme non-réel ou émanant d'un rêve.

Pour parler de symptômes dissociatifs, il ne faut pas qu'ils soient induits par des substances ou par une condition médicale comme les crises d'épilepsie complexes (APA, 2013).

Les symptômes d'évitement se développent souvent en réponse aux symptômes



d'intrusion vécus comme étant incontrôlables et comme étant une réexposition à l'expérience traumatique initiale (Smith et al, 2019). Lorsqu'un enfant ou un adolescent ressent une détresse significative après avoir été exposé à des indices liés au traumatisme, il commence progressivement à éviter toute situation ou personne lui rappelant l'événement traumatique. L'évitement des rappels de traumatisme peut se manifester de deux manières :

- Évitement des pensées, des sentiments et des souvenirs de l'événement traumatique (c'est-à-dire des rappels internes).

- Évitement des personnes, des lieux et des activités associés à l'événement traumatique (c'est-à-dire des rappels externes). Chez les jeunes enfants, l'évitement peut se manifester par un jeu restreint ou une exploration réduite de leur environnement.

Des changements dans les pensées et les émotions surviennent fréquemment chez les enfants et adolescents atteints de TSPT. Un changement émotionnel persistant est particulièrement fréquent et peut impliquer une augmentation des émotions négatives telles que la peur, la colère, la culpabilité et la honte, ainsi que des réductions des émotions positives telles que la joie, l'intérêt et l'amour. En plus des émotions positives réduites, les enfants atteints de TSPT peuvent présenter une diminution de l'intérêt ou de la motivation à participer à des activités qu'ils appréciaient avant que l'événement traumatique ne se produise. Il peut également être plus difficile pour les enfants de se sentir attachés et connectés à des personnes significatives, ce qui entraîne des sentiments de détachement ou d'étrangeté (Smith et al, 2019).

Les enfants et les adolescents peuvent développer des croyances ou des attitudes négatives à propos d'eux-mêmes, des autres et du monde. Des exemples courants sont les croyances selon lesquelles ils sont mauvais ou ont été endommagés par le traumatisme, que les autres personnes ne peuvent pas être dignes de confiance, et que le monde est un endroit dangereux. Un sentiment de culpabilité est également fréquent chez les enfants atteints de TSPT. Beaucoup d'enfants se blâment eux-mêmes ou rejettent le blâme sur personnes proches d'eux pour l'événement traumatique.

Un dernier cluster de symptômes principaux du TSPT implique une augmentation de l'excitabilité et de la réactivité émotionnelle. Les enfants et les adolescents peuvent manifester de l'irritabilité, avoir des explosions de colère, ou devenir physiquement agressifs envers les autres, plus fréquemment que ce qui était typique pour eux avant l'événement traumatique. Chez les jeunes enfants, les crises de colère extrêmes peuvent devenir plus fréquentes. Ces changements peuvent interférer avec les relations entre pairs. Des réactions émotionnelles et physiologiques exagérées aux stimuli inattendus ou soudains, y compris une réponse de sursaut accrue et d'hypervigilance, peuvent aussi survenir. Les augmentations des prises de risques sont courantes chez les enfants atteints de TSPT, en particulier chez les adolescents (Pat-Horenczyk et al, 2007).

Les enfants atteints de TSPT présentent souvent des problèmes de concentration, qui peuvent interférer avec leurs performances scolaires. L'hypervigilance aux menaces potentielles est fréquente, et les enfants peuvent avoir plus peur des étrangers. Les jeunes enfants peuvent développer une anxiété de séparation. Enfin, comme mentionné précédemment, les problèmes de sommeil sont courants chez les enfants atteints de TSPT et constitue une source de souffrance importante (Rolling et al, 2023). Cela peut inclure des problèmes pour s'endormir, des difficultés à maintenir le sommeil et/ou à se rendormir après des cauchemars effrayants. Les jeunes enfants peuvent avoir peur de dormir seuls et exiger la présence des parents pour s'endormir, même s'ils étaient capables de le faire avant l'événement traumatique.

#### *d) Évolution*

L'évolution du trouble de stress post-traumatique (TSPT) est très variable. La plupart des adolescents qui développent un TSPT ont une rémission du trouble, bien qu'environ un tiers connaissent un cours chronique de la maladie qui peut durer de nombreuses années et persister à l'âge adulte (McLaughlin et al, 2013 ; Perkonig et al, 2000). Cette estimation est cohérente dans les études épidémiologiques et dans les échantillons cliniques d'enfants atteints de TSPT. À titre d'exemple, une étude qui a suivi un échantillon d'enfants ayant survécu à une catastrophe naturelle de glissement de terrain pendant de nombreuses années a révélé que 29 pour cent remplissaient encore les critères du TSPT 33 ans plus tard (Morgan et al, 2003).

Dans une étude longitudinale portant sur plus de 2500 adolescents en Allemagne, environ la moitié de ceux ayant un TSPT ont eu une rémission complète trois à quatre ans plus tard (Perkonigg et al, 2005). Les adolescents ayant eu une faible probabilité de rémission du TSPT comprenaient ceux qui avaient:

- Des événements traumatiques supplémentaires après avoir développé le TSPT.
- Des symptômes d'évitement plus importants.
- Des troubles anxieux et somatoformes se développant après le début du TSPT.

Dans une large étude portant sur des adolescents américains atteints de TSPT, les caractéristiques des sujets les moins susceptibles de se rétablir comprenaient ceux (McLaughlin et al, 2013) :

- Vivant dans la pauvreté.
- Ayant des troubles bipolaires co-morbides
- Ayant vécu des événements traumatiques supplémentaires après l'évènement traumatique initial ayant déclenché le TSPT.

#### *e) Évaluation et diagnostic*

Lors de l'évaluation d'un enfant ou d'un adolescent susceptible de présenter un TSPT, il est essentiel de déterminer si les symptômes sont la conséquence d'un événement traumatique ou s'ils relèvent d'un autre trouble psychiatrique, ou des deux. Certains symptômes sont plus facilement liés à l'événement traumatique (par exemple, les pensées intrusives, l'évitement des rappels du traumatisme), tandis que d'autres sont des caractéristiques communes à de multiples de santé mentale (par exemple, les problèmes de concentration, l'irritabilité, l'état émotionnel négatif). Pour déterminer si la présentation est plus cohérente avec le TSPT, l'évaluation devrait se concentrer sur les symptômes d'intrusion, y compris les pensées intrusives, la forte réactivité aux indices de traumatisme, les cauchemars, le jeu répétitif ; l'évitement des rappels de traumatisme ; et l'hypervigilance. Étant donné que l'évitement des rappels du traumatisme est une caractéristique distinctive du trouble, les enfants peuvent hésiter à discuter des détails d'un événement traumatique ou des symptômes liés au

traumatisme, en particulier avec un clinicien peu familier. Évaluer la nature et le degré d'exposition au traumatisme ainsi que les symptômes liés au traumatisme est souvent mieux réalisé avec un parent pour les jeunes enfants. Pour les enfants plus âgés et les adolescents, l'histoire du traumatisme et les symptômes doivent être évalués avec sensibilité.

Une évaluation du TSPT chez l'enfant et l'adolescent doit toujours inclure une évaluation minutieuse du risque suicidaire et des comportements d'auto-mutilation, l'évaluation de la présence d'un troubles anxieux, TDAH, trouble de l'humeur, troubles du sommeil et trouble de l'usage de substances.

Certaines échelles peuvent aider au diagnostic. Parmi les outils d'évaluation validées en français, on retrouve l'Indice de Réaction au Trouble de Stress Post-Traumatique pour Enfants et Adolescents (PTSD-RI), qui est un outil d'évaluation largement utilisé qui peut être administré aux enfants et aux adolescents ou aux parents. Le PTSD-RI existe en anglais selon les critères du DSM-IV et du DSM-5 mais est validé en français pour les enfants et les adolescents uniquement dans la version DSM-IV (Olliac et al, 2014) Cependant la Child Posttraumatic Stress checklist (CPC), conforme aux critères du DSM-5, a été validée en français, (Gindt et al, 2021).

Le diagnostic formel du TSPT chez l'enfant et l'adolescent suit les critères diagnostiques du DSM-5 et comprend les quatre clusters principaux de symptômes que nous avons détaillé précédemment : Intrusion, évitement, altérations négatives de la cognition et de l'humeur et hypervigilance. Les symptômes doivent représenter une différence marquée par rapport au comportement de l'enfant avant l'événement traumatique et causer une détresse significative et/ou des altérations dans le fonctionnement social, scolaire et familial. Les critères diagnostiques du TSPT chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte selon le DSM sont détaillés en annexe.

### 3) Autres répercussions de l'exposition traumatique

#### *a) Répercussions psychiatriques*

Le TSPT chez l'enfant et l'adolescent se présente fréquemment avec une ou des comorbidités psychiatriques, notamment les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les

problèmes de comportement externalisés, les troubles somatoformes et dissociatifs, les troubles liés à l'usage de substances chez les adolescents, et les comportements suicidaires et d'automutilations (Mc Laughlin et al, 2013 ; Lewis et al, 2019). Dans une étude épidémiologique portant sur un échantillon représentatif de la population des États-Unis de 1420 enfants, 35 pour cent des enfants atteints de TSPT répondaient également aux critères d'un autre trouble psychiatrique au cours de leur vie (Copeland et al, 2007). Une probabilité accrue de comorbidité était associée à un nombre accru d'événements traumatiques vécus au cours de leur vie (Copeland et al, 2007). Les conséquences du TSPT dans l'enfance et l'adolescence comprennent donc un risque augmenté d'autres troubles psychiatriques et de comportements suicidaires, une altération substantielle du fonctionnement social, familial et scolaire, et un parcours développemental sub-optimal (Mathews et al, 2009, Alisic et al, 2008). De même, l'exposition traumatique dans l'enfance, même en l'absence de TSPT caractérisé, peut interférer avec le développement de l'enfant dans des phases cruciales de sa construction psycho-affective et émotionnelle (Dye, 2018; Mueller & Tronick, 2019; Putnam, 2006). Elle est également associée à deux fois plus de risque de présenter n'importe quel trouble psychiatrique de l'enfance à l'âge adulte, notamment en cas d'exposition traumatique cumulative et prolongée dans l'enfance (Anda et al, 2006; Green et al, 2010; McLaughlin et al, 2012).

L'exposition traumatique peut notamment aggraver des troubles psychiatriques préalables chez l'enfant et l'adolescent, notamment un TDAH. En effet, le TDAH et le TSPT partagent plusieurs symptômes communs, notamment la dimension de dysrégulation émotionnelle, les troubles du sommeil, l'irritabilité, les difficultés de concentration. Ces symptômes du TDAH peuvent être exacerbés par l'exposition traumatique, même sans TSPT caractérisé. Les enfants avec un TDAH sont plus à risque d'exposition traumatique, plus à risque de développer un TSPT et plus à risque d'avoir un TSPT sévère et chronique et des conduites suicidaires après une exposition traumatique (Daviss & Diler, 2014; Wendt et al, 2023).

#### *b) Conséquences de l'exposition traumatique cumulative et prolongée*

Contrairement à une exposition traumatique unique et délimitée dans le temps, suite à laquelle une proportion importante d'individus exposés ne développe pas de TSPT et/ou

troubles associés, l'exposition traumatique chronique et cumulative dans l'enfance et l'adolescence est associée à un plus grand risque de psychopathologie, de manière transdiagnostique (Green et al, 2010; Kessler et al, 2010; Hogg et al, 2023; McLaughlin et al., 2012). De même, l'exposition traumatique cumulative et prolongée dans l'enfance et l'adolescence est associée à un plus grand risque de développer des pathologies somatiques comme les maladies cardio-vasculaires et ischémiques, et les maladies cancéreuses (Nelson et al, 2020 ; Lin et al, 2021). Ceci s'applique également aux évènements adverses de l'enfance, même s'ils ne répondent pas exactement au critère de définition d'un évènement traumatique selon le DSM-5, par exemple la négligence émotionnelle, la précarité, le fait d'avoir un parent atteint de maladie psychiatrique sévère et chronique, une séparation parentale conflictuelle (Kessler et al, 2010 ; Green et al, 2010). Le risque augmente avec la sévérité et la durée de l'exposition et avec le cumul d'évènements adverses (McLaughlin et al, 2012).

L'exposition traumatique cumulative et prolongée dans l'enfance et l'adolescence peut également altérer durablement la trajectoire développementale et influencer de manière persistante la manière dont l'enfant se perçoit lui-même, perçoit son environnement, régule ses émotions et ses relations interpersonnelles. Depuis déjà plusieurs décennies, des cliniciens et chercheurs ont observé que l'effet d'un traumatisme répété et cumulatif, typiquement la maltraitance infantile ou un abus sexuel prolongé et répétitif, donnait lieu à des tableaux cliniques post-traumatiques ne correspondant pas toujours au tableau de TSPT classique décrit plus haut (Hermann, 1997; Van Der Kolk, 2015). Ces enfants avaient souvent des diagnostics multiples, et présentaient notamment des difficultés dans la gestion des relations interpersonnelles, dans la régulation émotionnelle et dans la perception de soi. Ces observations empiriques ont été validées par des études et ont permis l'émergence de deux concepts différents de syndromes post-traumatiques résultant d'une exposition traumatique prolongée, cumulative et chronique :

- Le TSPT complexe (Maercker et al, 2022) : Cette entité a été reconnue par l'OMS dans la dernière version de la CIM-11 comme un diagnostic à part entière. Le TSPT complexe

peut survenir à la suite d'une exposition traumatique prolongée, que ce soit dans l'enfance ou à l'âge adulte, et quel que soit le type d'exposition traumatique (abus sexuel, guerre, violence domestique). Les critères diagnostiques comprennent les critères classiques du TSPT, avec en plus trois clusters de symptômes relevant des « *troubles de l'organisation de soi* » : Difficultés de régulation émotionnelle, avec notamment une tendance à la surrégulation et au détachement/évitement émotionnel; Difficultés dans la gestion des relations interpersonnelles avec notamment un évitement/détachement des relations intimes ; et perception négative de soi avec auto-dépréciation (WHO, 2019). Le TSPT complexe est souvent co-morbide avec le trouble de personnalité borderline mais les deux entités sont bien deux entités cliniques distinctes (Ford & Courtois, 2021). L'antécédent d'exposition traumatique chronique notamment, n'est pas un critère requis pour le trouble de personnalité borderline (TPB), même si on retrouve souvent dans les antécédents de ces personnes des événements traumatiques ou des adversités dans l'enfance, alors que c'est un critère obligatoire pour le TSPT complexe. De même, dans le TPB, le thème central dans les relations interpersonnelles est la peur de l'abandon et des tentatives désespérées pour éviter l'abandon. Dans le TSPT complexe, il existe plutôt un évitement et détachement des relations intimes et une peur du danger plutôt que du rejet (Ford & Courtois, 2021). Cette distinction dépasse le sujet de notre thèse mais l'article de Ford et Courtois à cet égard est fortement éclairant sur le plan clinique pour distinguer les deux entités.

- Le Trouble Traumatique du Développement (TTD) : Entité clinique non encore reconnue par le DSM-5 ou la CIM-11 (DePiero et al, 2022), proposée pour unifier et expliquer les différentes manifestations psychopathologiques induites par une exposition traumatique répétée dans l'enfance de type inter-personnelle et impliquant la séparation avec ou une agression par une figure d'attachement principale. A la différence du TSPT complexe, c'est un diagnostic de l'enfance, et le type de l'évènement traumatisant doit impliquer une figure d'attachement principale et une violence inter-personnelle (à la différence des traumatismes de guerre par exemple). Le diagnostic proposé comprend

trois grands clusters de symptômes : la dysrégulation émotionnelle et/ou physiologique ; la dysrégulation attentionnelle et/ou comportementale ; la dysrégulation relationnelle et/ou identitaire (DePiero et al, 2022). Ceci dépasse également le cadre de notre thèse, ou nous avons exclu de l'étude les enfants vivant dans un foyer où il existe une suspicion de maltraitance, et nous référons le lecteur à l'étude de DePiero et collaborateurs sur le TTD (2022).

*c) Répercussions familiales, scolaires et sociales de l'exposition traumatique*

Au-delà des classifications diagnostiques et des conséquences psychiatriques, l'exposition traumatique chez l'enfant et l'adolescent peut avoir plusieurs autres répercussions :

- Les troubles de concentration et d'attention décrits dans la section des caractéristiques cliniques du TSPT peuvent entraîner des difficultés d'apprentissage. Ceci, couplé avec des attitudes d'évitement dues au TSPT, peut conduire à un refus scolaire, et un impact durable sur la scolarité qui peut renforcer les problèmes de culpabilité et d'estime de soi (Alisic et al, 2008)
- Les changements d'humeur et de cognition, l'hyperréactivité physiologique avec une recrudescence d'irritabilité et les comportements oppositionnels apparaissant chez l'enfant et l'adolescent à la suite du traumatisme peut affecter les relations avec les pairs et la fratrie, et induire des interactions familiales conflictuelles avec les parents, surtout si les parents n'arrivent pas à faire le lien entre l'exposition traumatiques et les changements émotionnels et comportementaux de leur enfant (Røkholt et al, 2016).
- L'exposition traumatique fait éclater les repères et normes de valeurs habituels de l'enfant et l'adolescent, ce qui peut induire de profonds changements psychologiques. Ces changements peuvent inclure la perception de soi et du monde, le sentiment de perte de l'auto-détermination et de l'agentivité sur sa propre vie, ainsi que le sentiment de perte d'un but et d'un sens à sa vie (Janoff-Bulman & Frantz, 1997). Ceci peut être surtout ressenti par les adolescents qui sont en plein développement de leurs capacités d'abstraction et de métacognition.



- L'exposition traumatique peut aussi altérer une acquisition développementale particulière si elle survient à une période développementale cruciale pour cette acquisition : par exemple un enfant qui apprend à devenir autonome pour dormir seul ou pour aller chez des copains peut régresser à un stade développemental antérieur après l'exposition traumatique avec une dépendance accrue aux parents. Un autre exemple pourrait être celui d'un enfant en âge préscolaire qui a expérimenté le décès soudain d'une figure d'attachement principale. A cet âge, l'enfant a encore un mode de pensée magique et pourrait avoir des interprétations que le parent est mort parce que l'enfant a été en colère contre lui ou parce qu'il l'a dit dans un moment de colère. Ceci peut induire chez lui un vécu de culpabilité et de honte. Il est donc nécessaire d'être vigilant sur le stade développemental de l'enfant et les préoccupations propres à ce stade développemental, afin de pouvoir évaluer et anticiper l'influence de l'exposition traumatique sur ces préoccupations.

#### 4) Perspectives neurodéveloppementales et spécificités cliniques à l'adolescence

L'adolescence est une période du développement marquée par des changements biologiques, sociaux et cognitifs majeurs, durant laquelle les jeunes sont confrontés à plusieurs exigences développementales, y compris la construction d'un sentiment d'identité personnelle, l'établissement des relations avec les pairs, la constitution d'une indépendance vis-à-vis des parents, la découverte de la sexualité et la transformation du corps (Marcelli et al, 2018). Il existe des caractéristiques spécifiques du TSPT qui ont des équivalents développementaux transitoires à l'adolescence, tels que l'évitement social, la réactivité émotionnelle et les comportements à risque. Un élément important sous-tendant ces changements est la maturation du cerveau social et émotionnel (Blakemore, 2012).

L'exposition traumatique à l'adolescence peut interférer avec ce processus de maturation cérébrale, et altérer l'acquisition développementale de capacités de régulation émotionnelle, une perception stable de soi et de son identité, et la flexibilité cognitive. De plus, l'exposition traumatique peut exacerber les conflits développementaux propres à cette phase, notamment le conflit entre besoin d'autonomie et dépendance induisant des attitudes

d'ambivalence vis-à-vis des parents ; le conflit entre passivité et prise d'initiative; la vulnérabilité face aux sentiments d'impuissance et d'humiliation; la difficulté à moduler les émotions; et les préoccupations corporelles et identitaires (Marcelli et al, 2018). Ceci peut se traduire chez les adolescents par des comportements hostiles ou agressifs, notamment envers leurs proches, pour se défendre contre des sentiments de vulnérabilité sous-jacents, et influencer les relations familiales (Lattanzi-Licht, 1996).

L'émergence de comportements à risque, notamment la consommation de drogues, et les conduites de transgression, sont plus fréquentes chez les adolescents exposés à des événements traumatisants (McLaughlin et al, 2013). Il existe notamment une association significative entre l'exposition à des agressions sexuelles à l'adolescence et l'émergence de conduites répétées d'automutilations à but non suicidaire, mais dans une visée autorégulatrice, pour apaiser les reviviscences traumatiques, ou dans un but autopunitif face à des sentiments de culpabilité et de honte (Richmond-Rakerd et al, 2019). Par ailleurs, le TSPT comporte le risque le plus élevé parmi tous les troubles psychiatriques d'un premier passage à l'acte suicidaire chez les adolescents et les jeunes adultes (Miché et al, 2018).

Les adolescents sont extrêmement sensibles aux effets de l'agression sexuelle, dans une période où ils sont en pleine découverte de leur sexualité, et que les transformations de leur corps échappent à leur contrôle même en dehors de toute exposition traumatique (Banvard-Fox et al, 2020). Dans le cas de l'abus sexuel, ce sentiment de perte de contrôle sur le corps est d'autant plus exacerbé et souvent rapporté en clinique comme étant l'aspect le plus humiliant du traumatisme. Les sentiments de honte et d'infériorité sont très marqués chez les adolescents présentant un TSPT, qui ont tendance à revoir et juger très sévèrement leurs attitudes lors de l'évènement traumatisant, avec d'intenses sentiments de culpabilité. Imaginer pour un adolescent qu'il/elle aurait pu mieux agir lors de l'évènement peut être plus tolérable que de faire face à la réalité d'une totale impuissance.

Un autre aspect primordial de la clinique du TSPT chez l'adolescent est la dysrégulation émotionnelle (McLaughlin et al, 2013). En effet, les adolescents traumatisés peuvent devenir extrêmement irritables et avoir des crises de colère face à des frustrations mineures. Ceci est

d'autant plus marqué chez les adolescents ayant un TDAH préalable, où l'exposition traumatique aggrave les symptômes préexistants de TDAH et peut constituer un facteur de résistance au traitement. Il faut donc être particulièrement vigilant après une exposition traumatique chez un adolescent et rechercher systématiquement un TDAH préalable afin de cibler les deux problèmes. En effet, les adolescents avec un TDAH sont à plus grand risque d'exposition traumatique et à plus grand risque de développer un TSPT (Wendt et al, 2023).

Une autre spécificité clinique du TSPT chez l'adolescent est l'altération des liens interpersonnels et des capacités relationnelles. Les événements traumatiques ont des effets directs sur les systèmes d'attachement et de sens qui lient l'adolescent à sa famille et sa communauté au sens plus large, ce qui explique les symptômes du TSPT liés à l'altération des liens avec les autres et l'instabilité de l'humeur. Les événements traumatiques détruisent les assomptions fondamentales de l'adolescent sur la sécurité du monde et la valeur positive de soi. Un sentiment de déconnection envahit toute relation, des liens familiaux les plus intimes aux affiliations à la société plus large, à l'école ou aux pairs, entraînant inévitablement un retrait des relations interpersonnelles (Banvard-Fox et al, 2020). Mais paradoxalement, la peur de la récurrence des événements traumatiques intensifie le besoin de liens d'attachements protecteurs. D'un côté l'adolescent va sentir un besoin d'être constamment en compagnie de ses proches, et d'un autre côté, ressentir une colère et une irritabilité extrême envers ces mêmes personnes. L'adolescent traumatisé oscille donc fréquemment entre l'isolement social et l'attachement anxieux aux autres, ce qui risque de se transformer en mode de relation interpersonnel durable et maladaptatif: l'incapacité à former des relations stables dans le temps et la fluctuation entre les deux extrêmes de dépendance affective et de rejet. L'adolescence est aussi la période où commencent à émerger les traits de personnalité borderline inauguraux de TPB à l'âge adulte (Kaess et al, 2014), qui est souvent associé à des antécédents d'abus et/ou de maltraitance dans l'enfance. L'impulsivité caractéristique du TPB peut augmenter le risque d'exposition traumatique. Il importe de pouvoir détecter ces traits précocement afin d'avoir une action préventive contre leur installation à l'âge adulte.

Bien que les adolescents exposés à des événements traumatisants et souffrant de TSPT

risquent de présenter une trajectoire neurodéveloppementale altérée, ils restent cependant dans une fenêtre de neuroplasticité propre à cette période développementale (Cisler & Herriga, 2021). Ceci offre également des avantages, notamment un potentiel accru pour les jeunes d'exprimer leurs besoins et de construire des relations de confiance. Cela leur permet également de mobiliser les ressources internes et externes à leur disposition et d'être réceptif aux expériences positives dans leur environnement et à l'effet du support social et familial. Le soutien social en effet, semble réduire l'effet de l'adversité sur les indices neuronaux du traitement des menaces et de la régulation des émotions chez les jeunes, ce qui suggère que les interventions ciblant le système familial pourraient avoir des avantages à la fois comportementaux et neurodéveloppementaux pour les adolescents souffrant de TSPT (Trickey et al, 2012).

## **II. LA PERIODE PERI-TRAUMATIQUE COMME FENETRE D'INTERVENTION**

### **1) Définition de la période péritraumatique**

La période péri-traumatique est définie comme étant la période des trois premiers mois après la fin d'une exposition traumatique. Cette définition ne s'applique donc pas à une exposition traumatique chronique toujours en cours, sauf si cette exposition traumatique s'est arrêtée. Même si le TSPT peut être diagnostiqué à partir d'un mois après l'exposition traumatique, un consensus établit la période précoce ou péritraumatique dans les 90 jours suivant l'exposition traumatique (Stover et al, 2022 ; Hahn et al, 2019 ; Berkowitz et al, 2011 ; Goslin et al, 2024). Les réactions post-traumatiques à un stade précoce après l'exposition sont extrêmement fréquentes et sont les mêmes réactions que celles décrites pour le TSPT constitué. A savoir des pensées et images intrusives, des troubles du sommeil, une hypervigilance, des attitudes d'évitement, et des changements de cognition et d'humeur (Garfin & Holman, 2018). Des réactions péritraumatiques de dissociation et de détresse émotionnelle sévère peuvent être également observées (Garfin & Holman, 2018). Cependant, ces réactions post-traumatiques aiguës diminuent avec le temps sans intervention spécifique chez 80% des enfants et des adolescents exposés (Stover et al, 2022). Les experts tendent actuellement de plus en plus à parler de réactions post-traumatiques aiguës plutôt que de symptômes, dans un effort de

normalisation de ces réactions à ce stade. Cependant, même si ces symptômes de la phase aiguë tendent à s'améliorer avec le temps, ils sont une source importante de souffrance immédiate pour l'enfant et sa famille. Ils peuvent également causer comme nous l'avons décrit précédemment un impact fonctionnel et scolaire significatif, altérer les relations familiales et sociales, et influencer les trajectoires développementales (Garfin & Holman, 2018; Zatzick et al., 2008; Stover et al, 2022).

La particularité et l'importance de la période péri-traumatique est qu'elle constitue une fenêtre d'opportunité pour agir sur les facteurs favorisant ou prévenant l'installation d'un TSPT et d'autres troubles psychiatriques associés. A cet égard, elle constitue une période cruciale qui peut déterminer l'évolution psychiatrique, sociale, et développementale d'un adolescent à la suite d'une exposition traumatique (Berkowitz et al, 2011). De même, vu les taux extrêmement élevés d'exposition traumatique à l'adolescence, et les conséquences potentiellement lourdes qui en découlent, agir sur les facteurs influençant l'évolution et détecter les jeunes à risque de développer un TSPT et d'autres troubles à un stade précoce durant la période péri-traumatique, constituent des enjeux majeurs de santé publique.

## 2) Facteurs de risque liés à l'évènement traumatisant et aux caractéristiques de l'enfant favorisant l'installation d'un TSPT et troubles associés

### a) Facteurs liés aux caractéristiques de l'évènement traumatisant

Le risque de TSPT varie considérablement selon les différents types d'événements traumatiques :

- Les événements comportant un degré élevé de menace pour la vie sont susceptibles de déclencher un TSPT chez les enfants et les adolescents. Ce facteur a été observé en relation avec les catastrophes naturelles, les accidents de voiture, les attaques terroristes et a été confirmé dans une méta-analyse (Trickey et al, 2012).
- Les enfants qui vivent des événements impliquant une violence interpersonnelle, y compris le viol, l'agression sexuelle et les abus physiques par des parents ou des personnes proches, présentent le risque le plus élevé de développement de TSPT parmi

tous les évènements traumatisants (McLaughlin et al, 2013 ; Lewis et al, 2019 ; Breslau et al, 2004 ; Copeland et al, 2007). Dans des études épidémiologiques, entre 30 et 70 pour cent des enfants qui subissent des abus physiques ou sexuels développeront un TSPT (Mc Laughlin, 2013).

- L'exposition à la guerre et aux conflits armés est associée à un risque élevé de TSPT chez les enfants et les adolescents. Une méta-analyse d'enfants affectés par la guerre a rapporté un taux de prévalence de TSPT combiné de 47 pour cent (Attanayake et al, 2009).
- Des taux élevés de TSPT ont été signalés chez les enfants migrants et réfugiés (Burgin et al, 2022). Le TSPT est particulièrement courant chez les enfants enrôlés en tant que soldats, contraints de commettre des actes de violence ; les taux de TSPT ont été estimés à 35 à 97 pour cent parmi ces enfants soldats (Bayer et al, 2007).
- Les enfants et adolescents qui vivent un plus grand nombre d'événements traumatiques sont plus vulnérables au développement du TSPT que ceux qui vivent un seul évènement traumatique (McLaughlin et al, 2013). Cela pourrait suggérer qu'une exposition traumatique antérieure sensibilise les enfants et les adolescents aux effets des événements traumatiques ultérieurs.

#### *b) Facteurs liés aux caractéristiques de l'enfant*

Les filles sont deux à trois fois plus susceptibles de développer un TSPT que les garçons (McLaughlin, 2013 ; Breslau, 2004). Bien que les filles soient plus susceptibles d'être exposées à certains types d'événements traumatiques qui prédisent fortement le développement d'un TSPT, tels que le viol et l'agression sexuelle, les filles restent plus à risque que les garçons de développer un TSPT, même après avoir tenu compte de la différence dans le type d'événements traumatiques (McLaughlin, 2013).

L'adolescence constitue aussi une période développementale comportant un risque élevé de développer des symptômes de stress post-traumatiques à la suite d'une exposition traumatique, avec 18,8 % des adolescents exposés remplissant les critères du TSPT, ce risque pouvant augmenter jusqu'à 40 % en cas d'agression sexuelle (McLaughlin, 2013).

Les enfants ayant des antécédents de troubles psychiatriques sont plus susceptibles de développer un TSPT après avoir été exposés à un traumatisme que les enfants qui n'ont jamais eu de trouble mental. Dans une étude longitudinale sur une cohorte de naissance de plus de 1000 individus, 93,5 pour cent des individus qui avaient les critères de TSPT à l'âge jeune adulte avaient répondu aux critères d'un autre trouble mental pendant leur enfance ou leur adolescence (Koenen et al, 2008). En particulier, les enfants et les adolescents ayant des antécédents de troubles anxieux, de troubles de l'humeur et de TDAH, sont plus à risque de développer un TSPT après un événement traumatique que les jeunes sans antécédent de trouble psychiatrique ou neurodéveloppemental (McLaughlin et al, 2013 ; Storr et al, 2007 ; Copeland et al, 2007 ; Wendt et al, 2023).

### *c) Facteurs liés aux réponses de l'enfant à l'événement traumatique*

Les réponses cognitives et émotionnelles suivantes à un événement traumatique sont associées au risque de TSPT chez les enfants:

- Des niveaux plus élevés de rumination, comme des pensées passives et répétitives sur les causes et les conséquences de la détresse ressentie, et de catastrophisation, comme une surestimation des conséquences négatives d'un événement (Jenness et al, 2016).
- Des niveaux élevés d'évitement et de suppression des pensées liées au traumatisme (Trickey et al, 2012 ; Kaplow et al, 2005).
- La dissociation pendant et après l'événement traumatique. Une dissociation plus importante est associée à un risque plus élevé de TSPT chez les enfants ayant subi des accidents de voiture et des abus sexuels (Kaplow et al, 2005 ; Ehlers et al, 2003).
- Une fréquence cardiaque plus élevée lors de la présentation aux urgences pour une blessure nécessitant une hospitalisation (Zatzick et al, 2006).
- Les stratégies d'adaptation suivant l'exposition à un traumatisme sont également liées au risque de TSPT chez les enfants. Dans une étude longitudinale portant sur des enfants ayant subi un abus sexuel, une plus grande utilisation de l'adaptation évitante était associée au développement de TSPT (Kaplow et al, 2005). L'adaptation évitante était également associée à un TSPT plus important chez les enfants exposés à l'ouragan

Katrina et aux attentats terroristes du 11 septembre (Pina et al, 2008). Une plus grande utilisation de la distraction et du blâme des autres prédit un risque élevé de TSPT (Trickey et al, 2012 ; Jenness et al, 2016 ; Stallard et al, 2001).

### 3) Facteurs de risque et de protection liés aux caractéristiques familiales et environnementales influençant l'installation d'un TSPT et troubles associés

De plus en plus d'études ont émergé ces vingt dernières années, démontrant l'influence de la qualité de l'environnement post-traumatique et de ce qui se passe après l'exposition traumatique de l'enfant et de l'adolescent sur le développement du TSPT. Dans une méta-analyse très citée explorant 25 facteurs de risque potentiels de TSPT chez les enfants et les adolescents entre 6 et 18 ans exposés à des événements traumatiques à travers 64 études, Trickey et al (2012) ont retrouvé une association significative entre toutes les caractéristiques de l'environnement post-traumatique et le développement d'un TSPT. Les tailles d'effet étaient modérées à grandes pour ces caractéristiques environnementales, bien que le nombre d'études pour chacune soit relativement faible (maximum 7).

Les caractéristiques environnementales de la période post-traumatique étudiées qui émergent comme des prédicteurs significatifs des symptômes de TSPT chez l'enfant et l'adolescent incluent la présence d'un dysfonctionnement familial ; un faible niveau de soutien parental et social ; et la présence de symptômes psychologiques/psychiatriques parentaux.

#### *a) Le fonctionnement familial*

Dans la méta-analyse de Trickey (2012), le dysfonctionnement familial (interactions familiales dysfonctionnelles ou conflictuelles ; mauvaise qualité des relations parents-enfants) était un facteur de risque plus significatif pour le TSPT que la présence de symptômes psychiatriques/psychologiques chez les parents. Ceci a été également retrouvé par une méta-analyse antérieure (Cox et al, 2008).

On pourrait cependant supposer que la présence de troubles psychiatriques antérieurs, notamment le TDAH, peut induire des dysfonctionnements familiaux et des relations conflictuelles parents-enfant, qui vont être exacerbées par l'exposition traumatique. De plus,



dans la méta-analyse de Trickey, il n'était pas possible de préciser si le dysfonctionnement familial était lié à la présence d'un TDAH et donc ce risque élevé aurait également pu être attribuable au TDAH, comme nous avons vu que c'est un facteur de risque de développement de TSPT, ou de la combinaison des deux facteurs (TDAH et dysfonctionnement familial).

*b) Le niveau de soutien parental et social*

Le soutien social avait déjà été identifié comme un facteur potentiellement important pour une résolution des symptômes post-traumatiques aigus après une exposition traumatique chez l'enfant et l'adolescent (Davis & Siegel, 2000 ; Pine & Cohen, 2002; Kliewer et al, 2004), tout comme chez l'adulte (Ozer et al, 2003). Cependant, le concept de soutien social en tant que facteur protecteur après une exposition traumatique chez l'enfant et l'adolescent reste peu étudié. Des études dans la littérature ont examiné des aspects spécifiques du soutien parental à la suite d'une exposition traumatique de l'enfant et de l'adolescent, tel que le fait de fournir des opportunités de parler du traumatisme (Stallard et al., 2001) ; d'offrir de la guidance positive dans l'évaluation du traumatisme et de ses séquelles (Kilmer & Gil-Rivas, 2010) ; ou encore tenter de rétablir les routines de vie habituelles de l'enfant avant le traumatisme (Greeff & Wentworth, 2009).

Les enfants bénéficiant d'un plus grand soutien social sont moins susceptibles de développer un TSPT que ceux qui ne bénéficient pas d'un tel soutien selon la méta-analyse de Trickey et al (2012). Cette constatation a été observée pour le soutien parental, mais s'étend également au-delà de la famille dans d'autres études pour englober le soutien des enseignants et des pairs (Pina et al, 2008 ; La Greca et al, 1996).

L'effet protecteur du soutien social semble également opérer pour prévenir d'autres troubles psychiatriques comme les troubles anxieux et dépressifs, dans le contexte d'évènements adverses de l'enfance (qui peuvent inclure des évènements traumatiques). Dans une récente étude longitudinale, publiée dans le JAMA, des enfants de défavorisés de New York et de Puerto Rico ont été suivis dans le cadre d'une cohorte entre 2000 et 2017. Les auteurs ont retrouvé que la présence de relations positives entre l'enfant et un parent ou entre l'enfant et

un adulte non parent de son entourage, est associée à une moindre prévalence de trouble dépressif majeur et de trouble anxieux généralisé à l'âge jeune adulte et à un moindre niveau de stress perçu (VanBronkhorst et al, 2024). Ces résultats suggèrent que la promotion de relations positives avec les adultes durant l'enfance dans un contexte d'adversité peut réduire l'occurrence de troubles anxiodépressifs et de stress perçu à l'âge jeune adulte.

*c) La présence de symptômes psychologiques/psychiatriques parentaux*

Les réactions des parents à l'exposition traumatique des enfants et des adolescents influencent le développement d'un TSPT chez ces derniers. Dans certains cas, les parents développent des symptômes de TSPT, de dépression, ou d'anxiété après l'exposition de leur enfant à un événement traumatique même s'ils n'ont pas été eux-mêmes directement exposés (Hahn et al, 2019). Les parents peuvent aussi avoir vécu les mêmes événements traumatiques que leur enfant, comme dans le cas de traumatismes liés à la guerre, les accidents de voiture et les catastrophes naturelles, ce qui peut contribuer directement au développement d'un TSPT parental ou à d'autres troubles psychiatriques parentaux. Une association significative entre les symptômes de TSPT parental et les symptômes de TSPT rapportés par l'enfant a été trouvée dans une méta-analyse de 32 études, avec une taille d'effet modérée (Morris et al, 2012). Cette association était similaire pour tous les types d'évènements traumatiques mais était plus importante pour le lien entre les symptômes de TSPT mère-enfant que pour le lien entre les symptômes père-enfant.

Le TSPT parental pourrait influencer le développement d'un TSPT chez l'enfant par le biais d'un changement dans les styles parentaux, ce qui pourrait avoir un impact sur les capacités de soutien parental à l'enfant. A titre d'exemple, les symptômes de TSPT tels que la colère, l'hyperactivité et l'irritabilité, pourraient augmenter la probabilité d'une parentalité sévère et coercitive (Timshel et al., 2017). Des symptômes associés à l'évitement, tels que le détachement émotionnel et le retrait, pourraient entraver la réactivité émotionnelle des parents, affectant leur capacité à répondre de manière sensible aux besoins de leurs enfants (De Haene et al., 2010).

De même, la psychopathologie parentale globale, même en dehors du TSPT parental, et les difficultés d'ajustement parental ont été suggérées par plusieurs études comme entravant les capacités de soutien parental à l'enfant à la suite d'une exposition traumatique (Morris et al, 2012 ; Vernberg et al, 1996)

*d) Interaction entre les caractéristiques environnementales*

Ces trois caractéristiques environnementales - fonctionnement familial, soutien social dont parental et santé mentale parentale – semblent donc être des facteurs cruciaux influençant le développement ou non d'un TSPT chez l'enfant et l'adolescent. De plus, elles peuvent être intriquées car interdépendantes : Un trouble psychiatrique chez le parent peut affecter son style parental et les interactions familiales, ce qui à son tour, affecte ses capacités de soutien à son enfant. Cette qualité du soutien parental semble être la caractéristique environnementale la plus significativement associée au développement ou non d'un TSPT chez l'enfant d'après la méta-analyse de Trickey (2012). Un trouble psychiatrique parental peut aussi isoler socialement les parents, ce qui renforce l'isolement social de l'enfant, et l'empêche de bénéficier du soutien social plus large, mais tout aussi important (Pina et al, 2008 ; La Greca et al, 1996 ; Alisic, 2012) de ses enseignants et ses pairs. Un faible fonctionnement familial peut influencer la santé mentale maternelle et est notamment associé à une dépression et un TSPT maternels, ce qui peut influencer le TSPT de l'enfant (Wickrama & Kaspar, 2007). Ces trois caractéristiques environnementales interagissent donc constamment pour déterminer la qualité de l'environnement post-traumatique.

Les comportements parentaux peuvent être indicatifs de caractéristiques plus larges de l'environnement familial qui sont pertinentes pour le TSPT de l'enfant (Bokszczanin, 2008 ; La Gaipa, 1990). Un niveau élevé de conflit au sein de la famille peut être perçu par les jeunes comme un manque de soutien familial, y compris le reproche ou les réponses désintéressées, ce qui peut entraver significativement le rétablissement psychologique de l'enfant après une exposition traumatisme (Kaniasty, 2005 ; Lepore et al, 1996). Bokszczanin (2008) a également signalé que le conflit familial était négativement associé au soutien parental, avec une taille d'effet élevée, ce qui renforce les conclusions antérieures selon lesquelles un climat familial

conflictuel après un traumatisme peut être perçu par les jeunes comme un manque de soutien parental, contribuant ainsi aux difficultés d'adaptation de l'enfant (La Gaipa, 1990 ; Udwin et al., 2000). Ces résultats soulignent le rôle du dysfonctionnement familial comme facteur de risque dans le développement des TSPT de l'enfant et comme un facteur influençant les comportements parentaux et donc le soutien parental. Ceci suggère que tout effort post-traumatique visant à renforcer le soutien parental devrait également cibler le contexte familial plus large.

#### 4) Rôle de la parentalité et du soutien parental dans la période péri-traumatique

Dans une étude explorant les perceptions de soutien d'enfants âgés entre 6 et 13 ans environ un mois après une exposition traumatique, les auteurs ont constaté que la majorité des enfants identifiait un parent comme leur principale source de soutien. Ceci suggère que le soutien parental devrait être un domaine de recherche et de cible d'intervention privilégié pour la prévention d'un TSPT chez l'enfant et l'adolescent dans la période péri-traumatique (Williamson et al, 2017bis).

La parentalité est définie au sens strict comme des modèles de pratiques parentales (styles parentaux) ou de comportements parentaux envers l'enfant (par exemple, l'hostilité, la restriction de l'autonomie), tels que rapportés par des observateurs, des enfants ou des parents. Le fonctionnement familial ou l'environnement familial à lui seul ne préjuge pas de la parentalité telle qu'on vient de la définir, car il reflète une série d'interactions complexes au sein d'une famille plutôt que des pratiques parentales directes. Nous nous intéressons dans cette section à ces pratiques parentales directes bien que nous reconnaissons l'interaction bidirectionnelle entre parentalité et fonctionnement familial.

##### *a) Conceptualisations du comportement parental dans le contexte de l'exposition traumatique de l'enfant et de l'adolescent*

Des études ont examiné les façons par lesquelles les parents peuvent atténuer ou aggraver la détresse post-traumatique de l'enfant (Cobham & McDermott, 2014; Scheeringa & Zeanah, 2001). Théoriquement, le modèle cognitif du TSPT décrit précédemment (section 1.2.b),

met en avant la manière dont le souvenir traumatique est encodé dans la mémoire de façon anormale et resurgit sous forme de symptômes intrusifs ; la tendance aux évaluations négatives de l'évènement traumatique et de ses séquelles, notamment la culpabilité et le blâme ; et le recours à des comportements d'évitement maladadaptatifs (Ehlers & Clark, 2000). Plusieurs études soutiennent l'importance de ces aspects de la réponse post-traumatique dans le développement du TSPT chez les jeunes (Ehlers et al, 2003; Meiser-Stedman et al, 2007; Stallard et al, 2001). La thérapie comportementale et cognitive centré sur le traumatisme (TCC-CT) tend à cibler chacun de ces éléments, y compris dans les interventions axées sur l'enfant (Smith et al., 2019). Par ailleurs, les interactions parent-enfant peuvent influencer la manière dont les jeunes se souviennent et évaluent les événements, et les parents peuvent influencer la perspective de l'enfant par rapport à l'évènement traumatique et aux réactions post-traumatiques (Cobham et al., 2016). Les parents peuvent également modéliser ou encourager certains styles d'adaptation (Williamson et al, 2017). Ainsi, il existe des mécanismes potentiels par lesquels les parents peuvent influencer l'ajustement post-traumatique de l'enfant et de l'adolescent. En ce qui concerne les aspects spécifiques du comportement parental, les rares études dans le domaine jusqu'à présent ont exploré les dimensions classiquement étudiées en relation avec l'anxiété chez l'enfant, comprenant la surprotection parentale, le soutien positif et l'affection parentale, ainsi que les comportements parentaux hostiles ou coercitifs.

#### *b) Surprotection parentale*

La surprotection, y compris une implication excessive dans les activités de l'enfant et une difficulté à lui accorder suffisamment d'autonomie, est supposée entraver le développement du sentiment d'efficacité chez l'enfant et accroître sa perception de sa propre vulnérabilité face à une menace (Wood et al., 2003). Dans une méta-analyse d'études examinant les domaines parentaux en relation avec l'anxiété de l'enfant, la surprotection parentale est apparue comme ayant un effet modéré (taille de l'effet 0,25), expliquant environ 6% de la variance de l'anxiété infantile (McLeod et al., 2007). De telles observations peuvent être particulièrement pertinentes pour le TSPT chez l'enfant, car l'exposition traumatique de l'enfant et de l'adolescent a été associée à une augmentation du comportement de surveillance

parentale (Bokszczanin, 2008; Henry et al, 2004). Les parents peuvent être enclins à adopter des comportements plus restrictifs et plus contrôlants de l'enfant dans la période péri-traumatique, probablement par crainte que l'enfant ne soit à nouveau exposé (Scheeringa & Zeanah, 2001; Williamson et al., 2017). Théoriquement, la surprotection parentale est susceptible d'être problématique et d'entraver la rémission post-traumatique spontanée après une exposition traumatique de l'enfant. Elle peut en effet limiter les opportunités de l'enfant de s'exposer à du matériel, des lieux ou des situations liées à l'évènement traumatisant, ce qui pourrait renforcer les attitudes d'évitement qui sont un facteur de risque de développement d'un TSPT, comme nous l'avons vu dans la section précédente. Des niveaux élevés de surprotection parentale sont associés dans certaines études à une augmentation du TSPT chez l'enfant (Bokszczanin, 2008; Henry et al., 2004).

#### *c) Soutien parental positif*

L'attitude parentale soutenante, y compris l'implication positive dans les activités de l'enfant et les expressions d'affection envers l'enfant, peut faciliter la capacité de l'enfant à faire face aux évènements traumatisants en lui procurant un sentiment de sécurité, en lui donnant des conseils empathiques et pratiques, et en lui montrant des stratégies d'adaptation positives (modeling) (Marsac et al, 2013). Les parents qui sont soutenant et disponibles sont susceptibles de fournir des opportunités supplémentaires aux enfants de communiquer et de faire face à la détresse liée au traumatisme. Les réponses parentales positives peuvent réduire la probabilité que l'enfant évalue le traumatisme ou les réactions post-traumatiques de manière très négative, ce qui constituerait un facteur de risque de TSPT comme nous l'avons vu dans la section précédente. L'impact du soutien parental positif a été examiné en relation avec la capacité de l'enfant à faire face à plusieurs sources de stress traumatique, notamment les catastrophes naturelles, la violence communautaire et les blessures physiques (Bokszczanin, 2008; Marsac et al., 2013 ; Punamäki et al, 2001). Cependant, ces études sont transversales et descriptives et ne préjugent pas de l'impact au long cours.

#### *d) Parentalité hostile/coercitive*

La parentalité hostile, y compris la critique ou l'agression envers l'enfant (Morris et al,

2002), peut altérer la régulation émotionnelle de l'enfant en augmentant sa sensibilité à l'anxiété (Gottman et al, 1997). Les réponses parentales négatives ou critiques peuvent également renforcer les évaluations négatives de l'évènement traumatisant chez l'enfant et influencer ainsi directement le TSPT. Des études antérieures ont démontré que les patients adultes atteints de TSPT dont les proches ont des scores élevés aux échelles d'expression émotionnelle (avec des niveaux élevés d'expression émotionnelle critique et/ou négative) répondent moins au traitement que les patients dont les familles présentent une faible expression émotionnelle critique (Tarrier et al, 1999). Néanmoins, les recherches examinant la relation entre l'hostilité parentale et le TSPT chez l'enfant ont révélé des résultats mitigés (Gewirtz et al, 2008 ; Marsac et al., 2013 ; Punamäki et al., 2001; Thabet et al, 2009). Certaines études démontrent une association positive significative entre des niveaux élevés d'hostilité parentale et un TSPT plus sévère chez l'enfant (Kelley et al, 2010 ; Valentino et al, 2010), alors que d'autres rapportent des associations non significatives (Rosario et al, 2008).

*e) Méta-analyse de Williamson et al (2017 bis) évaluant l'association entre comportements parentaux et TSPT de l'enfant et de l'adolescent*

Face aux études relativement peu nombreuses ayant examiné l'association entre styles parentaux et TSPT de l'enfant, une première méta-analyse a été menée par Williamson et al. en 2017 pour identifier la nature et la force de l'association entre les comportements parentaux et le TSPT de l'enfant et de l'adolescent. Les comportements parentaux ont été classifiés en négatifs (surprotection et/ou l'hostilité) et positifs (affection et soutien). Bien que basés sur un nombre relativement restreint d'études, les résultats de cette méta-analyse ont indiqué que l'association entre les comportements parentaux et le TSPT infantile est modeste mais fiable, les comportements parentaux expliquant globalement 3,8 % de la variance des symptômes post-traumatiques de l'enfant et de l'adolescent. Une analyse supplémentaire a donné des estimations significatives de la taille d'effet moyenne pour les comportements parentaux négatifs (5,3 % de la variance des symptômes post-traumatiques de l'enfant) et positifs (2 % de la variance). Ces effets étaient notamment les plus importants pour les études évaluant les pratiques parentales surprotectrices.

L'effet modeste retrouvé pour la parentalité soutenante (expliquant 2% de la variance seulement) est expliqué par les auteurs par les limites méthodologiques des études incluses et le fait que les évaluations des symptômes de TSPT et des comportements parentaux soient faites par les parents seulement dans les études incluses. Ceci en effet ne permet pas d'évaluer le soutien parental tel qu'il est perçu par l'enfant et l'adolescent et peut occulter des symptômes post-traumatiques qui ne sont pas révélés au parent par l'enfant.

De plus, la méta-analyse de Williamson (2017 bis) a examiné les études portant sur des dimensions générales de la parentalité, et non les changements spécifiques des comportements ou styles parentaux depuis l'exposition traumatique de l'enfant, ni les réponses parentales spécifiques au traumatisme de l'enfant. En effet, en l'absence d'études longitudinales, l'effet de causalité ne peut être établi entre comportement/style parental général et développement de TSPT chez l'enfant, au-delà de la présence d'une association significative. Les changements émotionnels et comportementaux de l'enfant à la suite d'une exposition traumatique, et notamment l'émergence de comportements oppositionnels et d'irritabilité, peuvent aussi induire en eux-mêmes des réponses parentales négatives ou coercitives, comme ce qui peut être observé dans les interactions des familles avec des enfants qui ont un TDAH. Il est donc nécessaire d'établir quels sont les aspects spécifiques du soutien parental post-traumatique qui peuvent influencer le développement d'un TSPT chez l'enfant et l'adolescent, et d'élucider les processus et mécanismes par lesquelles l'exposition traumatique modifie le fonctionnement familial et les styles parentaux, afin de guider le développement d'interventions familiales efficaces.

Les études citées dans cette section concernant les caractéristiques environnementales et parentales en tant que facteur de risque ou de protection, ont été menées dans des pays occidentaux à revenu élevé et sans instabilité politique majeure. Cette question de l'environnement peut être abordée différemment dans les contextes de pays à revenus moyens ou bas, et/ou les contextes de souffrance collective comme la guerre, la migration forcée, l'instabilité politique ou l'adversité sociale chronique.



## 5) Parentalité et soutien parental dans un contexte de crise

### *a) Modèles explicatifs de l'impact du contexte de crise sur les comportements parentaux*

Pour les enfants et les adolescents vivant dans des contextes de crises collectives multiples, vivre un événement traumatisant peut être encore plus perturbant (Betancourt et al., 2010). Des liens familiaux et sociaux solides sont être encore plus cruciaux pour renforcer les capacités adaptatives dans des environnements aux ressources limitées, comme les contextes d'adversité sociale, économique, politique, ou les contextes de guerre (Masten & Narayan, 2012; Sriskandarajah et al., 2015). Les parents dans ces contextes ont généralement eux-mêmes vécu des événements traumatisants passés ou en cours, une altération de leurs réseaux de soutien et/ou des adversités psychosociales, ce qui peut, à son tour, influencer leur capacité à assumer efficacement un rôle de soutien auprès de l'enfant après une exposition traumatique. Des enquêtes empiriques impliquant des populations exposées à des traumatismes collectifs, tels que la guerre et les conflits armés, ont conduit à l'émergence de deux modèles explicatifs de l'impact du contexte de crise sur les comportements parentaux et la parentalité en général :

- Le modèle du TSPT pour expliquer l'influence du TSPT parental sur les comportements parentaux. Ce modèle rejoint les données précédemment citées dans les pays occidentaux sur l'influence de la présence d'un TSPT parental sur la survenue d'un TSPT de l'enfant. Par exemple, des symptômes de TSPT comme la colère, l'hyperréactivité et l'irritabilité peuvent augmenter la probabilité de comportements parentaux sévères et coercitifs (Timshel et al., 2017). Des symptômes associés à l'évitement, comme le détachement émotionnel et le retrait, peuvent quant à eux, entraver la réactivité émotionnelle des parents, affectant ainsi leur capacité à répondre de manière sensible aux besoins de leurs enfants (De Haene et al., 2010). Ce lien entre le TSPT parental et le style parental hostile/coercitif dans des contextes de guerre et/ou d'adversité élevée, a été observé dans diverses communautés, y compris au Sri Lanka (Catani et al, 2008), en Ouganda du Nord (Saile et al, 2014), en Israël (Halevi et al, 2016), à Gaza (Maloney et al, 2022), en Afrique du Sud (Christie et al, 2020) et parmi les réfugiés réinstallés aux Pays-Bas (Van Ee et al, 2012).

- Un autre cadre théorique utilisé pour décrire l'impact de l'adversité sociale sur la parentalité postule que le stress économique et social affecte la santé mentale parentale et entraîne une parentalité négative (hostile ou surprotectrice), ce qui renforce les problèmes émotionnels et comportementaux des enfants (Conger et al, 1994; Leventhal & Brooks-Gunn, 2000). Contrairement au modèle précédent, qui se concentre sur le TSPT parental résultant des effets directs de la guerre ou d'autres événements traumatisants en contexte de crise, le modèle de stress familial souligne l'importance de lutter contre les facteurs de stress quotidiens socio-économiques et sécuritaires qui exercent des effets tout aussi délétères que le TSPT sur les individus et les familles (Miller & Rasmussen, 2010). Ce modèle soutient une vision plus globale de l'adversité, non exclusivement centrée sur le traumatisme, mais englobant toutes les composantes de l'environnement plus large (social, économique et politique) dans lequel évoluent les familles.

Les deux modèles théoriques illustrent comment une exposition parentale antérieure à des événements traumatiques, associée à un stress économique et social chronique, ont un impact en cascade sur la parentalité et les capacités de soutien des parents, et par conséquent peuvent entraîner des conséquences psychosociales défavorables pour les enfants, non exclusivement liées à une exposition traumatique déterminée.

#### *b) Un exemple de contexte de crise : le Liban*

Le Liban est un petit pays du Moyen-Orient qui a une longue histoire d'instabilité politique, allant d'une guerre civile de 16 ans, de 1975 à 1991, à un gouvernement d'après-guerre marqué par la corruption et le sectarisme, qui a conduit le pays à l'une des plus graves crises économiques au monde dans les 150 dernières années, selon la Banque mondiale (Center for Strategic and International Studies, 2023). La crise économique s'est aggravée en 2019, entraînant un soulèvement et des manifestations antigouvernementales dans le pays, et s'est approfondie depuis, avec une inflation sévère, une hausse du chômage, une pénurie de carburant, de nourriture et de médicaments, un manque d'accès aux besoins de base, et des familles entières plongées dans la pauvreté. La crise financière a été aggravée par la pandémie

du Covid-19, qui a mis une pression supplémentaire sur les systèmes sanitaires et sociaux du pays (Center for Strategic and International Studies, 2023). En outre, la population libanaise fait face au risque permanent d'éruption d'une guerre depuis la fin de la guerre civile, en raison de la nature sectaire de son gouvernement et du risque d'embrasement régional des conflits voisins, tels que la guerre en Syrie ou le conflit israélo-palestinien. On compte actuellement 1,5 millions de réfugiés syriens au Liban depuis l'éclatement de la guerre en Syrie en 2011 (United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR], 2019), dans un pays de 4,5 millions d'habitants. Cette situation crée des tensions entre différents partis politiques sur la position à adopter vis-à-vis des réfugiés syriens qui vivent dans des situations d'extrême précarité financière, légale et administrative (Geha & Talhouk, 2018).

Le 4 août 2020, deux explosions se sont produites au port de Beyrouth, causant au moins 220 morts et plus de 7 000 blessés, laissant environ 300 000 personnes sans abri et détruisant des quartiers entiers de la capitale (Kerbage & Elbejjani, 2021). Le 14 octobre 2021, une manifestation organisée par des partis politiques armés, contre le juge dirigeant l'enquête sur l'explosion de Beyrouth, a pris un violent tournant et a entraîné un conflit armé entre deux partis politiques, dans un grand quartier de Beyrouth, faisant six morts civils et plusieurs blessés. Les gens sont restés bloqués dans leurs maisons et les enfants se sont cachés dans les écoles avec les enseignants pendant des heures jusqu'à ce qu'ils puissent être évacués par l'armée libanaise. Cet événement marquait la première fois depuis la guerre civile où un conflit armé violent était observé dans les rues de Beyrouth (Chulov, 2021).

Dans ce contexte, rares sont les études ayant examiné des interventions pour soutenir la parentalité dans ce contexte défavorable au Liban. On retrouve l'intervention de soutien parental (*Caregiver Support Intervention*) (Miller et al., 2023); et l'intervention familiale systémique de soutien psychosocial (Brown et al., 2022). Bien que ces deux études aient montré des résultats prometteurs, ces interventions ont été testées principalement auprès de parents réfugiés syriens au Liban plutôt qu'auprès des parents libanais. De plus, elles n'abordent pas spécifiquement la parentalité après une exposition traumatique chez l'enfant, mais plutôt les comportements parentaux généraux dans un contexte d'adversité sociale globale. Notamment,

aucune étude n'a investigué les expériences spécifiques et les besoins psychosociaux des parents d'adolescents au Liban après une exposition traumatique de l'adolescent, dans un contexte de crise complexe.

### **III. LES INTERVENTIONS PRECOSES POUR LA PREVENTION DU TSPT ETUDIEES DANS LA PERIODE PERI-TRAUMATIQUE**

#### **1) Recommandations actuelles et revue de littérature**

Il existe une littérature abondante sur les interventions thérapeutiques du TSPT avéré de l'enfant et de l'adolescent. Les recommandations actuelles favorisent en 1ere ligne la thérapie comportementale et cognitive centrée sur le trauma (TCC-CT) soit en format centré sur l'enfant, soit en format impliquant enfants et parent(s), ainsi que l'EMDR (International Society for Traumatic Stress Studies ISTSS, 2018). Les études sont beaucoup moins nombreuses concernant les interventions précoces dans les trois premiers mois suivant l'exposition traumatique des enfants et des adolescents. Les guidelines de l'ISTSS recommandent en tant qu'intervention de prévention secondaire l'utilisation de la psychoéducation pour les enfants et les parents et déconseillent l'utilisation du debriefing psychologique ou de la TCC-CT à ce stade précoce. Le debriefing psychologique est même pointé comme augmentant le risque d'émergence de symptômes de stress post-traumatiques (ISTSS, 2018). Des recommandations australiennes plus récentes vont dans le même sens et déconseillent l'utilisation du debriefing psychologique dans la période péri-traumatique (Phoenix Australia Guidelines, 2021). Elles recommandent en première ligne des interventions psychosociales générales de support émotionnel et d'assistance pratique. En cas de présence de symptômes post-traumatiques aigus, les recommandations australiennes favorisent la Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI). La CFTSI est une intervention fondée par l'Université de Yale, qui combine psychoéducation et stratégies cognitives et comportementales, tout en impliquant parents et enfants (Berkowitz et al, 2011). Nous avons mené une revue de littérature dans le cadre de cette thèse pour identifier les actualités sur les interventions précoces (pharmacologiques et non pharmacologiques) implémentées dans les trois mois suivant l'exposition de l'enfant/adolescent à un événement traumatique, dont le but est de réduire les symptômes

post-traumatiques aigus et de prévenir le risque de TSPT. Cette revue a été publiée dans le journal indexé *Healthcare* et est disponible en annexe.

Les résultats de notre revue ont été présentés selon le diagramme de flux PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols) (Figure 1). La recherche initiale sur PubMed et Embase a donné 1268 résultats, et nous en avons retenu 178 pour le screening des titres et des résumés. Parmi ceux-ci, 97 articles n'ont pas répondu à nos critères d'éligibilité, laissant 81 articles pour l'examen du texte intégral, parmi lesquels 54 articles ont été exclus car ils ne satisfaisaient pas aux critères d'éligibilité (population d'intérêt différente, interventions survenant plus de 3 mois après l'évènement traumatique). Ainsi, seuls 27 articles ont été retenus pour analyse et revue, dont sept études évaluaient des interventions pharmacologiques et vingt études évaluaient des interventions non pharmacologiques (Kerbage et al, 2022).

## Identification of studies via databases

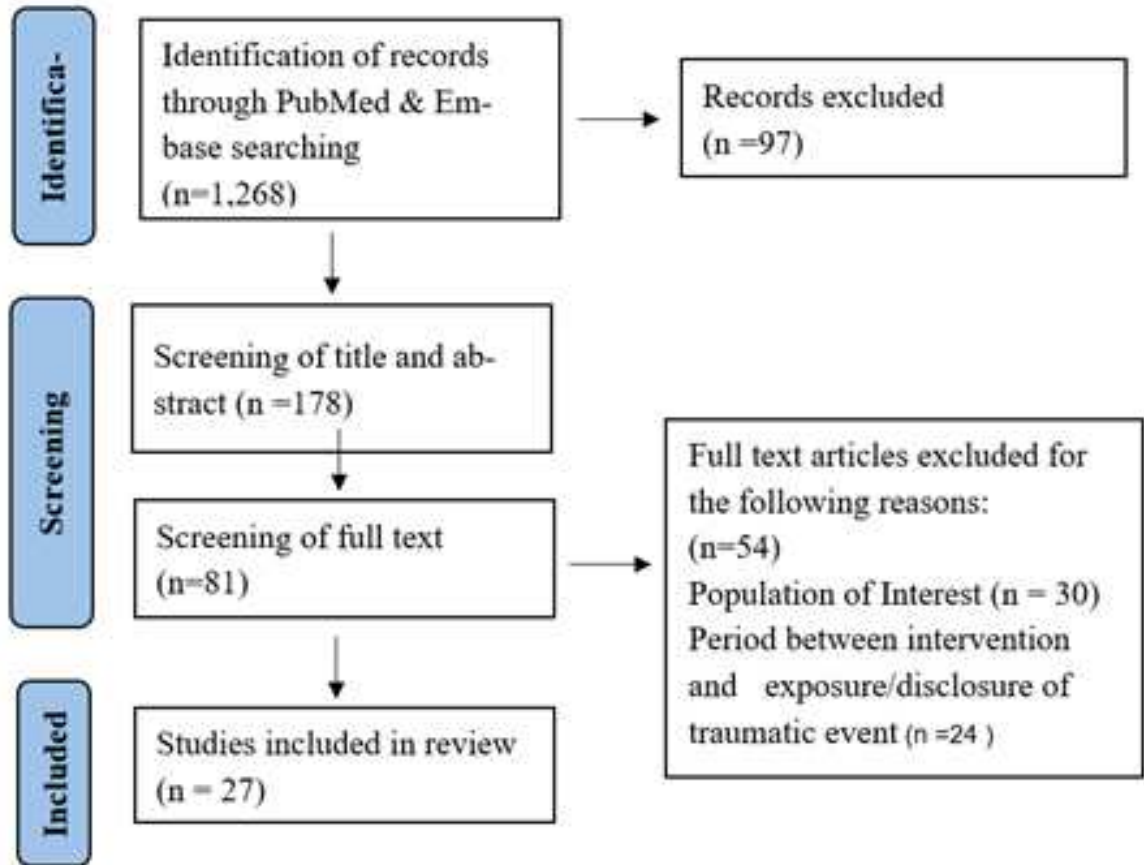


Figure 1- Prisma Flowchart

Dans les sections suivantes, nous discutons les résultats obtenus dans notre revue de littérature disponibles intégralement en annexe.

### 2) Traitements pharmacologiques

En ce qui concerne les interventions pharmacologiques, nos résultats vont dans le sens des guidelines de l'ISTSS. En effet, il n'existe pas assez d'évidence pour recommander un traitement pharmacologique qui serait supérieur à un placebo dans la réduction des symptômes post-traumatiques aigus et/ou la prévention du TSPT. Les molécules les plus

étudiées sont la sertraline et le propranolol. Le propranolol, en particulier, n'a pas montré d'efficacité dans la réduction des symptômes de stress post-traumatique ou la prévention du TSPT dans deux essais contrôlés randomisés et une revue rétrospective des dossiers médicaux (Nugent et al, 2010 ; Rosenberg et al, 2018 ; Sharp et al, 2010). La sertraline s'est avérée modérément efficace pour prévenir les symptômes du TSPT par rapport au placebo dans un seul essai randomisé contrôlé ; cependant, le changement n'était significatif que pour les symptômes rapportés par les parents et non pour les symptômes perçus par les enfants eux-mêmes (Stoddart et al, 2009).

### 3) Traitements psychothérapeutiques

La plupart des interventions non pharmacologiques évaluées dans la période post-traumatique précoce identifiées dans notre revue, impliquent les parents et les enfants et non les enfants seuls. Les interventions étudiées ont en commun de mettre l'accent sur deux composantes distinctes mais complémentaires :

1) la psychoéducation pour les enfants et les parents sur les réactions et symptômes post-traumatiques, basée sur la normalisation des réponses post-traumatiques précoces et l'identification des symptômes post-traumatiques ;

2) les stratégies d'adaptation pour gérer et diminuer l'intensité des symptômes post-traumatiques par des techniques cognitivo-comportementales et notamment la relaxation.

La plupart de ces interventions entraînent une diminution des symptômes post-traumatiques ainsi que des symptômes d'anxiété et de dépression. Certaines études examinant des interventions basées uniquement sur la psychoéducation n'ont pas retrouvé des réductions significatives des symptômes post-traumatiques aigus ni d'effet préventif sur l'apparition du TSPT, suggérant que la psychoéducation seule pourrait ne pas suffire à prévenir le TSPT. Les autres essais randomisés contrôlés ayant donné des résultats négatifs ont évalué des interventions psychosociales dans le contexte d'événements traumatiques en cours (guerre et conflits armés) et n'incluaient pas les parents en tant que participants actifs à l'intervention. Ces résultats négatifs peuvent être dus au contexte de stress traumatique continu et de guerre. Les

recommandations internationales sur la santé mentale dans les contextes de crise complexe mettent l'accent sur des approches communautaires qui aident à faire face aux facteurs de stress quotidiens plutôt que sur des approches cliniques et individuelles centrées sur les symptômes post-traumatiques et notamment en phase aiguë (InterAgency Standing Committee, 2007). Dans ces contextes d'adversité élevée (guerre et conflits armés), les interventions en santé mentale qui semblent nécessaires pour atténuer les effets des événements traumatiques sont celles qui renforcent les réseaux de soutien communautaires et familiaux ainsi que l'engagement social (VanOmmeren et al, 2005).

#### 4) Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI)

Une intervention identifiée par notre revue de littérature comme ayant des résultats positifs dans la période post-traumatique précoce est l'intervention familiale pour le stress traumatique ou Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI). Cette intervention n'est pas mentionnée dans les recommandations de l'ISTSS (2018) mais figure dans les recommandations de Phoenix Australia Guidelines (2021). La CFTSI est une intervention précoce brève élaborée au Yale Child Study Center pour les enfants de 7 à 17 ans ayant récemment vécu un événement traumatique (Berkowitz et al, 2011). La CFTSI est une intervention familiale de cinq à huit séances qui vise à faciliter l'identification par les parents et les enfants des réactions post-traumatiques courantes, à améliorer la communication entre l'enfant et le parent autour de ces symptômes, et à enseigner aux parents et à l'enfant des stratégies d'adaptation cognitivo-comportementales pour diminuer les réactions post-traumatiques aiguës. Elle est implémentée dans les trois premiers mois suivant l'exposition à ou la révélation d'un événement traumatique.

Le modèle a été implémenté avec des enfants ayant été exposés à divers événements traumatiques, y compris des abus sexuels, des violences domestiques, des accidents graves de la route, des morsures d'animaux et des brûlures graves (Berkowitz, 2011 ; Hahn, 2019). La CFTSI n'a pas encore été testée dans le cas de contexte de traumatisme collectif (guerre, migration forcée, catastrophe naturelle, attentat terroriste) ni des expositions traumatiques chroniques. Berkowitz et al, dans un essai randomisé contrôlé comparant la CFTSI à un modèle intégrant la



psychoéducation avec du soutien psychologique non spécifique, ont constaté que les enfants du groupe CFTSI présentent moins de diagnostics complets et partiels de TSPT par rapport au groupe témoin trois mois après la fin de l'intervention (Berkowitz et al, 2011). De plus, une étude multisite sans groupe contrôle étudiant l'efficacité de la CFTSI sur 1190 familles a retrouvé une réduction significative des symptômes post-traumatiques en aigu en post-CFTSI chez les enfants (Stover et al, 2022). Cette même étude a retrouvé que cette réduction des symptômes était indépendante de facteurs comme l'âge, le sexe, l'ethnicité, et le nombre d'expositions traumatiques antérieures, le type d'évènement ou le laps de temps écoulé entre l'évènement traumatisant et le début de la CFTSI (par exemple après quelques jours ou quelques semaines).

De même, une méta-analyse multisites étudiant l'efficacité de la CFTSI dans divers centres aux Etats-Unis (sans groupe contrôle) a indiqué une amélioration significative des symptômes post-traumatiques chez les parents adultes qui ont participé à la CFTSI avec leurs enfants (Hahn et al, 2019). Il s'agit de l'une des rares études ayant spécifiquement évalué l'effet de l'intervention précoce après l'exposition traumatique d'un enfant sur les symptômes parentaux et la santé mentale des parents (Hahn et al, 2019). Ces résultats sont conformes aux données de la littérature établissant des corrélations entre la psychopathologie des parents et celle des enfants, car l'environnement familial et le fonctionnement des parents influencent systématiquement l'association entre l'exposition traumatique et les conséquences pour les enfants, comme nous l'avons vu dans la section II. Une étude récente non contrôlée évaluant l'efficacité du format en ligne de la CFTSI démontre des réductions significatives dans les symptômes de stress post-traumatique de l'enfant et du parent avant et après l'intervention, et ceci même chez les enfants avec un antécédent d'exposition traumatique chronique (Goslin et al, 2024). Ces quatre études existantes (un essai randomisé contrôlé et trois études pré-post non contrôlées mais avec de larges échantillons) suggèrent que la CFTSI est une intervention précoce efficace dans la réduction des symptômes post-traumatiques aigus et dans la prévention du TSPT.

La CFTSI est une intervention brève, structurée, standardisée, qui comprend une première séance avec le ou les parents seuls, une deuxième séance avec l'enfant seul et trois

séances familiales. Il est possible également de faire 1 à 3 séances supplémentaires au besoin pour clarifier certains points ou revoir certaines stratégies en détail. La CFTSI vise à améliorer l'identification des symptômes post-traumatiques par l'enfant et ses parents ainsi que la communication autour des symptômes, et enseigne aux parents et aux jeunes des compétences d'adaptation spécifiques (Berkowitz, 2011 ; Stover, 2022). La reconnaissance des symptômes et les stratégies d'intervention visant à les réduire ciblent plusieurs clusters de réactions clés, notamment les perturbations de sommeil, l'isolement dépressif, les pensées intrusives, l'anxiété, les crises de colère et les comportements oppositionnels/agressifs, et les altérations négatives de la cognition (par exemple, culpabilisation). Il existe un manuel détaillé de la CFTSI décrivant le déroulement de chaque séance et des questionnaires précis utilisés à chaque séance qui permettent de mesurer l'intensité et la fréquence des symptômes ainsi que leur évolution au fil des séances. Ces questionnaires permettent également à l'enfant et ses parents d'apprendre à identifier les symptômes post-traumatiques et d'améliorer la communication autour de ces symptômes.

#### **IV. DONNEES D'ETUDES QUALITATIVES AVEC LES PARENTS SUR LEURS EXPERIENCES ET BESOINS PERÇUS AU DECOURS DE L'EXPOSITION TRAUMATIQUE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT**

Les interventions précoces décrites dans la section précédente sont axées sur la psychoéducation des parents et des enfants et sur l'apprentissage de stratégies cognitives et comportementales pour gérer les symptômes post-traumatiques (sans réexposition au souvenir traumatique). La CFTSI notamment, qui combine ces deux composantes, émerge comme une intervention efficace en 1<sup>ère</sup> ligne à la suite d'une exposition traumatique chez l'enfant et l'adolescent, pour diminuer les symptômes de stress post-traumatique aigu et prévenir le TSPT, même si plus d'études de validation sont nécessaires. Cependant, la CFTSI reste centrée sur les symptômes individuels post-traumatiques et peut être difficilement transposable dans un même format à tous les contextes. Elle nécessite également à la base une disposition parentale à soutenir l'enfant et une reconnaissance de son traumatisme, ce qui ne permet pas de cibler les parents en difficulté pour soutenir leur enfant, qui risquent de ne pas être compliants au format proposé. De plus, les recherches récentes sur la résilience mettent en évidence la nécessité d'élargir le paradigme de la rémission post-traumatique afin d'intégrer, en plus de la

gestion des symptômes, l'exploration des mécanismes permettant aux enfants et aux parents de réagir de manière adaptative dans leurs environnements. Ce nouveau paradigme de la résilience suit une approche multisystémique et socioécologique (Iacoviello & Charney, 2014; Mooney et al, 2017). Cela implique de comprendre les perceptions et les expériences des enfants et des parents en matière de coping à la suite d'une exposition traumatique, et comment ils interagissent avec leur milieu social, y compris les ressources disponibles dans leurs contextes écologiques et leur interaction avec leurs environnements proximaux : la famille, l'école, les pairs, le quartier (Bronfenbrenner & Morris, 2007). L'exploration de ces expériences ainsi que les facteurs facilitant ou empêchant ces processus adaptatifs est cruciale pour une implémentation réussie des interventions précoces visant à prévenir les troubles post-traumatiques et à accroître l'adaptation face à l'adversité.

Les données qualitatives investiguant les expériences et comportements des parents ainsi que les facteurs qu'ils perçoivent comme facilitant ou entravant leurs capacités de soutien à leur enfant à la suite d'une exposition traumatique, sont peu nombreuses. Les études disponibles dans les pays occidentaux suggèrent que les parents cherchent généralement à soutenir activement leurs enfants et sont sensibles à leur détresse (Røkholt et al, 2016; Williamson et al, 2016 ; Alisic et al., 2012). Cependant, ils rapportent des obstacles structurels tels que le manque de collaboration de la part des établissements scolaires (Røkholt et al, 2016 ; Williamson, 2016). De plus, les parents rapportent que leur réactivité aux besoins post-traumatiques de leur enfant est influencée par leur propre niveau de détresse (Alisic et al., 2012 ; Egberts, 2019). Ils décrivent des difficultés à reconnaître le stress post-traumatique et doivent gérer des besoins conflictuels, notamment en ce qui concerne la restauration des routines quotidiennes avant l'évènement traumatisant (Røkholt et al, 2016; Williamson et al, 2016).

Ils expriment un isolement social et le besoin de soutien par les pairs, notamment de partage avec des parents ayant vécu la même situation, et un besoin de soutien professionnel efficace pour comprendre et gérer les réactions de leurs enfants (Foster et al, 2017 ; Heath et al, 2018). Certains parents se sentent hésitants quant à la meilleure manière d'aborder le sujet de l'évènement traumatique avec leur enfant et tendent à éviter les discussions liées au

traumatisme (Williamson et al, 2016; Foster et al, 2017; McGuire et al, 2019). Dans le cas d'un événement traumatique impliquant des abus sexuels, les études disponibles suggèrent que les croyances et la stigmatisation entourant les agressions sexuelles façonnent les réactions et les expériences des parents suite à la révélation des abus par l'enfant, et peuvent promouvoir l'évitement des discussions liées au traumatisme (Simon, 2017; Alaggia, 2019).

Les études qualitatives dans les régions affectées par les conflits et un niveau élevé d'adversité sociale, économique et/ou politique, ont surtout exploré l'impact de la crise sur la parentalité en général, plutôt qu'après une exposition traumatique spécifique de l'enfant et de l'adolescent. Comme nous l'avons détaillé dans la partie II.5, les styles parentaux et la parentalité dans ces contextes sont à la fois influencés par la plus grande probabilité d'un TSPT parental vu le contexte d'adversité collective, et aussi par les facteurs de stress socio-économiques du quotidien. Cependant, malgré des difficultés économiques et sociales chroniques, l'unité et la cohésion familiale agissent comme des sources de résilience et d'endurance rapportées par les parents dans ces milieux de crise. Cela a été observé dans divers contextes tels que l'Afghanistan (Eggerman & Panter-Brick, 2010), le Rwanda (Betancourt et al., 2011), Gaza (Aitcheson et al., 2017), Israël (Albala & Shapira, 2023), et l'Afrique du Sud (Williamson et al, 2017). De plus, un fort sentiment d'identité nationale et ethnique émerge comme jouant un rôle potentiel dans la promotion de la résilience dans quelques études qualitatives (Dubow et al., 2000 ; Aitcheson et al., 2017).

## **CHAPITRE 2- PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS**

---

### **I. PROBLEMATIQUE**

Au vu des éléments suivants détaillés dans le rationnel :

- L'exposition traumatique est extrêmement fréquente au niveau mondial et augmente le risque de développer, non seulement un TSPT, mais aussi n'importe quel autre trouble psychiatrique, que ce soit à l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte. Elle peut

- avoir un impact sur le fonctionnement social, familial et scolaire, avec des spécificités développementales à l'adolescence (Partie I) ;
- La période péri-traumatique ou la période précoce des trois mois suivant l'exposition ou les expositions traumatiques, constitue une fenêtre d'opportunité permettant de cibler les facteurs de risque et de protection individuels et contextuels pouvant favoriser ou prévenir l'installation d'un TSPT et des troubles associés (Partie II,1-2) ;
  - Plus particulièrement, des facteurs environnementaux émergent des études comme étant des facteurs modifiables pouvant être la cible d'interventions précoces, notamment : le fonctionnement familial, la santé mentale parentale, et le soutien parental et social dont scolaire. Les études ayant démontré l'effet protecteur de ces facteurs sont cependant surtout des études transversales. Néanmoins une étude de cohorte longitudinale a démontré l'effet protecteur du soutien social et parental chez des enfants aux Etats-Unis et Puerto Rico exposés à un contexte d'adversité élevée (VanBronkhorst et al, 2024) (Partie II, 3-4) ;
  - Les enfants et adolescents exposés à des événements traumatiques dans un contexte de crise (guerre, instabilité politique, migration forcée, adversité sociale et économique) pourraient avoir encore plus de difficultés d'ajustement après l'exposition à cause de l'effet de la crise sur la parentalité et le soutien parental. A titre d'exemple d'un contexte de crise multiple, le contexte libanais illustre la complexité d'une crise sociale, économique et politique (Partie II, 5) ;
  - Contrairement aux études d'efficacité des interventions pour le TSPT installé chez l'enfant et l'adolescent qui sont nombreuses, peu d'études ont exploré l'efficacité des interventions précoces. Nous avons mené une revue de littérature (scoping review) sur les interventions précoces étudiées dans les trois mois suivant l'exposition traumatique d'enfants et d'adolescents (Kerbage et al, 2022). Cette revue a démontré que les interventions ayant des résultats positifs sur les symptômes post-traumatiques, d'anxiété et de dépression, sont celles impliquant parents et enfants et qui incluent deux composantes : la psychoéducation sur les réactions post-traumatiques pour les enfants et

les parents, et les techniques cognitives et comportementales, notamment la relaxation, pour gérer les symptômes post-traumatiques précoces. A cet égard, la CFTSI, une intervention brève structurée de 5 à 8 séances, fondée à l'Université de Yale, semble avoir des résultats prometteurs (un essai randomisé contrôlé et trois études pré-post non contrôlées mais avec de très larges échantillons). Cependant ces mêmes composantes d'interventions se révèlent moins efficaces dans des contextes de pays à revenus moyens et bas, notamment les contextes de traumatismes collectifs toujours en cours (instabilité politique, guerre) (Partie III).

- Les recommandations actuelles soulignent donc l'importance de l'implication des parents dans les interventions précoces, ce qui va dans le sens d'un renforcement des capacités de soutien parental à la suite de l'exposition traumatique des enfants (Partie III).
- Cependant, il existe peu de données sur les facteurs exerçant une influence sur l'implication des parents et sur leurs dispositions de soutien, et qui pourraient être ciblées dans ces interventions précoces. A cet égard, le modèle socio-écologique et systémique de Bronfenbrenner et Morris (2007), également appelé modèle écologique du développement humain, fournit un cadre théorique conceptuel permettant de comprendre comment les facteurs environnementaux peuvent interagir à différents niveaux pour impacter le soutien parental à l'enfant. Alors que la CFTSI se concentre en priorité sur les symptômes individuels et les stratégies pour les gérer, le modèle écologique intègre ces symptômes individuels et leur maintien dans une transaction avec l'environnement.
- Le modèle de Bronfenbrenner et Morris (2007), propose cinq niveaux interconnectés d'influence, qui vont du plus proche (les interactions immédiates de l'individu) au plus éloigné (les contextes sociaux plus larges). Voici une explication de chaque niveau :
  1. Microsystème : Le microsystème représente les interactions directes et immédiates de l'individu avec son environnement. Il s'agit des relations personnelles de l'individu, comme celles avec la famille, les amis, les enseignants, les pairs, et les collègues. Ce système est celui dans lequel l'individu a le plus d'influence, et où les interactions sont

bidirectionnelles : l'individu influence son environnement et vice-versa. Exemple : Les relations entre un enfant et ses parents, ses interactions quotidiennes avec ses enseignants et ses camarades de classe.

2. Mésosystème : Le mésosystème représente les interactions entre les différents microsystèmes. En d'autres termes, il s'agit des connexions entre les différents environnements immédiats dans lesquels l'individu évolue. Les interactions entre ces systèmes peuvent renforcer ou, au contraire, nuire au développement de l'individu. Exemple : La relation entre la famille d'un enfant et ses enseignants. Si les parents et les enseignants communiquent régulièrement et partagent des informations sur l'enfant, cela peut soutenir son développement. Inversement, un manque de communication entre ces deux systèmes peut avoir un impact négatif.

3. Exosystème : L'exosystème englobe les environnements dans lesquels l'individu n'est pas directement impliqué, mais qui influencent indirectement son développement. Ce sont des situations ou des événements qui se produisent dans les systèmes environnants, mais qui affectent la vie de l'individu de manière indirecte. Exemple : Le lieu de travail des parents d'un enfant. Même si l'enfant ne se trouve pas dans cet environnement, les conditions de travail des parents (stress, salaire, horaires) peuvent affecter l'atmosphère familiale, et donc le bien-être et le développement de l'enfant.

4. Macrosystème : Le macrosystème représente le contexte culturel plus large dans lequel les autres systèmes existent. Ce système comprend les valeurs culturelles, les croyances, les normes sociales, les lois, et les idéologies d'une société. Le macrosystème influence les autres systèmes en façonnant les valeurs et les comportements attendus des individus au sein de cette culture. Exemple : Les croyances culturelles ou religieuses d'une société concernant l'éducation, le rôle des sexes, ou la discipline. Ces valeurs influencent la manière dont les parents élèvent leurs enfants et les attentes envers les enfants dans cette société.

5. Chronosystème : Le chronosystème, ajouté plus tard au modèle, introduit la dimension temporelle dans l'analyse. Il prend en compte les événements de la vie de l'indi-

vidu et les changements dans les systèmes environnants au fil du temps. Ces événements peuvent être des transitions majeures dans la vie de l'individu (comme un déménagement, la perte d'un parent) ou des changements sociétaux (comme des réformes politiques, des crises économiques). Exemple : Un divorce parental peut avoir des effets immédiats sur l'enfant, mais ses répercussions peuvent aussi changer au fil du temps à mesure que l'enfant s'adapte à la nouvelle situation familiale.

- La compréhension des expériences et des réactions parentales, de leurs perceptions des facteurs pouvant faciliter, ou au contraire entraver, leur soutien à leur enfant, ainsi que la connaissance des processus par lesquels l'exposition traumatique modifie le fonctionnement familial et les styles parentaux, pourraient guider le développement d'interventions familiales ciblées efficaces ou l'adaptation contextuelle des interventions existantes comme la CFTSI. Une méthodologie qualitative est la plus adaptée pour obtenir cette compréhension approfondie (Partie IV).
- Notre but est donc d'explorer toutes ces composantes de l'environnement altérant les capacités de soutien parental, selon un cadre socio-écologique et systémique. Les études qualitatives existantes explorant les perceptions parentales de ces composantes et les mécanismes familiaux après l'exposition traumatique des enfants, que ce soit dans les contextes de pays développés ou dans des contextes de crise politique, mettent en avant des besoins importants vécus par les parents qui peuvent être ciblés par des interventions précoces. Notamment, les obstacles structurels et le manque perçu de soutien professionnel et scolaire (micro, méso et exosystème), les problèmes d'identification du stress post-traumatique (macro-système) et l'évitement des conversations liées au traumatisme (micro-système). De même, des facteurs tel que le support social et le coping collectif (méso et exosystème) dans le cas de traumatismes collectifs semblent être des facteurs facilitant le soutien parental dans un contexte d'adversité élevée qui peuvent être ciblés par des interventions (Partie IV).

Néanmoins, ces études qualitatives soulignent des lacunes cruciales dans la connaissance des mécanismes par lesquels l'exposition traumatique façonne la dynamique familiale et les relations parent-enfant et qui pourraient être ciblés par des interventions



familiales. De plus, il n'existe quasiment pas d'étude explorant les représentations et croyances plus complexes des parents concernant le stress post-traumatique et la rémission post-traumatique, et comment ces représentations peuvent impacter leurs réactions, leurs relations avec l'enfant et leurs perceptions des rôles sociaux après une exposition traumatique (macrosystème). De même, peu d'études ont investigué comment ces différents facteurs et perceptions influencent la parentalité et le soutien parental à la suite de l'exposition des enfants à des événements traumatiques dans un contexte d'adversité chronique et/ou d'instabilité politique. Notamment, très peu d'études (à part celles citées dans la partie IV de la section Contexte et Rationnel) ont investigué les expériences spécifiques et les besoins psychosociaux des parents d'adolescents après une exposition traumatique de l'adolescent, que ce soit dans un contexte de pays développé ou de crise sociale complexe.

Il n'existe pas encore de modèle conceptuel intégrant tous les aspects psychologiques et socio-écologiques des expériences vécues par les parents après l'exposition traumatique de leur enfant. Pourtant, l'existence d'un tel modèle est essentielle pour adopter une approche systémique qui tienne compte à la fois des obstacles environnementaux et des ressources à cibler dans les interventions précoces, au lieu de se concentrer uniquement sur les attributs psychologiques individuels. Une méthodologie qualitative est la plus adaptée pour proposer ce genre de modèle conceptuel. Elle permet de comprendre en profondeur les schémas de comportement, les expériences vécues, les besoins perçus et les réactions subjectives, qui pourraient autrement passer inaperçus avec des questionnaires fermés et des mesures quantitatives (Renjith et al, 2021 ; Boeije et al, 2011). Les méthodes qualitatives sont en effet largement utilisées dans la recherche en santé mentale et en médecine en général, surtout lorsqu'il existe peu de données sur un sujet et lorsqu'il s'agit d'évaluer les besoins et les expériences des personnes pour concevoir des interventions adaptées à ces besoins ou proposer des adaptations contextuelles à des interventions déjà existantes (Lane-Fall, 2023). Ce modèle conceptuel pourrait servir de base à un modèle d'intervention précoce familiale multisystémique visant à renforcer le soutien parental après l'exposition traumatique d'un adolescent.

## II. OBJECTIFS

Nous avons mené une étude qualitative auprès de parents d'adolescents âgés entre 11 et 16 ans exposés dans les trois derniers mois à un événement traumatisant, et résidant sur deux sites différents : Montpellier et Beyrouth.

L'objectif de cette étude est de comprendre :

- Les expériences, réactions et vécu subjectif des parents dans la période précoce après l'exposition traumatique de leur enfant.
- Leurs perceptions des facteurs facilitant ou entravant leurs capacités de soutenir leur enfant.
- Les mécanismes perçus par lesquels l'exposition traumatique de l'adolescent influence les styles parentaux et la dynamique familiale, dont la relation parent-enfant.
- Leurs besoins perçus en termes de support et d'interventions.
- Leurs représentations et perceptions du traumatisme et de la résilience.
- Les spécificités de ces quatre objectifs cités ci-dessus dans le contexte libanais de crise complexe sociale, économique, politique, par rapport au contexte de Montpellier.

Le but ultime de ce travail est de proposer un modèle conceptuel de facteurs de risque et de protection ayant un impact sur la parentalité à la suite de l'exposition traumatique d'un adolescent. Ce modèle pourrait servir de base à la conception d'une intervention parentale et/ou familiale précoce pour cibler ces facteurs, et visant à renforcer les capacités de soutien parental vu l'importance établie de ce soutien dans la rémission post-traumatique de l'adolescent.

## CHAPITRE 3- METHODE

---

### I. CONSTRUCTION DE L'ÉTUDE

#### 1) Choix de la méthode

Nous avons choisi de mener une étude avec une méthodologie qualitative, en utilisant l'approche de la théorie ancrée ou *grounded theory approach* (Charmaz, 2006 ; Chapman et al, 2015 ; Foley & Timonen, 2015). La méthode de la théorie ancrée est une approche qualitative de recherche qui vise à développer des théories basées sur les données recueillies sur le terrain, plutôt que de partir d'hypothèses préconçues. Cette méthode inductive met l'accent sur la génération de concepts et de théories à partir des données elles-mêmes, en permettant aux chercheurs de comprendre les phénomènes à travers les perspectives des participants. Cette approche est particulièrement justifiée dans les situations où le but de la recherche est d'explorer et de comprendre un phénomène complexe, peu étudié, en permettant l'émergence de nouvelles perspectives et concepts à partir des données elles-mêmes. Ces données peuvent être recueillies par diverses méthodes, allant des entretiens en profondeur, semi-structurés ou par des observations participantes ou semi-participantes, en privilégiant notamment le style ouvert et exploratoire (Charmaz, 2006). Cette méthode s'avère précieuse pour comprendre comment les individus perçoivent et donnent du sens à leurs expériences, notamment lorsqu'il existe peu de connaissances sur un sujet particulier (Merriam, 2009). La théorie ancrée est donc adaptée pour étudier et comprendre les expériences subjectives des individus, en permettant aux participants de partager leurs perspectives, leurs interprétations et leurs réflexions sur un sujet donné. Cette méthode a été développée initialement par les sociologues Barney Glaser et Anselm Strauss dans les années 1960 et détaillée ultérieurement dans leur ouvrage (Glaser & Strauss, 1967). Elle est devenue l'une des approches qualitatives les plus utilisées dans les recherches qualitatives en santé (Foley & Timonen, 2015 ; Charmaz, 2006 ; Chapman et al, 2015). La théorie ancrée peut être particulièrement utile pour comprendre les expériences des patients, des familles et des prestataires de soins de santé, ainsi que pour développer des modèles théoriques qui guident la pratique clinique et l'élaboration de politiques de santé. En

se concentrant sur les données empiriques et en permettant l'émergence de nouvelles perspectives et compréhensions, la théorie ancrée contribue à une recherche qualitative rigoureuse et approfondie en santé (Charmaz, 2006).

Ces applications de la théorie ancrée correspondent aux buts de notre travail où nous avons voulu explorer en profondeur les perspectives et expériences des parents eux-mêmes, sujet sur lequel il existe peu de données. Cependant, notre but n'était pas uniquement d'examiner ces expériences et réactions parentales. Nous avons voulu en plus de cela, développer à partir de ces perspectives, un modèle conceptuel de facteurs de risque et de protection à la suite de l'exposition traumatique d'un adolescent, qui pourrait servir de base à un modèle d'intervention familiale. La théorie ancrée se justifiait donc pour nous car elle permet de faire émerger de nouvelles théories et concepts au-delà de la simple analyse des expériences. Comme la méthode de la théorie ancrée est axée sur la génération de nouvelles théories à partir des données elles-mêmes, plutôt que sur la validation de théories existantes, cela en fait une approche privilégiée pour développer de nouvelles perspectives théoriques et conceptuelles sur un modèle d'intervention parentale précoce à la suite d'une exposition traumatique chez un adolescent basé sur une connaissance des facteurs de risque et de protection perçus par les parents. De plus nous avons voulu comprendre les dynamiques complexes dans deux contextes culturels et sociaux différents, et la méthode de la théorie ancrée permet également d'explorer les interactions et les dynamiques entre les individus, les institutions et les structures sociales qui les entourent (Chapman et al, 2015).

Il est important de noter que la méthode de la théorie ancrée se distingue par son orientation participative (Charmaz, 2006 ; Chapman et al, 2015), dans laquelle les participants jouent un rôle central à plusieurs niveaux du processus de recherche que nous citons ci-dessous et que nous détaillerons dans chaque section dédiée de ce chapitre :

- L'implication des participants : La théorie ancrée est une méthodologie inductive où les théories émergent directement des données recueillies auprès des participants. L'approche inductive se construit progressivement à partir des expériences, des perceptions, et des témoignages des participants. Dans ce cadre, les participants ne

sont pas simplement des sujets d'étude, mais des co-constructeurs du savoir, car leurs expériences et points de vue sont intégrés dans la génération de la théorie.

- Le participant au cœur de la recherche : L'une des caractéristiques fondamentales de la recherche participative est que les participants influencent non seulement les résultats, mais également les questions de recherche, les méthodes de collecte de données, et l'interprétation des données. Dans notre étude, les participants ont été directement impliqués à plusieurs étapes clés dont le développement du guide d'entretien et la discussion et l'interprétation des résultats.

Cette interaction continue avec les participants tout au long du processus de recherche renforce la validité des résultats et illustre la dimension participative de l'étude. La théorie ancrée, en tant qu'approche, est intrinsèquement participative car elle nécessite l'engagement actif des participants pour co-construire les théories qui émergent des données. Ainsi, dans ce cadre, la méthodologie qualitative que nous avons adoptée va au-delà de la simple collecte de données auprès des participants ; elle intègre leurs perspectives et retours dans chaque étape cruciale du processus de recherche.

## 2) Construction du projet de recherche

Nous avons construit notre projet de recherche en collaboration avec différents acteurs :

- L'équipe des urgences pédiatriques, du Groupe Enfance en Danger et de l'Unité d'Accueil Pédiatrique Enfants en Danger (UAPED) de Montpellier. Les UAPED sont des unités initialement développées par l'association La Voix de l'Enfant, anciennement appelées Unités d'Accueil Médico-Judiciaires Pédiatriques (UAMJP). Elles ont été repensées et remaniées pour répondre aux besoins des mineurs victimes, dont la parole doit être recueillie par des professionnels formés, dans un lieu sécurisant, protecteur et aménagé à cet effet. Le second plan interministériel de lutte contre les violences faites aux mineurs prévoit dans ce but, dans sa mesure 6, de déployer les UAPED sur tout le territoire français (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021). L'UAPED est un lieu unique permettant de coordonner les principaux volets de la prise en charge : pédiatrique, médico-

légale, sociale et juridique avec une salle d'audition filmée. L'approche proposée a pour objectif de coordonner trois dimensions : soins, nécessité de la procédure pénale, protection, le tout dans le cadre de l'évaluation du mineur victime. L'Unité d'accueil pédiatrique pour l'enfance en danger a pour but de prévenir, d'accueillir et écouter, soigner et porter assistance aux enfants victimes de violences graves, de maltraitance ou de négligences. Nous avons donc contacté les équipes des urgences, du GED, et de l'UAPED, pour les informer de notre projet et les impliquer dès le début dans la construction du projet. Même si notre étude excluait les familles où il y avait une suspicion de maltraitance et/ou d'abus de la part de l'un des deux parents, elle incluait les enfants victimes d'agression sexuelle (hors du cadre familial). Comme ces enfants pouvaient passer par les UAPED dans le cadre d'une plainte judiciaire, il nous semblait important de sensibiliser les acteurs de l'UAPED sur notre travail. Ceci d'autant plus que ce sont des acteurs cibles pouvant déployer des interventions post-traumatiques précoces pour renforcer le support parental chez le parent non maltraitant. De même les équipes des urgences pédiatriques ont été informées du projet comme elles allaient constituer une modalité de recrutement des familles sur le site de Montpellier. Des réunions régulières de coordination et de concertation se sont tenues avec ces équipes.

- Les psychiatres et les psychologues des deux services de Médecine Psychologique de l'Enfant et de l'Adolescent du CHU de Montpellier, le service de Saint-Eloi (Professeur Diane Purper-Ouakil) et le service de Peyre Plantade (Professeur Amaria Baghdadli). Ces professionnels allaient être également impliqués dans les modalités de recrutement des familles sur le site de Montpellier. Ils ont été donc régulièrement rencontrés pour des réunions de concertation, discussion du projet, des critères d'inclusion/exclusion, discussion des meilleurs moyens d'orientation, avis sur les guides d'entretien (voir section recrutement et développement du guide d'entretien).
- Les psychiatres et l'équipe soignante du Service de Psychiatrie de l'Hôtel-Dieu de France de Beyrouth. Ces professionnels ont été rencontrés pour discuter également du recrutement des familles sur le site de Beyrouth, avis pour le guide d'entretien en arabe, discussion des meilleurs moyens d'orientation et les critères d'inclusion/exclusion.

- Embrace Lebanon. Embrace est une ONG locale validée par le Ministère Libanais de la Santé (<https://embracelebanon.org/>) pour le suivi psychothérapeutique et psychiatrique des enfants, adolescents et adultes et où les consultations sont accessibles et gratuites. Nous avons contacté cette ONG et mené des réunions de concertation avec l'équipe car Embrace a accepté de collaborer avec nous pour les situations de parents sur le site de Beyrouth qui présenteraient lors de l'entretien initial de vérification des critères d'inclusion/exclusion, des idées suicidaires ou une détresse émotionnelle sévère. Ils étaient alors orientés en urgence pour suivi psychiatrique/psychologique sans payer de frais à l'ONG Embrace, le système de santé au Liban étant privatisé et coûteux, et les services publics peu accessibles notamment en santé mentale. Les coordonnées de l'ONG Embrace étaient également mentionnées comme ressource potentielle sur la feuille de consentement pour les parents du site de Beyrouth, si jamais ils ressentaient le besoin de consulter pour eux-mêmes ou leurs enfants.
- Research Clinical Institute ou Institut Clinique de Recherche du Département de Médecine Interne de l'Université Américaine de Beyrouth à travers le Professeur Martine ElBejani, qui a aidé à la construction de la méthodologie, des guides d'entretiens et de l'analyse. Cette collaboration nous a également permis d'avoir des interlocuteurs locaux pour la recherche à Beyrouth, connaissant la réalité du terrain.
- Les professeurs Carrie Epstein et Steven Marans du Child Study Center de la Faculté de Médecine de l'Université de Yale. Ce sont les fondateurs de la CFTSI décrite dans la section IV.1.c de la partie Contexte et Rationnel, qui a émergé de notre revue de littérature comme la seule intervention familiale validée pour la gestion des symptômes de stress posttraumatique aigu et la prévention du PTSD dans les suites d'une exposition traumatique chez les enfants et les adolescents âgés entre 7 et 17 ans. Sept professionnelles (psychiatre, psychologues, infirmières), dont moi-même, du service de médecine psychologique de l'enfant et de l'adolescent du CHU de Montpellier sont déjà formées par Carrie Epstein à cette intervention brève structurée qui doit être implémentée dans les 90 jours suivant une exposition traumatique chez l'enfant et l'adolescent. De même, quatre professionnelles de l'ONG libanaise Embrace ont été formées à la CFTSI. Face à

la perspective de développer un modèle conceptuel des facteurs de risque et de protection familiaux et parentaux suite à l'exposition traumatique de l'adolescent, qui pourrait enrichir la CFTSI en augmentant l'adhésion des parents et leurs capacités de soutien afin qu'ils puissent implémenter les stratégies apprises dans la CFTSI, nous avons donc consulté les fondateurs de la CFTSI. En effet, la CFTSI est centrée sur les symptômes individuels manifestés par l'enfant et nous avons constaté empiriquement un taux élevé d'arrêt ou d'abandon parmi les familles, lorsque les parents n'étaient pas dans une disposition de soutien autour de l'enfant. Notre étude visant principalement à élaborer des moyens d'intervention pour améliorer cette disposition de soutien en ciblant les facteurs pouvant la faciliter ou l'entraver, nous avons donc proposé à Carrie Epstein et Steven Marans cette collaboration pour une éventuelle adaptation contextuelle de la CFTSI dans les perspectives ultérieures de cette thèse.

### 3) Autorisations

Le Comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier a accordé une autorisation éthique pour cette étude sur le site de Montpellier. Le Comité d'Éthique de l'Hôpital Hôtel-Dieu de France de Beyrouth a accordé une autorisation éthique pour l'étude sur le site de Beyrouth, dossier CEHDF 1904.

## II. PHASE DE RECRUTEMENT

### 1) Sur le site de Montpellier

Le recrutement et la collecte de données se sont déroulés de façon concomitante de décembre 2021 à juillet 2022 dans le service de Médecine Psychologique de l'Enfant et de l'Adolescent, à l'Hôpital Saint-Eloi, au CHU de Montpellier. Les participants ont été recrutés selon un échantillonnage raisonné (*purposive sampling*) ciblant les parents d'adolescents âgés de 11 à 16 ans qui ont été exposés au cours des trois derniers mois à un événement traumatique. La définition d'un événement traumatique adoptée dans notre étude était celle du Manuel Diagnostique et Statistique des Maladies Mentales, 5<sup>ème</sup> version (DSM-5), exigeant une "exposition personnelle directe, le fait d'être témoin en personne d'un traumatisme affectant autrui (et non uniquement par le biais des médias et/ou réseaux sociaux), et/ou une exposition



*indirecte à travers l'expérience traumatique d'un membre de la famille, à un événement impliquant un décès réel ou une menace de mort, des blessures graves ou des violences sexuelles"* (American Psychological Association, 2013). Cette définition exclut les événements stressants ne comportant pas de menace immédiate pour l'intégrité physique et/ou psychique, tels que les facteurs de stress psychosociaux (divorce parental, séparation amoureuse, deuil non traumatique) et les maladies graves non aiguës et non soudaines, même celles mettant la vie en danger, telles que le cancer en phase terminale (North et al, 2009). Les exemples d'évènements traumatiques comprennent sans vouloir être exhaustif, la violence physique et les agressions sexuelles, la violence communautaire ou scolaire, les accidents graves, les catastrophes naturelles, le terrorisme, la perte soudaine et/ou violente d'un être cher, l'exposition à la guerre et aux conflits armés.

Le choix d'un échantillonnage raisonné ou sélectif est justifié dans une méthodologie qualitative quand on souhaite accéder à un sous-ensemble particulier de personnes, où tous les participants sont sélectionnés pour correspondre à un profil spécifique (Stratton, 2024). Ce genre d'échantillonnage non probabiliste est approprié dans les études qualitatives où le chercheur est intéressé à avoir un échantillon qui reflète les caractéristiques et la richesse du contexte et / ou de la population cible (dans ce cas, les parents d'adolescents exposés à des évènements traumatiques) plutôt qu'un échantillon représentatif de la population générale.

Le choix d'un échantillonnage raisonné, se justifie donc de plusieurs manières (Campbell et al, 2020)

- Représentativité des participants par rapport à l'objectif de l'étude : L'échantillonnage raisonné permet de sélectionner des participants qui représentent bien la population étudiée. Dans ce cas, en ciblant spécifiquement les parents d'adolescents exposés à des événements traumatiques récents, on s'assure de recueillir des données pertinentes auprès des personnes directement concernées par le sujet de l'étude.
- Profondeur et richesse des données : En choisissant délibérément des participants en fonction de leur expérience spécifique (dans ce cas, l'exposition récente des adolescents à des événements traumatiques), on peut s'attendre à obtenir des données riches et

approfondies sur les perceptions, les émotions et les expériences vécues par ces parents. Cela permet une exploration en profondeur des thèmes et des questions de recherche.

- Accès aux informations pertinentes : L'échantillonnage raisonné permet aux chercheurs d'accéder plus facilement aux participants qui possèdent les informations pertinentes pour répondre aux questions de recherche. En se concentrant sur les parents d'adolescents ayant récemment vécu des événements traumatiques, on maximise les chances d'obtenir des informations directement liées aux objectifs de l'étude.
- Gestion du temps et des ressources : Dans une étude qualitative, le processus de collecte et d'analyse des données peut être intensif en termes de temps et de ressources. L'échantillonnage raisonné permet de concentrer ces ressources sur les participants les plus pertinents pour répondre aux questions de recherche, ce qui peut rendre le processus plus efficace.

En résumé, le choix d'un échantillonnage raisonné a permis de sélectionner délibérément des participants qui sont les plus susceptibles de fournir des informations riches et pertinentes sur les perceptions et les expériences des parents d'adolescents exposés à des événements traumatiques récents. Cela garantit une exploration en profondeur du sujet et une utilisation efficace des ressources disponibles.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être le parent d'un enfant entre 11 et 16 ans ayant été exposé dans les trois derniers mois à un événement traumatique selon la définition du DSM5.
- Savoir parler, lire et écrire en français.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Suspicion de négligence ou de maltraitance infantile par l'un des deux parents. Dans ce cas, des considérations éthiques nous auraient empêché de mener un entretien qualitatif car l'urgence était de faire un signalement et de déclencher une procédure pour protéger l'enfant.

- Suspicion de violence domestique et/ou conjugale. Pour les mêmes raisons citées pour

le 1<sup>er</sup> critère, la priorité dans ce cas serait d'orienter la personne victime vers des ressources d'aide appropriées.

- Présence d'un épisode psychiatrique parental aigu, détresse émotionnelle sévère, et/ou idées suicidaires chez le parent. Dans ce cas, des considérations éthiques nous auraient empêché de mener un entretien qualitatif car l'urgence était de pouvoir orienter le parent pour une prise en charge psychiatrique appropriée. Mener un entretien en profondeur dans ces conditions peut au contraire aggraver l'état émotionnel de la personne et la déstabiliser. En effet, ce genre d'entretien peut impliquer une évocation d'expériences douloureuses ce qui peut entraîner des manifestations émotionnelles négatives difficiles à gérer pour une personne en crise.

- Parents d'enfants ayant déjà été suivis par le chercheur principal (Kerbage) en tant que pédopsychiatre référent. Ce critère d'exclusion a été décidé afin d'éviter la confusion de rôles entre chercheur et clinicien pour les parents et pour l'auteure de cette thèse, qui devait pouvoir mener l'entretien sans être impactée par la connaissance antérieure de la dynamique familiale qui aurait pu influencer son analyse de leur situation actuelle.

Le recrutement des participants s'est fait par le biais du service des urgences pédiatriques et des professionnels de santé mentale (psychologues et/ou psychiatres) consultant dans les deux services de Médecine Psychologique de l'Enfant et de l'Adolescent du CHU de Montpellier (Service du Professeur Baghdadli et service du Pr Purper-Ouakil). Les professionnels pouvaient nous orienter des parents éligibles à chaque fois qu'ils identifiaient dans leur pratique une exposition traumatique récente chez leurs patients, que ce soit en tant que plainte principale lors d'une consultation initiale ou au cours du suivi d'un enfant connu et traité pour un autre motif ou pour un diagnostic précis. Les pédiatres des urgences et les professionnels de santé mentale ont été rencontrés au préalable par moi-même pour bien expliquer le but et les procédures de l'étude. Plusieurs discussions ont eu lieu avec les professionnels pour savoir repérer les parents éligibles et ne pas oublier d'identifier et de dépister une exposition traumatique récente. Des mails de relance ont été envoyés. Cette procédure de recrutement a été facilitée par la participation du Service de Psychiatrie de l'Enfant

et de l'Adolescent et du Service des urgences pédiatriques au réseau régional des structures de santé pédiatriques ainsi que par des réunions hebdomadaires de l'équipe lors desquelles on pouvait discuter de l'admissibilité à l'inscription et de l'inclusion. Les parents volontaires et intéressés par l'étude qui ont consenti à être contactés ont été appelés par le chercheur principal afin de fixer une première rencontre pour recueillir leur consentement et vérifier les critères d'inclusion/exclusion.

## 2) Sur le site de Beyrouth

Le recrutement et la collecte de données se sont déroulés de façon concomitante de novembre 2021 à avril 2022. Les participants ont été recrutés selon un échantillonnage raisonné suivi d'un échantillonnage en boule de neige, ciblant les parents d'adolescents âgés de 11 à 16 ans ayant été exposés au cours des trois derniers mois à un événement traumatique. La définition d'un événement traumatique était la même que celle adoptée sur le site de Montpellier, à savoir la définition correspondant aux critères du DSM-5 (APA, 2013).

Le recrutement des participants a été initialement effectué par le biais de psychiatres et de psychologues travaillant à Beyrouth, via la Société Libanaise de Psychiatrie et l'Association Libanaise de Psychologie. Nous avons contacté par courriel les professionnels inscrits dans les deux associations, leur expliquant le but de l'étude et leur demandant de recruter parmi leurs patients à chaque fois qu'ils rencontraient dans leur pratique une exposition traumatique récente chez un adolescent âgé de 11 à 16 ans, que ce soit comme plainte principale lors d'une consultation initiale, ou lors d'une consultation de suivi chez un enfant suivi pour un autre motif ou diagnostic préalable, ou même lors du suivi d'un parent. Les psychiatres inscrits à la Société Libanaise de Psychiatrie et les psychologues inscrits à l'Association Libanaise de Psychologie incluaient en effet des professionnels travaillant à la fois avec les adultes et/ou les enfants et adolescents. Nous avons tenu des réunions en ligne fréquentes avec les professionnels en santé mentale qui nous ont renvoyé un mail et ont montré de l'intérêt pour l'étude et une volonté d'aider à recruter des participants. Nous avons informé les professionnels sur le dépistage des parents éligibles et leur avons expliqué les objectifs et les procédures de l'étude. Nous avons personnellement suivi par téléphone les professionnels qui avaient des questions sur les critères

d'éligibilité. De plus, nous avons rencontré lors d'un séjour à Beyrouth les psychiatres du service de psychiatrie de l'Hôpital Universitaire Hôtel-Dieu de France durant leur staff hebdomadaire de service afin de leur expliquer le but de l'étude s'ils souhaitaient aider au recrutement de participants éligibles. Nous avons ensuite contacté les parents volontaires orientés par les professionnels pour recueillir leur consentement et vérifier les critères d'inclusion/exclusion lors d'un entretien en ligne.

Nous avons ensuite utilisé l'échantillonnage en boule de neige avec les participants pour recruter d'autres parents éligibles qui auraient autrement été omis car ne bénéficiant pas de soins de santé mentale. L'échantillonnage en boule de neige a été justifié par la nécessité de recruter auprès d'une population difficile à atteindre (Faugier & Sargeant, 1997).

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être le parent d'un enfant entre 11 et 16 ans ayant été exposé dans les trois derniers mois à un évènement traumatique selon la définition du DSM5.
- Savoir parler, lire et écrire en arabe levantin (libanais).

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Suspicion de négligence ou de maltraitance infantile par l'un des deux parents. Dans ce cas, des considérations éthiques nous auraient empêché de mener un entretien qualitatif car l'urgence était de faire un signalement et de déclencher une procédure pour protéger l'enfant.

- Suspicion de violence domestique et/ou conjugale. Pour les mêmes raisons citées pour le 1<sup>er</sup> critère, la priorité dans ce cas serait d'orienter la personne victime vers des ressources d'aide appropriées.

- Présence d'un épisode psychiatrique parental aigu, détresse émotionnelle sévère, et/ou idées suicidaires chez le parent. Dans ce cas, des considérations éthiques nous auraient empêché de mener un entretien qualitatif car l'urgence était de pouvoir orienter le parent pour une prise en charge psychiatrique appropriée. Mener un entretien en profondeur dans ces conditions peut au contraire aggraver l'état émotionnel de la personne et la déstabiliser. En

effet, ce genre d'entretien peut impliquer une évocation d'expériences douloureuses ce qui peut entraîner des manifestations émotionnelles négatives difficiles à gérer pour une personne en crise.

- Parents ayant déjà été suivis par le chercheur principal (Kerbage) que ce soit pour eux-mêmes ou pour leur enfant en tant que psychiatre référent. En effet, l'auteure de cette thèse a déjà exercé à Beyrouth en tant que psychiatre dans le service de psychiatrie de l'hôtel-Dieu de France et en cabinet privé de juillet 2013 à octobre 2020, et il aurait été possible d'avoir suivi des familles résidant à Beyrouth. Ce critère d'exclusion a été décidé afin d'éviter la confusion de rôles entre chercheur et clinicien. De plus, le chercheur principal devait pouvoir mener l'entretien sans être impactée par la connaissance antérieure de la dynamique familiale qui aurait pu influencer son analyse de leur situation actuelle.

### **III. PHASE DE COLLECTE DE DONNEES**

#### **1) Développement du guide d'entretien**

Nous avons utilisé des entretiens semi-structurés approfondis pour comprendre les expériences subjectives, les perspectives parentales et le processus de construction de sens à son vécu (Hennink & Bailey, 2011). Le guide d'entretien a été élaboré en utilisant à la fois une approche conceptuelle déductive et inductive. Initialement, le guide d'entretien a été conçu de manière déductive en se basant sur la littérature existante, même si non abondante, sur les perceptions parentales autour du traumatisme de l'enfant et les stratégies parentales d'adaptation; le changement perçu dans les styles de parentalité; les interactions parents-enfants suite aux réactions de stress traumatique de l'enfant; les réponses parentales spécifiques au traumatisme de l'enfant; et les besoins perçus par les parents dans la période péri-traumatique (Gil-Rivas & Kilmer, 2013 ; Cobham & McDermott, 2014 ; Stallard et al, 2001 ; Foster et al, 2017 ; Røkholt et al, 2016). De plus, la version libanaise du guide d'entretien a aussi incorporé de manière déductive la littérature existante sur les réactions parentales et les styles parentaux dans des contextes de crise multiple (Eltanamly et al, 2022; Sim et al., 2018). Des questions ont été développées pour explorer les thèmes déjà identifiés dans la littérature, même s'il existe peu de données sur le sujet. Ensuite, deux réunions de concertation ont eu lieu

sur chaque site avec des psychiatres et des psychologues pour enfants et adolescents pour discuter de cette version initiale du guide d'entretien :

- Sur le site de Montpellier, discussion à la fin du staff hebdomadaire d'équipe sur les questions du guide d'entretien avec les psychiatres et psychologues du service de Médecine Psychologique de l'Enfant et de l'Adolescent.
- Sur le site de Beyrouth, organisation de deux réunions en visioconférence avec les professionnels volontaires des deux Sociétés de Psychiatrie et de Psychologie, pour avoir leur feedback sur le guide d'entretien.

Le guide d'entretien initial a ensuite été testé avec un petit groupe de participants (n=5) et ajusté en fonction de leurs retours. Les ajustements ont consisté à reformuler certaines questions, notamment concernant la perception des facteurs de risque et de protection, afin de les rendre plus ouvertes et moins directives, pour recueillir autant d'informations que possible. Le guide d'entretien a ensuite été traduit en arabe levantin pour le site du Liban.

Cette version initiale commençait par un court questionnaire socio-démographique et explorait ensuite 4 sujets principaux de manière ouverte :

- Expérience et communication avec l'enfant au décours de l'exposition/révélation traumatique.
- Perception des facteurs de risque altérant les capacités de soutien parentales.
- Perception des facteurs de protection renforçant les capacités de soutien parentales.
- Besoins psychosociaux perçus.

L'approche inductive a ensuite consisté à revoir de manière itérative le guide après chaque entretien effectué de manière à apporter des révisions supplémentaires selon le matériel recueilli pour affiner les questions. En effet, pour rester cohérent avec l'approche de la théorie ancrée qui est une approche inductive, le guide d'entretien (Marvasti, 2010), servait de fil conducteur mais n'était en aucun cas utilisé comme une liste de questions obligatoires. Il s'est avéré que plusieurs thématiques, qui seront présentées dans les résultats et discutées ensuite, n'étaient pas du tout abordées dans le guide d'entretien et ont émergé des entretiens

et de l'analyse même sans qu'on ait spécifiquement demandé à propos de ces thématiques.

## 2) Déroulement des entretiens

Un entretien semi-structuré d'une durée moyenne de 60 à 90 minutes a été mené avec chaque participant. Sur le site de Montpellier, les participants pouvaient choisir entre un entretien en personne dans le bureau de l'investigatrice principale (Kerbage) dans un environnement calme et confidentiel, ou un entretien en ligne. L'option d'un entretien en ligne était suggérée au cas où cela serait plus pratique pour les parents en termes d'emploi de temps et de logistique de transport, ainsi qu'en raison des restrictions sanitaires liées à la Covid-19. Au moment de la collecte des données, le confinement avait été levé en France, mais des mesures préventives étaient toujours obligatoires, telles que le port du masque et la distanciation sociale.

Sur le site de Beyrouth, tous les entretiens ont été menés en ligne sur la plateforme zoom. Comme le chercheur principal est basé à Montpellier, faire des voyages fréquents à Beyrouth était difficilement envisageable, notamment à cause de la crise du Covid-19 qui était toujours en cours lors de la période de collecte des données. Si le confinement avait été levé en France, il était toujours de vigueur au Liban. L'option d'un entretien en ligne permettait aussi aux parents sur le site de Beyrouth vivant dans un contexte d'adversité et de crise cumulative multiple, d'être plus confortable dans le choix des horaires et de ne pas avoir à effectuer un transport avec la crise financière de l'essence.

Nous avons laissé le choix aux participants pour les dates et les horaires des entretiens en essayant de nous adapter autant que possible à leurs préférences, afin de garder une position horizontale dans cette recherche participative et que ce ne soit pas confondu avec un rendez-vous clinique dans la perception des participants.

Chaque participant se voyait offrir la possibilité d'un deuxième entretien, d'une durée de 20 à 30 minutes, afin de faire le suivi de l'impact éventuel du premier entretien sur leur état émotionnel, de permettre une exploration plus approfondie de leur expérience et de recueillir leurs commentaires.



Bien que semi-structurés, les entretiens étaient ouverts dans leur style de questions pour comprendre les expériences subjectives des parents (Marvasti, 2010 ; Morse, 2012). Initialement, le chercheur principal invitait les participants à partager leurs expériences en posant la question d'ouverture suivante : "Pouvez-vous me parler de votre expérience depuis que votre enfant a été exposé à l'événement traumatique ?" avant de rechercher des informations supplémentaires en suivant le guide d'entretien semi-structuré. Cependant, lorsque les participants abordaient des sujets intéressants, même s'ils n'étaient pas mentionnés dans le guide d'entretien, le chercheur laissait le participant déterminer le flux d'informations en posant des questions de suivi, telles que "Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet ?" et "Comment avez-vous vécu cela ?" etc...(Johnson, 2001) ou en utilisant des mots-clés tels que soutien social, adaptation, traumatisme, soutien familial, soutien scolaire. Tous les entretiens ont été menés en français sur le site de Montpellier et en arabe levantin (libanais) avec les participants de Beyrouth. Ceci a été facilité par le fait que le chercheur principal, auteur de cette thèse, soit bilingue. Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participants.

#### **IV. ASPECTS ETHIQUES**

Tous les participants ont signé un formulaire de consentement écrit (disponibles en annexes). Toutes les données ont été rendues anonymes et les enregistrements ont été détruits après l'analyse. Les participants ont été informés de leur droit de se retirer de l'étude et d'interrompre l'entretien à tout moment. Tous les participants ont reçu des coordonnées à contacter pour obtenir un soutien émotionnel de suivi et/ou une consultation avec un professionnel en santé mentale, pour eux-mêmes ou pour leur enfant, s'ils le souhaitaient. Les répondants ont également eu la possibilité de recevoir un résumé des résultats et de les discuter avec le chercheur principal si telle était leur demande.

Lors de la réunion initiale d'explication et recueil de consentement, le chercheur principal a soigneusement et cliniquement évalué les participants pour détecter tout signe de détresse émotionnelle grave, d'épisode psychiatrique aigu, et/ou d'idées suicidaires. Cette évaluation était clinique et n'était pas basée sur un questionnaire précis. Dans ce cas, les parents ont été exclus de l'étude pour éviter toute exacerbation de leur état de santé mentale qui aurait

pu être causée par le récit d'expériences traumatisantes. Ils ont été alors orientés vers les services de santé mentale appropriés.

Concernant l'échantillonnage en boule de neige qui a été nécessaire sur le site de Beyrouth, afin d'augmenter l'accès à la population cible, contrairement à Montpellier où les urgences pédiatriques ont pu constituer une voie de recrutement efficace, plusieurs mesures ont été prises pour garantir la confidentialité du processus. Premièrement, lors du recueil du consentement, le chercheur principal a informé les participants qu'ils seraient invités à fournir les noms d'autres participants potentiels, mais qu'ils avaient le droit de refuser de fournir cette information. Deuxièmement, si les participants étaient disposés à donner d'autres noms, le chercheur principal leur demandait d'obtenir l'autorisation de ces personnes avant de divulguer leurs coordonnées. Le chercheur principal a donc personnellement suivi par téléphone les participants qui étaient disposés à le faire, pour vérifier si le participant potentiel avait accepté de partager ses coordonnées. Le sujet référé/potentiel n'a donc pas été contacté directement sans permission, et nous n'avons pas eu accès à des informations sur un sujet potentiel sans permission de cette personne. Tous les participants orientés par le biais des professionnels ont exprimé leur volonté et leur motivation de demander la permission à plusieurs personnes qu'ils connaissaient pour être contactés, croyant que cela les aiderait à discuter de leurs expériences. La plupart ont même présumé que ces participants potentiels consentiraient à être contactés même sans être sollicités au préalable, mais nous avons expliqué qu'il serait préférable d'obtenir leur consentement avant de les contacter. Cette ouverture et disposition à partager des informations de manière collective font écho à des recherches antérieures montrant que dans certains contextes, les codes éthiques occidentaux de consentement éclairé et de confidentialité peuvent ne pas toujours être alignés avec les normes des groupes sociaux centrés sur la communauté et le mode de partage collectif (Zaman & Nahar, 2011). Pour éviter de recruter plusieurs parents à partir de la même famille initiale par l'échantillonnage en boule de neige, nous avons décidé de recruter uniquement une famille "boule de neige" par famille initiale. Cette approche a réduit le biais potentiel dans la représentativité qui pouvait découler du recrutement de tous les parents par échantillonnage en boule de neige à partir du même réseau social et a été suffisante pour nous permettre d'atteindre la saturation des données.

## V. ANALYSE DES DONNEES

Les entretiens ont été retranscrits intégralement dans la langue dans laquelle ils ont été menés, en arabe pour les participants libanais et en français pour les participants français, puis anonymisés en remplaçant les noms par des codes fonctionnels. Nous avons utilisé une approche de la théorie ancrée pour élaborer un modèle conceptuel des facteurs de risque et de protection impactant la parentalité à la suite de l'exposition récente des adolescents à un évènement traumatisant dans deux contextes sociaux différents, qui servirait de base à un modèle d'intervention parentale (Charmaz, 2006). Cependant, l'analyse thématique a été aussi utilisée pour identifier les thèmes émergents à partir des données recueillies (Braun & Clarke, 2006). Nous avons employé cette approche combinée de la théorie ancrée et de l'analyse thématique, en nous appuyant sur les recommandations de Braun et Clarke (2023) concernant les bonnes pratiques en recherche qualitative, notamment dans les contextes de recherche qualitative en santé. En intégrant le cadre systématique de la théorie ancrée pour le développement théorique avec la flexibilité de l'analyse thématique pour identifier les motifs et les thèmes émergents, nous avons cherché à obtenir une compréhension plus complète des données. Cette approche a permis de générer des perspectives théoriques tout en garantissant une analyse rigoureuse et systématique des thèmes, renforçant ainsi la rigueur méthodologique de notre étude.

En effet, dans leur article de 2023, Braun et Clarke proposent une approche méthodologique qui combine la théorie ancrée (grounded theory) comme modèle conceptuel d'analyse et l'analyse thématique (thematic analysis) comme moyen d'analyse utilisée. Les arguments principaux de Braun et Clarke (2023) pour combiner ces deux approches sont les suivants :

- Flexibilité et Adaptabilité : L'article met en avant la flexibilité et l'adaptabilité de l'analyse thématique, ce qui la rend adaptée à différents contextes de recherche, y compris les recherches qualitatives en santé. Cette flexibilité permet aux chercheurs d'adapter l'analyse à la question de recherche spécifique et à l'ensemble de données. En revanche, la théorie ancrée fournit un cadre systématique pour le développement théorique. La

combinaison de ces approches permet aux chercheurs de bénéficier de la flexibilité de l'analyse thématique tout en utilisant l'approche systématique de la théorie ancrée.

- **Richesse et Profondeur** : Braun et Clarke soulignent l'importance de produire des analyses riches et détaillées dans la recherche qualitative. En utilisant à la fois la théorie ancrée et l'analyse thématique, les chercheurs peuvent obtenir une compréhension plus complète des données, ce qui se traduit par des résultats plus riches et nuancés. La théorie ancrée aide les chercheurs à approfondir les données pour développer des perspectives théoriques, tandis que l'analyse thématique permet l'identification des thèmes et sous-thèmes qui enrichissent l'analyse.
- **Rigueur Méthodologique** : L'article aborde l'importance de la rigueur méthodologique dans la recherche qualitative, notamment la transparence, la réflexivité et l'analyse systématique. En intégrant la théorie ancrée et l'analyse thématique, les chercheurs peuvent renforcer la rigueur de leur étude en utilisant plusieurs approches analytiques et en garantissant une analyse approfondie et systématique des données.

En résumé, la théorie ancrée est une méthode qualitative qui vise à générer des théories à partir des données elles-mêmes, plutôt que d'appliquer une théorie préexistante aux données. Cela implique généralement un processus itératif où les chercheurs codent les données de manière inductive pour identifier des concepts et des relations, puis développent progressivement une théorie qui émerge des données. D'autre part, l'analyse thématique est une méthode d'analyse qualitative qui consiste à identifier, analyser et interpréter les thèmes ou motifs récurrents dans les données. Contrairement à la théorie ancrée, l'analyse thématique ne vise pas à développer une théorie, mais plutôt à explorer et à décrire les schémas significatifs présents dans les données. Nous avons intégré ces deux approches dans notre analyse en utilisant la théorie ancrée pour générer des concepts à partir des données, puis en appliquant une analyse thématique pour organiser et interpréter ces concepts en thèmes significatifs. Cette combinaison nous a permis d'explorer à la fois les données de manière inductive et de dégager des schémas thématiques plus larges, donnant ainsi une plus grande rigueur à notre analyse qualitative.

L'analyse des données et la collecte ont été menées simultanément, selon un processus itératif et réflexif. Ceci nous a également permis de conclure le recrutement dès l'atteinte de la saturation des données (Saunders et al., 2018). Les données ont été soumises à un processus de codage récursif en plusieurs étapes, impliquant la compilation, la déconstruction et la reconstruction selon la méthode d'analyse thématique développée par Braun & Clarke en 2006. Après une immersion répétée dans les retranscriptions pour obtenir des insights analytiques, en lisant et en annotant les transcriptions, l'auteur principal (Kerbage) et un deuxième chercheur non impliqué dans la collecte de données de l'Université Américaine de Beyrouth, avons effectué indépendamment un codage inductif initial des retranscriptions. Les deux chercheurs sont bilingues.

Ce codage initial a été réalisé en fracturant les données par un codage ligne par ligne des transcriptions, puis en regroupant les codes initiaux pour former des catégories conceptuelles. Un cadre de codage initial a été développé en utilisant les catégories conceptuelles émergentes et a été affiné de manière itérative à la suite de discussions entre les chercheurs de l'équipe encadrante. Les données ont été recodées en utilisant le cadre de codage, et le modèle conceptuel résultant est apparu de la liaison des catégories entre elles. Le cadre de l'étude a été construit selon une approche ascendante, formée autour des thèmes clés émergeant des données (Braun & Clarke, 2006), englobant des thèmes généraux divisés en sous-thèmes. L'analyse a réalisé des comparaisons au sein de chaque thème et sous-thème pour identifier les similitudes, les différences et les patterns émergents.

Nous avons utilisé le logiciel NVivo 10 pour faciliter l'assemblage et le codage des retranscriptions des entretiens français, mais son utilisation pour les entretiens arabes s'est révélée ardu à cause de l'écriture droite à gauche en arabe et des confusions créées dans le logiciel pour le codage par cette différence d'écriture. Les entretiens en arabe ont été donc codés manuellement selon la manière classique. Les citations choisies pour illustrer les thèmes émergents du site de Beyrouth ont été alors traduites de l'arabe en français, en en anglais pour les articles.

Nous avons décidé de transmettre une idée générale sur la fréquence des thèmes et

sous-thèmes lors de la présentation des résultats, tout en reconnaissant que la quantification des résultats dans les études qualitatives doit être interprétée avec prudence et n'est pas nécessairement significative (Braun & Clarke, 2023). Pour vérifier l'exactitude et la crédibilité de notre analyse, nos résultats préliminaires ont été présentés à cinq participants de chaque site. Leurs commentaires étaient consistants avec les conclusions générales de l'étude telles que déterminées par l'équipe de recherche.

## **VI. ACCESSIBILITE DES DONNEES**

Les retranscriptions des entretiens contenant des informations sensibles et confidentielles, notamment en ce qui concerne les agressions sexuelles sur le site français ou les récits de violence de guerre sur le site libanais, ils ne sont pas disponibles publiquement mais peuvent être demandés à l'équipe de recherche si une équipe souhaite refaire l'analyse thématique combinée avec la théorie ancrée sur ce matériel d'entretiens. De même, les annotations et étapes du codage manuel et sur NVivo sont disponibles sur demande et stockées dans un fichier confidentiel sur l'ordinateur de l'investigateur principal, auteure de cette thèse.

## CHAPITRE 4- RESULTATS

---

### I. SITE DE MONTPELLIER

#### 1) Caractéristiques des participants

Pendant toute la période de recrutement, 18 parents ont été référés par les urgences et 26 par des professionnels (psychiatres et/ou psychologues) des deux services de MPEA du CHU de Montpellier (service de l'hôpital Saint-Eloi et service de l'hôpital LaPeyronie), résultant en un total de 44 participants potentiellement éligibles. Parmi ces personnes, 7 ont été exclues pour les raisons suivantes :

- Suspicion de maltraitance de l'enfant par l'un des parents (n=2) ;

Ces deux parents de la même famille ont été référés par le service des urgences à la suite de l'exposition de l'enfant de 11 ans à un accident grave de la voie publique. Cependant l'entretien initial d'évaluation a révélé une suspicion de maltraitance physique intra-familiale. J'ai effectué alors une information préoccupante au Service Départemental et référé l'enfant pour une double consultation pédiatrique et psychiatrique d'urgence.

- Présence de détresse émotionnelle sévère chez les parents et/ou idées suicidaires (n=3);

Ces trois parents de familles différentes ont été référés en urgence pour un suivi psychiatrique en coordination avec le Centre Régional de Psychotraumatisme adulte de l'Hôpital LaPeyronie à Montpellier.

- Parents d'un enfant précédemment suivi par moi-même en tant que psychiatre réfèrent (n=2).

Dans ce cas, la famille a été référée pour un suivi psychologique sur le CRP enfants/adolescents du CHU de Montpellier (Hôpital Saint-Eloi).

Parmi les 37 parents restants, 3 se sont retirés de l'étude sans prévenir en ne se présentant pas au premier entretien, résultant en un total de 34 parents de 25 enfants ayant

participé à l'étude, dont l'âge moyen était de 43,8 ans et comprenant 26 femmes et 8 hommes. La plupart des parents étaient nés en France (n=31), avec trois parents nés dans un autre pays et de nationalité étrangère. Tous les parents étaient titulaires d'un diplôme universitaire.

Les enfants avaient entre 11 et 16 ans et comprenaient 16 filles. Neuf enfants ont eu leurs deux parents interviewés séparément (18 parents) et 16 enfants ont eu un parent interviewé (16 parents). Dans le dernier cas, le second parent a refusé de participer par manque de disponibilité et de temps. Au moment de l'étude, 9 enfants avaient déjà un suivi en psychiatrie et/ou psychothérapie antérieur à l'exposition traumatique, tandis que 3 enfants avaient débuté un suivi depuis l'exposition traumatique. Le type d'événement traumatique largement prédominant était l'exposition à des violences sexuelles. Le tableau 1 détaille les caractéristiques socio-démographiques des enfants et le tableau 2 celles des parents.



**Tableau 1- Caractéristiques socio-démographiques des enfants sur le site de Montpellier**

	Enfants (n=25)
Filles	16
Age (année), intervalle (moyenne)	11-16 (14.7)
<b>Type d'évènement traumatique</b>	
Violence ou agression sexuelle	17
Violence scolaire ou de quartier	4
Accident grave	2
Décès brutal d'un proche	2
<b>Suivi psychiatrique/psychologique avant l'exposition traumatique</b>	9
TDAH	5
Troubles anxieux	2
Troubles dépressifs	0
Difficultés émotionnelles et dysrégulation émotionnelle	1
Troubles du comportement	1
<b>Suivi psychiatrique/psychologique depuis l'exposition traumatique</b>	3
<b>Nationalité française</b>	22
<b>Durée depuis l'exposition traumatique</b>	
0-1 mois	2
1-2 mois	10
2-3 mois	13
<b>Fratrie</b>	
0	2
1	14
2	7
3	2

TDAH : Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

**Tableau 2- Caractéristiques socio-démographiques des parents sur le site de Montpellier**

<b>Caractéristique</b>	<b>Nombre</b>
Femmes	26
Hommes	8
Age (année), intervalle (moyenne)	37- 48 (43,8)
<b>Nationalité:</b>	
Française	31
Tunisienne	2
Anglaise	1
<b>Occupation:</b>	
Profession libérale	8
Employé du secteur public	12
Employé du secteur privé	9
Artisan	5
<b>Situation maritale:</b>	
Mariés ou en couple	25
Séparés/Divorcés	9

Les thèmes et sous-thèmes ayant émergé de notre analyse inductive des perceptions et expériences des parents et leur fréquence d'apparition sont résumés dans le Tableau 3. Les thèmes 1 à 4 sont liés aux conséquences de l'exposition traumatique, tandis que les thèmes 5 et 6 sont liés aux mécanismes auxquels les parents ont eu recours pour faire face à ces répercussions.

## 2) Thème 1. Identification par les parents des symptômes des enfants

Tous les participants ont rapporté un large éventail de problèmes comportementaux et émotionnels qu'ils ont observé chez leur enfant à la suite de l'exposition traumatique.

### a) Sous-thème : Difficultés de régulation émotionnelle

Tous les parents ont signalé un changement dans la capacité de leur enfant à réguler ses émotions et ont remarqué des réponses exagérées aux émotions négatives/désagréables ainsi qu'une humeur irritable. Les comportements d'opposition qui n'existaient pas préalablement à l'évènement traumatique ont également été rapportés, avec un refus de suivre les règles habituelles de la maison, des attitudes de défiance de l'autorité parentale, avec une tendance perçue par les parents chez l'enfant de vouloir provoquer des disputes : « Elle est rapidement frustrée et réagit de manière exagérée. J'ai l'impression qu'elle est toujours en colère [...] » (P2 : 12 ans F). « Je ne la reconnais plus...claquement de portes, insolence, manque de respect... » (P24 : 12 ans F). « Elle ne supporte pas une remarque ou un commentaire et conteste même les règles les plus élémentaires de la maison » (P4 : 14 ans F). « Quand je lui rappelle une règle, il claque des portes et dit des commentaires inappropriés, insolents » (P3 : 11 ans G). « Elle réagit au quart de tour, on ne peut rien lui dire ! Elle n'a jamais été comme ça... » (P30 : 13 ans F). Les parents d'enfants ayant un diagnostic psychiatrique préexistant ont remarqué une aggravation des symptômes habituels : « Il avait déjà des difficultés à réguler ses émotions et sa colère en raison de son TDAH, mais je sens que c'est bien pire maintenant, les médicaments contre le TDAH n'ont plus d'effet » (P16 : 15 ans G). Les parents ont rapporté que leur enfant semblait être dans un état émotionnel négatif persistant : « Elle semble souvent sur le point d'éclater en larmes ou de crier » (P7 : 14 ans F). « J'ai l'impression qu'il est constamment dans un état émotionnel fragile, pleurant soudainement ou explosant de colère » (P22 : 13 ans G). « On dirait

*qu'elle va exploser à tout moment » (P11 : 14 ans F).*

*b) Sous-thème : État d'hypervigilance et troubles de sommeil*

Les parents ont rapporté que leurs enfants vivaient dans un état constant d'hypervigilance: *« Elle sursaute facilement et a peur constamment » (P21 : 13 ans F). « Il semble être toujours aux aguets, vérifiant si quelqu'un marche derrière lui » (P5 : 13 ans G). « Elle bondit au moindre bruit, ne supporte pas des bruits même minimes » (P 18 : 15 ans F).*

Cet état d'hypervigilance était relié par les parents aux problèmes de sommeil très fréquemment rapportés, à type d'insomnie, de difficultés d'endormissement, de réveils nocturnes avec impossibilité de se rendormir : *« Elle reste éveillée beaucoup plus souvent, en faisant défiler son téléphone » (P20 : 16 ans F). « Elle a des problèmes de sommeil et se réveille très tôt...ne peut plus se rendormir du coup elle est tout le temps épuisée ! » (P32 : 13 ans F).* Certains parents ont également rapporté que les cauchemars empêchaient les adolescents de dormir toute la nuit : *« Je sais qu'il fait des cauchemars parce que je l'entends crier la nuit et qu'il se réveille soudainement » (P5 : 13 ans G).* Ces problèmes de sommeil étaient mis en avant comme un vrai handicap, altérant le quotidien de l'enfant et de la famille, et induisant des sentiments d'impuissance chez les parents :

*« Le sommeil, c'est notre grand problème...elle ne peut plus dormir...elle insiste pour garder le téléphone auprès d'elle la nuit, dit que ça la calme, qu'elle peut parler avec ses amis...mais on voit bien que ça ne marche pas ça ne l'aide pas à dormir...alors on a dit ok plus de téléphone dans le lit...ça a été le grand drame mais on a tenu bon...eh bien même problème...elle n'arrive pas à dormir. Et quand je lui demande pourquoi, à quoi elle pense, elle ne veut rien dire. Elle finit toujours par venir dormir avec nous...je sais bien ce n'est pas une solution mais honnêtement, à ce stade, je veux juste qu'elle dorme, car c'est vraiment infernal » (P13 : 12 ans F).*

De façon générale, les parents ont observé que leur enfant oscillait entre des

comportements d'opposition et un rejet de leurs propositions de soutien d'une part, et une forme d'anxiété de séparation et de demande de la présence de leurs parents, surtout au moment du coucher, d'autre part. « *Il veut que je dorme à côté de lui parce qu'il a peur de s'endormir seul... il a peur qu'il lui arrive quelque chose de mal* » (P8 : 12 ans G). « *Je dois aller dans sa chambre toutes les dix minutes jusqu'à ce qu'elle s'endorme, parfois je finis par m'endormir à côté d'elle tellement je suis épuisée* » (P11 : 14 ans F).

Les parents de huit filles ayant subi une agression sexuelle ont observé chez leurs adolescentes un état d'hypervigilance concernant la propreté, se manifestant par des comportements obsessionnels et compulsifs, tels que s'engager dans des rituels de bain ou se laver plusieurs fois par jour. « *Elle passe des heures dans la salle de bain à se laver* » (P4 : 14 ans F). « *Elle doit se laver les mains plusieurs fois par jour à chaque fois qu'elle touche quelque chose [...]* » (P28 : 15 ans F). Ces mêmes parents ont également remarqué que leurs adolescentes voulaient que les choses soient faites toujours d'une certaine manière, sinon elles étaient contrariées et irritées : « *Elle ne supporte pas que les choses ne soient pas faites d'une certaine manière, dans un certain ordre, surtout en ce qui concerne ses effets personnels et ses vêtements* » (P24 : 12 ans F).

### *c) Sous-thème : Isolement et perte d'intérêt*

Certains parents ont observé des attitudes d'isolement chez leur enfant qui n'étaient pas présentes avant l'évènement traumatique, avec une tendance à se retirer dans leur chambre, à se fermer à toute communication, et à éviter l'interaction avec d'autres personnes. Certains participants ont également rapporté une perte d'intérêt de leur adolescent dans des activités qui les motivaient préalablement et un refus d'y participer. « *Elle ne veut plus sortir et faire des choses amusantes* » (P30 : 13 ans F). « *Elle passe des heures dans sa chambre seule et se met en colère si j'essaie d'intervenir ou de communiquer avec elle* » (P26 : 16 ans F).

## **3) Thème 2. Vécu d'inefficience parentale et impact négatif sur la relation parent-enfant**

De nombreux parents ont rapporté que l'exposition traumatique de leur enfant et les

changements émotionnels et comportementaux qui en ont découlé ont affecté leur propre état émotionnel, leur sentiment d'efficacité parentale, ainsi que leur relation avec leur enfant. D'autres ont mentionné avoir été ramenés à l'expérience émotionnelle de leur propre histoire d'exposition traumatique.

*a) Sous-thème : Culpabilité et sentiments d'inefficacité parentale*

Les parents ont décrit un sentiment pesant de charge émotionnelle ainsi que des inquiétudes pour l'avenir : « *Je me sens triste, irritable, en colère...pourquoi cela est arrivé à mon enfant ?* » (P16 ; 15 ans G). « *Je ne peux pas dormir la nuit, rejouant dans ma tête tous les événements avant l'agression* » (P3 ; 11 ans G). *L'inquiétude me ronge. Va-t-elle oublier ça ? Va-t-elle surmonter ça ? Que dois-je faire ?* » (P14 ; 13 ans F). Une préoccupation courante parmi les parents dont l'enfant a été agressé sexuellement concernait l'impact potentiel à long terme de l'agression sexuelle sur le développement relationnel et sexuel de leur enfant : « *J'ai tellement de préoccupations pour l'avenir, j'essaie d'aller en ligne et de lire sur l'impact potentiel de l'agression sexuelle sur le développement de l'enfant, j'ai peur qu'elle n'ait pas de relations normales* » (P28 ; 15 ans F).

De plus, les parents ont rapporté se sentir inadéquats pour gérer la détresse et les changements comportementaux de leur enfant : « *Je me sens complètement dépassée quand elle se renferme et je ne sais pas quoi faire. J'ai l'impression de ne plus pouvoir la gérer comme avant* » (P33 : 13 ans F). « *Quand elle fait des crises inexplicables, je perds complètement pied, c'est comme si j'étais paralysée, alors qu'avant je gérais calmement ce genre de situation* » (P27 : 15 ans F). « *Aucun manuel ne vous dit quoi faire dans ces situations. J'ai l'impression d'être un échec total en tant que parent* » (P22 : 13 ans G). Les parents ont aussi rapporté des sentiments de honte, de culpabilité et de remords tout en essayant de chercher un sens à l'événement et à la manière dont il s'est produit : « *Je rejoue les événements de ce jour dans ma tête et ce que j'aurais pu faire pour empêcher cela de se produire* » (P19 : 14 ans G). « *Je me sens coupable de n'avoir pas pu protéger mon enfant. Tout le monde dit que ce genre de choses arrive, qu'on ne peut pas les empêcher, mais il doit y avoir quelque chose que j'aurais pu faire pour éviter cela* » (P24 : 12 ans F).

Ce processus de quête de sens variait en fonction de l'événement traumatique, des personnes impliquées et de la perception des parents de la responsabilité. Cela était particulièrement influencé par le fait qu'ils se blâmaient et/ou blâmaient d'autres personnes pour l'événement traumatique. Comme la plupart des incidents impliquaient des agressions sexuelles (17 sur 25), les parents ne blâmaient généralement pas l'adolescent, mais l'agresseur, et se blâmaient eux-mêmes pour n'avoir pas rempli leur rôle parental de protection et de sécurité de leur enfant, pour ne pas avoir établi de règles plus strictes pour sortir la nuit, la plupart des agressions s'étant produites lors de fêtes et de soirées chez des amis. Dans le cas de décès soudains d'un proche (n=2) ou d'accidents graves de la voie publique (n=2), il y avait moins de culpabilité exprimée, et ils interprétaient l'événement comme étant hors du contrôle de quiconque.

*b) Sous-thème : Impact sur la relation parent-enfant et augmentation des conflits familiaux*

Les participants ont rapporté que l'exposition traumatique et les changements comportementaux et émotionnels de leur enfant qui en ont découlé ont eu un impact sur la dynamique familiale et sur leur relation avec leur enfant. Ils ont décrit notamment que leur enfant semblait décharger sa colère sur eux et que tout ce qu'ils essayaient de faire semblait insuffisant ou inadéquat.

*« Je ne peux pas avoir raison. Peu importe ce que je dis ou fais [...] Si j'essaie d'interagir avec elle, elle me rejette. Si je m'approche trop, c'est un problème et si je m'éloigne, elle vient me chercher, provoquant une dispute, ou me reprochant de ne pas être là pour la soutenir. Parfois, j'ai l'impression qu'elle a juste besoin de se défouler sur quelqu'un... Donc je finis par aussi me mettre en colère, en lui reprochant d'être si irritable et égoïste, je finis par dire des choses horribles... » (P18 : 15 ans F).*

Les parents ont rapporté également ne pas être en mesure de créer des liens avec leur enfant ou de communiquer efficacement avec lui/elle :

*« J'ai l'impression de ne pas pouvoir communiquer avec elle comme je le faisais auparavant [...] Par exemple, nous aimions aller faire les magasins ensemble. Maintenant, elle est dans sa chambre tout le temps et ne veut pas interagir avec moi [...] Je ne peux pas m'empêcher de me sentir en colère contre elle et frustrée qu'elle ne veuille pas parler, j'ai ce sentiment étrange qu'elle me blâme à moi pour ce qui s'est passé..» (P17:13 ans F).*

De plus, certains participants ont décrit qu'il y avait souvent un désaccord entre les parents dans la façon dont ils géraient les problèmes émotionnels et comportementaux de leur enfant et que cela créait des tensions supplémentaires dans la famille :

*« Son père peut être très dur avec elle quand elle se renferme ou nous provoque [...] Il perd patience et me dit que je suis trop indulgente, que cela ne l'aide pas... Il dit que ce n'est pas parce qu'elle a été agressée sexuellement qu'elle peut se permettre de nous parler comme ça...que ça ne l'aide pas que j'agisse avec elle comme une pauvre victime... J'essaie juste d'être patiente mais je finis par me disputer avec mon mari aussi » (P29 : 14 ans F).*

*« Sa mère et moi nous disputons tout le temps à cause d'elle [...] Je pense qu'elle devrait tourner la page avec ce qui s'est passé [en référence à l'agression sexuelle] et reprendre sa vie normale... Sa mère agit avec elle comme si elle était handicapée [...] Je pense que cela ne l'aide pas d'être considérée comme une victime » (P18 : 15 ans F).*

Les parents ont également mentionné que ces relations conflictuelles affectaient la fratrie, tout en perturbant les routines familiales. Ils avaient du mal à répondre aux besoins exprimés des frères et sœurs, car il se sentaient accaparés par leur adolescent, ce qui augmentait encore davantage leurs sentiments de culpabilité et d'inefficience.



c) *Sous-thème. Résurgence de souvenirs d'expériences traumatiques personnelles antérieures*

Treize parents ont rapporté une émergence de leurs propres souvenirs d'exposition traumatique et de l'expérience émotionnelle associée, en particulier en ce qui concerne l'agression sexuelle. Neuf mères ont déclaré que l'agression sexuelle que leur enfant a subie a réactivé des souvenirs d'agression ou d'abus sexuels qu'elles ont-elles-mêmes vécus durant l'enfance. Quatre d'entre elles ont rapporté que ce souvenir les a submergées et les a rendues moins disponibles pour leur enfant. D'autres ont décrit que cette réactivation traumatique les a motivées pour être plus attentives aux besoins de leur enfant et pour éviter les écueils dont elles avaient elles-mêmes souffert dans leur histoire, comme cette citation l'illustre :

*« Lorsqu'elle m'a raconté ce qui lui était arrivé, comment ce type l'avait agressée à cette fête, cela m'a immédiatement rappelée les abus sexuels que j'ai subis dans mon enfance... à plusieurs reprises, ça s'est passé avec mon oncle...il me touchait de manière inappropriée... quand j'en parlais à mes parents, ils ne me croyaient pas et cela me faisait tellement honte que je pensais que c'était moi qui avais fait quelque chose de mal...[...] Je croyais avoir dépassé cette histoire... Toute ma colère a été à nouveau réactivée[...] mais ensuite je me suis dit que je ne laisserais pas cela arriver à ma fille... Je vais lui dire et lui montrer que je la crois et que je la soutiens quoi qu'il arrive... même si parfois il est beaucoup plus facile d'ignorer ce qui s'est passé... » (P17 : 13 ans F).*

4) **Thème 3. Difficultés à comprendre le traumatisme**

De nombreux parents avaient du mal à comprendre les conséquences du stress post-traumatique et à donner un sens aux comportements de leur enfant. Certains ont exprimé des appréhensions et des représentations négatives liées au statut de victime, ce qui contribuait à leur sentiment d'isolement et à une réticence à rechercher un soutien social.

a) *Sous-thème. La remise en cause du rôle social après le traumatisme*

Les parents ont manifesté une compréhension vague des conséquences possibles du stress traumatique. Leurs principales préoccupations concernaient la manière de communiquer avec leur enfant et les mesures à prendre face aux problèmes ayant émergé depuis l'événement traumatique, notamment le refus de l'adolescent d'aller à l'école et les comportements d'opposition. Cependant, les participants n'établissaient pas clairement ou explicitement le lien entre les symptômes observés et l'événement traumatisant. Nombre d'entre eux se questionnaient notamment sur le rôle social après un événement traumatisant et sur la mesure dans laquelle l'enfant pouvait utiliser cet événement comme excuse pour sa «  *paresse*  » et ses «  *mauvaises habitudes*  ».

*« Parfois, j'ai l'impression qu'elle essaie de profiter de la situation... se servir de ce qui lui est arrivé [en référence à l'agression sexuelle] pour obtenir des adaptations à l'école [...] Elle n'a accepté d'aller voir notre médecin de famille que lorsqu'on lui a dit qu'il pouvait justifier auprès de l'école son absence et demander des aménagements particuliers » (P13 : 12 ans F).*

De nombreux parents ont exprimé leur incertitude et leur incompréhension lorsqu'ils interprétaient le comportement de leur enfant, l'associant à un manque de volonté ou à une manière de profiter d'une situation, comme l'illustrent ces citations :

*« Je le menace et lui dis que si tu ne vas pas à l'école [...] tu utilises clairement ce qui t'est arrivé comme excuse [...] et manquer l'école détruira ta vie, et ton avenir... Tu devrais avoir plus de volonté, plus de force. Tout le monde traverse des choses difficiles, tu vas arrêter ta vie à cause de ça ? [...]. Mais je vous avoue, j'hésite un peu : dois-je pousser jusqu'au bout, le forcer carrément à y aller ? » (P19 : 14 ans G).*

*« J'ai l'impression qu'elle se victimise beaucoup, elle peut même y trouver*

*un peu de réconfort...maintenant elle manque l'école [...] alors que quand il s'agit de sortir avec ses amis, soudain elle y arrive à nouveau ! [...] c'est tellement pratique, vous ne pensez pas? Elle ne fait plus aucun effort... »*  
(P17 : 13 ans F).

Cinq parents ont mentionné qu'ils ne parvenaient pas à comprendre certains comportements de leur adolescente à la suite de l'agression sexuelle, décrivant des changements radicaux dans ses attitudes. Ils ont rapporté qu'elle n'était intéressée que par les sorties le soir avec ses amis, qu'elle manquait l'école et qu'elle portait des tenues « provocatrices ». Même s'ils ne blâmaient pas leurs filles pour l'agression sexuelle en soi, ils avaient du mal à comprendre comment une fille pouvait porter ces tenues après avoir été agressée sexuellement :

*« Vous allez peut-être penser que j'exagère mais je ne comprends pas, vraiment... comment peut-elle porter ces tenues après avoir été agressée sexuellement ? Je veux dire...est-ce qu'elle cherche encore une fois à être agressée ? Je n'arrive pas à comprendre son comportement [...] quand je lui dis ça, elle se met en colère ou se retire pendant plusieurs jours dans sa chambre, refusant de me parler [...] Je ne comprends pas... »* (P1 : 15 ans F).

*b) Sous-thème. Représentations négatives liées au statut de victime et isolement social*

Une grande majorité des participants (28 sur 34) ont déclaré se sentir socialement isolés et avoir du mal à partager ce qui est arrivé à leur enfant avec leur famille et/ou leurs amis, principalement en raison de certaines représentations qu'ils ont exprimées autour du statut de « victime ». Ils craignaient d'en parler pour ne pas « étiqueter » leur enfant de « victime », par peur que ça maintienne l'adolescent(e) dans ce rôle social et l'empêche d'avancer. Les parents ont également expliqué leur réticence à rechercher du support social par le manque de disponibilité de leurs amis et de leur famille, évoquant des emplois de temps chargés ou une

distance géographique importante, ou encore une certaine réserve par rapport au fait de les accaparer par une affaire qu'ils percevaient comme étant très privée. Cependant, les parents ont exprimé un sentiment de solitude et d'isolement, avec des possibilités limitées de partager et de réfléchir sur leurs problèmes avec leur enfant en dehors de leur couple. Plus précisément, les parents ont mentionné à plusieurs reprises l'incertitude quant à la « bonne » attitude à adopter avec l'adolescent, et l'équilibre à trouver entre exigence/règles et protection/flexibilité, comme étant leurs préoccupations les plus importantes concernant leur rôle parental. A cet égard, ils ont exprimé qu'il serait plus facile s'ils connaissaient des parents vivant la même situation, comme l'illustrent ces citations :

*« Nous ne pouvons pas parler de ce qui s'est passé à notre famille et à nos amis, ils la considéreront comme « la victime » ... et aussi nous ressentons beaucoup de culpabilité et nous ne voulons pas répondre aux questions des gens... donc nous sommes très isolés. Et nous nous disputons souvent sur la bonne attitude à avoir avec elle [...] Je n'ai trouvé la réponse dans aucun livre, ni sur aucun site Internet, j'ai essayé de chercher... nous nous sentons très seuls dans cette expérience, si seulement nous pouvions rencontrer d'autres personnes qui vivent la même chose, il serait plus facile d'en parler, de partager nos expériences et de savoir que nous ne sommes pas seuls... » (P24 : 12 ans F).*

*« On a l'impression d'être les seules personnes à qui cela est arrivé, comme si on était les seules personnes à ressentir cela. Alors peut-être que cela aiderait si on connaissait d'autres personnes dans la même situation » (P17 : 13 ans F).*

#### 5) Thème 4. Problèmes scolaires et manque perçu de collaboration avec les écoles

Un thème majeur qui est ressorti spontanément des entretiens concernait le rapport avec l'établissement scolaire, que ce soit en termes de refus de l'adolescent d'aller au collège ou au lycée et/ou le manque de soutien perçu par les parents de la part de l'école, qui

constituait pour eux un obstacle pour fournir un soutien optimal à leur enfant.

*a) Sous-thème. Évitement scolaire*

La plupart des parents (29 sur 34) ont signalé l'impact majeur de l'événement traumatisant sur la fréquentation scolaire. Les participants ont décrit que les enfants tentaient tout pour éviter l'école, manquaient souvent les cours, refusant parfois catégoriquement d'y aller, ou étaient renvoyés à la maison après de multiples plaintes physiques et somatiques. *L'infirmière scolaire m'appelait tous les jours pour me dire de venir ramener mon enfant à la maison car elle est malade (P2 : 12 ans F). Ses résultats scolaires ont chuté, elle était toujours en retard à l'école [après l'événement] jusqu'à ce qu'elle déclare qu'elle n'y mettrait plus les pieds et que nous ne pouvons pas la forcer (P 24 : 12 ans F).*

L'évitement scolaire de l'enfant était perçu par les parents comme la source la plus importante de conflit avec leur enfant, face à laquelle ils ont décrit se sentir impuissants et désespérés, hésitant sur la meilleure attitude à avoir à ce sujet.

*b) Sous-thème. Manque perçu de soutien de de la part de l'école*

Les parents ont rapporté des difficultés importantes de communication avec la direction de l'établissement scolaire et les professeurs. Ce manque de collaboration et de soutien perçu était vécu comme un obstacle structurel et supplémentaire au soutien de leur enfant. Les parents exprimaient une demande de collaboration avec l'école puisque leur enfant manifestait des difficultés et un refus scolaire depuis l'évènement traumatique. Ils ont identifié des besoins d'adaptations et d'aménagements scolaires ayant émergé à la suite de l'exposition traumatique, tels que des ajustements concernant la charge de travail, l'emploi de temps, les délais. Un seul parent a déclaré que le fonctionnement scolaire de son adolescent était resté le même. Le niveau de performance de trois autres adolescentes était resté le même selon leurs parents, mais cela était obtenu en compensant par d'énormes efforts à la maison, ce qui a finalement conduit à davantage de conflits parents-enfants. Pour les 21 adolescent(e)s restant(e)s, les parents ont signalé des changements considérables dans la fréquentation scolaire et les performances scolaires qui ont nécessité un soutien important de la part de l'ensemble du foyer

familial et des aménagements dans leur propre horaire de travail pour être plus présents auprès de leur enfant (par exemple, prendre une disponibilité ou un arrêt maladie de leur emploi).

Certains parents ont déclaré avoir dû initier ou faire pression sur l'établissement scolaire pour qu'il collabore concernant les mesures d'adaptation pédagogique (18 parents), comme l'illustre cette citation :

*« Nous avons dû parler encore et encore de ce qui s'est passé avec le directeur, même si cela n'a pas été facile pour nous... Je crois vraiment que si l'école n'avait pas subi autant de pression de la part du médecin de famille pour faire des adaptations, ils n'auraient rien fait... » (P19 : 14 ans G).*

Neuf participants se sont interrogés sur le rôle des enseignants en se demandant s'ils étaient suffisamment préparés à enseigner à des élèves exposés à des événements traumatisants.

*« Mon fils est souvent absent de l'école, il ne dort pas la nuit et ne peut pas se lever le matin... J'ai demandé à l'équipe pédagogique quelles mesures ils pouvaient proposer, mais ils n'avaient aucune idée [...] Après de fortes pressions de notre médecin de famille, ils ont finalement accepté des ajustements. [...] Pourtant, je pense qu'ils auraient pu être plus soutenant, lui parler au moins, lui demander, nous demander, il a fallu plutôt aller chercher toutes les solutions par nous-mêmes... C'est comme s'ils n'avaient aucune idée de comment gérer les enfants dans ces situations... » (P8 : 12 ans G).*

Sept parents ont vécu le manque de compréhension et le manque de flexibilité de l'établissement scolaire comme une situation extrêmement frustrante où ils ont eu l'impression de lutter pour leur crédibilité. Ils ont décrit que ce manque de soutien de la part de l'école ajoutait une pression supplémentaire à une situation déjà tendue.

*« Nous avons parlé avec l'école de la nécessité de faire preuve de flexibilité concernant les adaptations [...], même si la psychologue scolaire nous a soutenu, la direction de l'école est restée très rigide à ce sujet, insistant pour qu'elle fasse plus d'efforts au lieu de l'accompagner dans sa reprise progressive [...] nous avons eu de nombreuses discussions très tendues avec eux et on nous a accusés d'être trop indulgents [...] c'est comme si on devait lutter pour être crus, pour notre crédibilité [...] ça ne fait qu'ajouter à notre épuisement... » (P4 : 14 ans F)*

*« Mon fils panique énormément à chaque fois qu'il quitte la maison parce qu'il a peur que cela lui arrive à nouveau dans la rue, et l'école refuse de prendre cela en considération... alors j'ai dit à mon mari que je préférerais qu'il abandonne l'école cette année, qu'il s'inscrive à un programme d'enseignement à domicile parce que vraiment je ne vois pas de solution avec eux... » (P12 : 13 ans G).*

La mère d'un enfant ayant un TDAH suivi antérieurement à l'exposition traumatique, a notamment relevé le manque de légitimité que lui avait renvoyé le collègue quand elle a demandé des aménagements supplémentaires :

*« On m'a dit : « mais votre fils a déjà des aménagements scolaires, il est TDAH ! Il a déjà un trouble, il a des aménagements pour ce trouble. Pourquoi voulez-vous lui créer un autre trouble ? Après il ne va plus s'en sortir, il ne va plus faire aucun effort » ...vous imaginez ils me disent ça comme si j'avais voulu ce qui est arrivé à mon enfant...je leur ai dit qu'il venait d'être agressé, de lui donner un peu de temps, comment on peut l'aider, mais je n'ai pas l'impression qu'ils ont compris grand-chose...ça me fait encore plus douter vous comprenez...peut-être qu'effectivement on ne doit pas s'attarder là-dessus. Mais je vois bien qu'il n'y arrive pas...il n'y arrive pas tout seul... » (P16 : 15 ans G).*

## 6) Thème 5. L'évitement comme stratégie principale pour gérer des besoins conflictuels

La plupart des parents se sentaient mis au défi de trouver « la bonne attitude » et un bon équilibre face à plusieurs besoins contradictoires. La plupart du temps, ils ont évité les sujets sensibles tout en faisant face à des demandes antagonistes.

### *a) Sous-thème. Éviter de discuter de l'événement traumatisant avec l'enfant*

Les participants ont exprimé leur incertitude et leurs doutes par rapport à l'attitude appropriée à avoir concernant l'évènement traumatisant : devaient-ils se concentrer sur l'évènement survenu avec leur enfant ou déployer tous leurs efforts pour aider leur enfant à reprendre une vie normale ? Même s'ils se posaient la question, ils adoptaient en général des attitudes d'évitement quand il s'agissait de parler de ce qui s'est passé. Ils essayaient plutôt de ne pas évoquer l'incident, de parler d'autre chose, de ne pas poser des questions à leur adolescent sur ce qu'il/elle ressent à ce sujet, ni de lui accorder trop d'attention, car ils estimaient que « la vie doit continuer », expression retrouvée dans 25 retranscriptions, illustrée par cette citation :

*« J'ai du mal à trouver un bon équilibre entre accorder trop d'attention à ce qui s'est passé et continuer à mener une vie normale... Je crains que si je me concentre trop sur l'incident, elle reste bloquée dans une position de victime et ne sera plus capable d'avancer [...] Après tout, ce sont des choses qui arrivent et la vie doit continuer [...] Je veux qu'elle se concentre sur d'autres aspects de la vie plutôt que d'être fixée là-dessus, bloquant sur ce qui s'est passé [faisant référence à une agression sexuelle], à un moment, il faut passer à autre chose... » (P14 : 13 ans F)*

D'autres parents préféraient éviter complètement de discuter de l'évènement traumatique parce qu'ils se sentaient mal à l'aise et estimaient ne pas avoir le savoir-faire nécessaire pour aborder le sujet.



*« Je ne sais pas comment aborder le sujet avec lui, quoi lui dire, comment le réconforter... Je ne suis pas psychologue après tout, j'ai peur de dire ou de faire quelque chose qui aggraverait sa situation [...] Et en même temps je ne veux pas trop me concentrer sur ce qui s'est passé, je préfère l'aider à oublier ce qui s'est passé [...] après tout, la vie doit continuer... » (P12 : 13 ans G).*

D'autres parents ont souligné le fait que l'enfant lui-même évitait souvent de parler et/ou de penser à l'événement et réagissait fortement à tout rappel de celui-ci, ce qui augmentait encore plus leur réticence à lui en parler : *elle refuse de parler de ce qui s'est passé, lorsque j'ai essayé une fois d'initier la discussion, elle s'est fermée complètement et s'est mise en colère.* (P 23 : 13 ans F). *Elle refuse de voir ses amis qui étaient à la fête où cela s'est produit* (en faisant référence à l'agression sexuelle) (P11 : 14 ans F). *Il ne veut pas en parler. Il a réagi très fortement les quelques fois où nous avons tenté d'aborder le sujet* (P12 : 13 ans G).

Même si la plupart des participants ont souligné l'importance de reprendre des routines normales et de se concentrer sur d'autres aspects de la vie, ils n'étaient pas tout à fait assurés de leur attitude et se demandaient si cet évitement de discussion de l'évènement traumatisant et le fait de faire comme si de rien n'était ne minimisait pas l'expérience de l'enfant :

*« J'essaie de ne pas trop me concentrer sur ce qui s'est passé et de l'aider à reprendre une vie normale... Je ne sais pas si c'est la bonne attitude après tout, peut-être qu'elle a besoin d'en parler, peut-être qu'elle attend que j'aborde le sujet ? [...] Je ne me sens pas à l'aise de lui demander... et elle ne veut pas non plus en parler... alors mieux vaut se concentrer sur la suite... » (P15 : 13 ans F).*

#### *b) Sous-thème. Éviter les aménagements des routines et habitudes*

Les participants ont exprimé devoir faire face à un autre domaine de besoins conflictuels, qui concernait les routines de vie habituelles à la maison. Le dilemme qu'ils

ressentaient était le suivant : fallait-il maintenir les routines habituelles à la maison et à l'école ou être flexible et s'adapter aux nouveaux besoins liés à l'évènement récent ? Les parents ont généralement rapporté une certaine difficulté à appliquer ce qu'ils percevaient comme une injonction générale à aider leurs adolescents à « *revenir à la normale le plus vite possible* », conformément à leurs propres représentations selon lesquelles « *la vie doit continuer* ». Pourtant, leurs efforts ardues pour restaurer la normalité au sein du foyer étaient sans cesse entravés par le fait que leurs adolescents se comportaient désormais différemment, avaient des besoins différents et étaient à peine fonctionnels. Les participants ont souligné les énormes efforts déployés pour tenter de construire des vies quotidiennes et des routines complètement nouvelles. Comme l'a décrit un parent :

*« Nous avons entendu dire que nous devons reprendre une routine quotidienne normale le plus tôt possible, notre fille doit continuer à aller à l'école tout le temps, faire ses activités extrascolaires normales, nous devons continuer, comme si de rien n'était... Ok, je comprends, il faut continuer la vie de tous les jours, mais comment faire ça quand on a un enfant qui refuse de se lever du lit le matin, qui n'est pas prêt mentalement faire quoi que ce soit [...] enfin dans ce cas, même une petite promenade avec elle dans le parc devient un exploit et doit pourtant être négociée pendant des heures... » (P20 : 16 ans F).*

Cette citation est un exemple d'un parent percevant une forte nécessité de restaurer la vie quotidienne comme était avant l'incident traumatique et d'éviter les adaptations ou ce qu'il percevait comme étant une suradaptation à la phase post-traumatique. Il n'a pas été explicitement mentionné qui a fourni de tels conseils aux parents ni dans quel contexte, mais 23 parents sur 34 ont exprimé cette pression pour éviter de se fixer sur le traumatisme, pour revenir à des routines quotidiennes normales, et pour que les adolescents retournent à l'école. Certains d'entre eux ont donc persisté à insister pour que l'enfant retrouve un fonctionnement normal le plus vite possible, malgré l'impact négatif de cette pression sur la relation enfant-parents :

*« On peut dire que je la force à adopter une routine, que puis-je faire d'autre ? Je sais que cela peut vous paraître brutal, c'est brutal pour moi aussi de forcer mon enfant à se lever du lit et à aller à l'école [...] mais ni son père ni moi ne céderons [...] nous la tirons pratiquement physiquement du lit alors qu'elle hurle, mais cela l'a amenée à retourner un peu à l'école et à refaire un peu d'exercice [...] C'est un champ de bataille tous les matins, ses frères et sœurs sont témoins de ces horribles débuts de journée, elle crie qu'elle nous déteste, qu'elle ne nous pardonnera jamais... Mais nous faisons cela pour elle, nous sommes convaincus que c'est positif de maintenir sa routine normale et c'est un objectif pour nous... On peut dire que ... nous la forçons à le faire... » (P6 : 12 ans F)*

#### 7) Thème 6. Trouver des moyens de faire face dans la période péri-traumatique

Moins de la moitié des participants ont essayé de trouver activement des moyens de faire face et de gérer les besoins et les demandes contradictoires de leurs enfants à la suite de l'exposition traumatique. Ils ont essayé de s'adapter à la situation en se fixant des objectifs réalistes et en répondant aux besoins au jour le jour, en redonnant un certain sens à leur quotidien, en acceptant l'aide de la famille et des amis et en recherchant l'avis de professionnels. Les parents ayant réussi à développer ces moyens de coping avaient moins recours à l'évitement comme principal mécanisme pour gérer le stress traumatique de l'enfant, tel que mentionné dans leur retranscription d'entretien.

##### *a) Sous-thème. Gérer la situation et les besoins du quotidien : une chose à la fois*

Douze parents ont décrit comment ils en étaient arrivés à admettre qu'ils ne seraient pas en mesure de reprendre les routines habituelles à la maison et à l'école et de revenir à la normale, quelques semaines seulement après l'événement traumatisant, et ils se sont adaptés à cette réalité. Ils ont pu abandonner la perspective axée sur la fonctionnalité et se concentrer davantage sur l'aide et le soutien de l'adolescent simplement pour « *survivre la journée* ». Ils

ont essayé de relever les défis liés au sommeil, à l'alimentation et à la recherche d'une certaine structure quotidienne, même si cela impliquait d'abandonner les exigences habituelles du retour à la routine normale. Ils ont exprimé s'opposer à cette injonction de revenir à la normale le plus tôt possible, affirmant que cela ne correspondait pas à leur nouvelle réalité ni aux besoins de leurs enfants. Ils ont révisé leurs attentes à l'égard de leur enfant et ont essayé de s'adapter à ses besoins et à sa situation actuelle, tout en fixant chaque jour des objectifs minimalistes, par exemple sortir l'adolescent du lit chaque matin et accomplir quelques tâches du quotidien. Ils ont adopté une approche pratique visant à mobiliser le soutien logistique nécessaire pour répondre aux besoins de base du quotidien :

*« Ma femme et moi, nous avons décidé d'accepter que notre fille ne puisse pas retourner à l'école maintenant... nous avons convenu de ne pas la forcer à le faire, nous avons dit ok, essayons d'abord de l'aider à se lever tous les matins et à*

*Confli faire quelque chose, comme promener le chien, ou jouer à un jeu ensemble...ce qui correspond à un exploit dans l'état où elle est. Nous avons dû revoir nos attentes et avons décidé de lui donner du temps, de faire une chose à la fois... » (P30 : 13 ans F).*

Les parents ayant pu recourir à cette approche pragmatique ont déclaré que cela les aidait à apprécier chaque petit progrès et à améliorer leur relation avec leur enfant, puisqu'ils ne l'obligeaient plus à aller à l'école et à faire toutes ses activités habituelles.

#### *b) Sous-thème. Risque de suraccommodation*

Malgré l'amélioration de la relation parent-enfant à la suite de l'adaptation des parents aux besoins actuels de leur enfant, les parents ayant eu recours à ce mécanisme ont rapporté que cela nécessitait leur implication intense et présence continue, afin de compenser le manque de fonctionnement quotidien de l'adolescent, comme l'illustre cette citation :

*« [...] L'un de nous doit être continuellement avec elle, sinon elle s'isolerait*

*à nouveau dans sa chambre. Il a fallu faire d'énormes adaptations au travail [...] je travaille à mon compte donc je me débrouille, mais ma femme elle va finir par avoir des problèmes avec son employeur... » (P18 : 15 ans F).*

Par ailleurs, cinq d'entre eux (5 sur 12) ne considéraient pas que ces nouvelles mesures rentraient naturellement dans le rôle parental.

*« Depuis que j'ai arrêté de me battre avec elle et de la forcer à faire des choses, comme nettoyer sa chambre et aller à l'école, on peut dire que beaucoup de nos interactions conflictuelles se sont améliorées et je peux à nouveau communiquer avec elle... elle me sourit, on va faire une promenade ensemble, je la sens plus apaisée, plus sereine, je sens qu'elle s'ouvre un peu plus [...] mais vous savez, ça ne me semble pas normal, je n'ai pas l'impression que c'est ce qu'un parent devrait faire, je ressens encore beaucoup de culpabilité et je me demande si je devais faire quelque chose différemment... » (P30 : 13 ans F).*

### *c) Sous-thème. Restaurer l'agentivité*

Parmi les parents ayant trouvé des stratégies pour faire face à la situation et aux besoins actuels, sans éviter les adaptations nécessaires à cette fin, six ont fait preuve et exprimé un sentiment d'agentivité, ou le sentiment qu'ils avaient un certain contrôle sur leur vie, une marge d'action et de manœuvre, et une capacité à influencer leur environnement et la rémission de leur enfant, quelles que soient les difficultés de la situation actuelle. Ils ont exprimé leur détermination pour soutenir leur enfant malgré les obstacles. Cette agentivité perçue se renforçait mutuellement avec deux autres facteurs qui contribuaient à aider ces parents à faire face à la situation : l'espoir et l'estime de soi, plus précisément une perception positive d'eux-mêmes en tant que parents. La croyance en leur propre efficacité parentale confortait l'idée des parents selon laquelle ils avaient de la valeur et qu'ils avaient des raisons d'espérer la rémission de leur enfant, ce qui est illustré par cette citation :

*« J'espère que les choses s'amélioreront [...] Je fais tout ce que je peux pour soutenir mon enfant après cet horrible événement et je crois qu'elle pourra avancer avec le temps et avec notre soutien. Je lui montre et lui dis que je n'ai pas peur, cette agression ne déterminera pas nos vies, son avenir et notre avenir en famille, je continue de prendre soin de moi pour qu'elle voie que je peux y faire face, je ne m'effondrerai pas avec elle, mais je la soutiendrai pendant tout cela... » (P29 : 14 ans F).*

*« Il s'agit de reprendre le contrôle de votre vie, peu importe ce que vous avez vécu [...] il n'y est pas encore, mais je sais que je peux l'aider avec le temps pour s'en rendre compte... » (P5 : 13 ans G).*

*d) Sous-thème. Rechercher le support social.*

Les mêmes parents qui ont explicitement exprimé un sentiment d'agentivité, ainsi que trois autres, ont décrit qu'ils arrivaient à solliciter le support de leur famille, leurs amis et/ou leurs voisins. Ils étaient pour la plupart disposés à accepter de l'aide pour leurs besoins pratiques et logistiques, mais étaient plus réticents à accepter un soutien émotionnel. Ils ont décrit que le fait de se tourner vers ces personnes et de voir les gens répondre positivement à leurs besoins de soutien avait renforcé cette démarche de demande de support, leur capacité d'action, et leur espoir. Ces parents exprimaient moins de stigmatisation en général autour du statut de victime.

*« Au début, j'étais réticent à contacter mes amis et ma famille [...] Je veux dire, vous savez ce que c'est, chacun a sa propre vie, ses problèmes, vous ne voulez pas submerger les gens avec vos propres problèmes [...] mais ensuite j'ai réalisé que je ne pourrai pas soutenir mon enfant si je ne suis pas moi-même soutenue [...] ma sœur elle habite dans une autre ville de France mais je l'ai appelée et je lui ai tout raconté, je lui ai dit que j'avais besoin d'une présence et d'un soutien concret [...]. En une semaine, elle est venue me rendre visite et est restée trois semaines, m'aidant avec la*

*logistique de base de la vie quotidienne, mais cela a fait toute la différence pour moi, cela m'a valorisé, cela m'a soulagé de toutes les contraintes logistiques, pour pouvoir être plus présente émotionnellement à ma fille et aussi à mes autres enfants [...] lorsqu'elle a dû partir, je me sentais plus à l'aise de demander de l'aide à une amie et de réitérer l'expérience... » (P 34 : 16 ans F).*

Une autre source d'aide mentionnée était celle des professionnels vers lesquels les parents se tournaient, lorsque cela était possible, pour obtenir des conseils et une orientation. Les professionnels les plus cités étaient le médecin de famille, la psychologue scolaire et, dans le cas où l'enfant avait déjà fait l'objet d'un suivi en santé mentale, son psychologue ou psychiatre habituel. Les parents ont rapporté que les professionnels avaient une attitude bienveillante, essayaient d'atténuer leur culpabilité, et les aidaient en rédigeant des recommandations pour les aménagements scolaires. Cependant, ils avaient le sentiment que les professionnels ne leur fournissaient pas d'outils et de solutions pratiques pour faire face aux besoins et demandes contradictoires et pour comprendre et gérer les problèmes émotionnels et comportementaux de leur enfant. Ils ont également décrit que les professionnels avaient tendance à donner des réponses vagues aux questions pressantes des parents, concernant la durée de ces problèmes et à la manière dont l'événement traumatisant affectera l'enfant à long terme.

**Tableau 3- Thèmes et sous-thèmes extraits des entretiens avec les parents sur le site de Montpellier**

<b>Thèmes</b>	<b>Sous-thèmes</b>	<b>Fréquence</b>
<b>1. Identification par les parents des symptômes des enfants</b>	Difficultés de régulation émotionnelle	34/34
	État d'hypervigilance et troubles de sommeil	26/34
	Isolement et perte d'intérêt	23/34
<b>2. Vécu d'inefficience parentale et impact négatif sur la relation parent-enfant</b>	Culpabilité et sentiments d'inefficacité parentale	25/34
	Impact sur la relation parent-enfant et augmentation des conflits familiaux	22/34
	Résurgence de souvenirs d'expériences traumatiques personnelles antérieures	13/34
<b>3. Difficultés à comprendre le traumatisme</b>	La remise en cause du rôle social après le traumatisme	15/34
	Représentations négatives liées au statut de victime et isolement social	25/34
<b>4. Problèmes scolaires et manque perçu de collaboration avec les écoles</b>	Évitement scolaire	29/34
	Manque perçu de soutien de la part de l'école	27/34
<b>5. L'évitement comme stratégie principale pour gérer des besoins conflictuels</b>	Éviter de discuter de l'évènement traumatisant avec l'enfant	22/34
	Éviter les aménagements des routines et habitudes	23/34
<b>6. Trouver des moyens de faire face dans la période péri-traumatique</b>	Gérer la situation et les besoins du quotidien : une chose à la fois	12/ 34
	Risque de suraccommodation	5/34
	Restaurer l'agentivité	6/34
	Rechercher le support social	9/34



## II. SITE DE BEYROUTH

### 1) Caractéristiques des participants

Tout au long de la période de recrutement, 21 parents ont été référés par le biais des professionnels en santé mentale (psychologues et/ou psychiatres). Trois d'entre eux (trois mères) ont été exclues en raison d'une grave détresse émotionnelle et d'idées suicidaires détectés lors de l'entretien d'inclusion. Ces trois mères ont été référées en urgence avec leur accord et selon leur préférence, soit pour une consultation d'évaluation et suivi psychiatrique à l'ONG Embrace, soit pour une consultation privée dans le service de psychiatrie de l'hôpital universitaire Hôtel-Dieu de France à Beyrouth.

Trois autres parents se sont retirés de l'étude en ne se présentant pas au premier entretien, résultant en un total de 15 parents référés par des professionnels. Un échantillonnage en boule de neige à partir de ces 15 participants a permis le recrutement de 15 parents supplémentaires. Parmi eux, 2 se sont retirés de l'étude en ne se présentant pas au premier entretien, ce qui a conduit à un recrutement de 13 parents par échantillonnage en boule de neige. Cela a donné un total de 28 parents de 24 enfants récemment exposés à un ET. Huit enfants ont eu leurs deux parents interrogés, et 20 enfants ont eu un seul parent interviewé, l'autre parent ayant refusé de participer par manque de temps et de disponibilité. Parmi les participants, 8 parents avaient deux frères et sœurs âgés de 11 à 16 ans exposés au même événement traumatisant au cours des trois derniers mois. Les participants comprenaient 24 mères et quatre pères, avec un âge moyen de 47,4 ans. Tous les parents et enfants étaient de nationalité libanaise et six enfants avaient la double nationalité franco-libanaise. Tous les parents étaient titulaires d'un diplôme universitaire. Les enfants comprenaient 15 filles et 9 garçons âgés de 11 à 16 ans. Au moment de l'étude, 10 enfants bénéficiaient déjà d'un suivi psychiatrique et/ou psychothérapeutique précédant l'exposition traumatique, et 3 enfants bénéficiaient d'un suivi spécifique lié à l'exposition traumatique récente. Les 11 enfants restants n'avaient pas de suivi en santé mentale et leurs parents ont été recrutés par échantillonnage en boule de neige à partir de participants référés par des professionnels de la santé mentale. Le type d'événement traumatique largement prédominant était l'exposition directe au conflit armé

qui s'est produit à Beyrouth le 14 octobre 2021, comme le fait d'être coincé à l'école et/ou évacué au milieu des tirs (n=19). Trois autres enfants ont survécu à de graves accidents de la route, subissant des blessures légères à modérées. De plus, deux enfants ont été témoins du décès soudain d'un grand-parent à domicile suite à un arrêt cardiaque. Le tableau 4 détaille les caractéristiques socio-démographiques des enfants et le tableau 5 celles des parents.

**Tableau 4- Caractéristiques socio-démographiques des enfants sur le site de Beyrouth**

	Enfants (n=24)
Filles	15
Age (année), intervalle (moyenne)	11-16 (14.7)
<b>Type d'évènement traumatique</b>	
Violence ou agression sexuelle	0
Conflit armé	19
Accident grave	3
Décès brutal d'un proche	2
<b>Suivi psychologique avant l'exposition traumatique</b>	
TDAH	6
Troubles anxieux	2
Troubles dépressifs	0
Difficultés émotionnelles, dysrégulation émotionnelle	1
Troubles du comportement	1
<b>Suivi psychologique depuis l'exposition traumatique</b>	3
<b>Double nationalité française et libanaise</b>	6
<b>Durée depuis l'exposition traumatique</b>	
0-1 mois	1
1-2 mois	15
2-3 mois	8
<b>Fratrie</b>	
0	4
1	14
2	4
3	2

---

*TDAH : Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*

---

**Tableau 5- Caractéristiques socio-démographiques des parents sur le site de Beyrouth**

<b>Caractéristique</b>	<b>Nombre (N=28)</b>
Femmes	24
Hommes	4
Age (année), intervalle (moyenne)	39 - 50 (47,4)
<b>Nationalité</b>	
Double nationalité franco-libanaise	8
Libanaise	16
<b>Occupation</b>	
Profession libérale	10
Employé du secteur public	7
Employé du secteur privé	9
Artisan	2
<b>Situation maritale</b>	
Mariés ou en couple	26
Séparés/Divorcés	2

Les thèmes et sous-thèmes ayant émergé de notre analyse inductive des perceptions et expériences des parents et leur fréquence d'apparition sont résumés dans le Tableau 6. Les thèmes 1 et 2 sont liés aux conséquences de l'exposition traumatique, tandis que les thèmes 3 à 5 sont liés aux représentations mobilisées par cette exposition traumatique et aux mécanismes auxquels les parents ont eu recours pour faire face à ces répercussions.

**Tableau 6- Thèmes et sous-thèmes extraits des entretiens avec les parents sur le site de Beyrouth**

Thèmes	Sous-thèmes	Fréquence
<b>1. Exacerbation de problèmes psychologiques préalables dus au stress cumulatif</b>	Chez les enfants	28/28
	• Chez les parents	28/28
<b>2. Résurgence de souvenirs de guerre parentaux et impact sur la communication</b>	Résurgence de souvenirs de guerre	21/28
	Évocation du traumatisme : évitement versus communication	18/28 (évitement) versus 6/28 (communication)
<b>3. Perceptions parentales autour du trauma et de la résilience</b>	Impact sur la compréhension du traumatisme	15/28
	Impact sur la compréhension de la résilience : tempérament versus mythe	19/28 (tempérament) versus 9/28 (mythe)
<b>4. L'exposition traumatique entraîne des styles parentaux inconsistants et impacte la dynamique familiale</b>	Oscillation entre style parental contrôlant/sévère, engageant/soutenant, et évitant	20/28
	Impact sur la dynamique familiale et les sentiments d'efficacité parentale	13/28
<b>5. Faire face à l'adversité : stratégies de coping diverses</b>	Ressources économiques	8/28
	Support social et coping collectif	16/28
	Consulter des professionnels	13/28
	Humour et empathie	17/28
	Vivre au jour le jour	9/28

## 2) Thème 1. Exacerbation de problèmes psychologiques préalables dus au stress cumulatif

Tous les participants ont identifié l'évènement traumatique récent comme un facteur exacerbant des difficultés émotionnelles et comportementales préexistantes causées par le stress cumulatif, tant chez les enfants que chez les parents. Les parents percevaient l'ET comme un « point de basculement » ou « la goutte qui a fait déborder le vase » à la suite d'une série de facteurs de stress et/ou d'événements traumatisants vécus collectivement au Liban tout au long de l'année 2020-2021. Ils ont clairement repéré une exacerbation de problèmes psychologiques antérieurs qu'ils avaient déjà observés chez leurs enfants avant la récente exposition traumatique, ainsi qu'une aggravation de leur propre détresse émotionnelle. Le concept de « stress cumulatif » était prédominant dans les retranscriptions, et se référait principalement à l'explosion du 4 août à Beyrouth en 2020, l'instabilité politique dans le pays et la peur de la guerre, l'aggravation de la crise économique ayant impacté la vie quotidienne et la pandémie du coronavirus avec le confinement et la fermeture des écoles durant toute l'année scolaire 2020-2021.

### a) Sous-thème. Chez les enfants

De nombreux parents ont décrit chez leurs adolescents des difficultés de régulation émotionnelle accompagnées d'une humeur irritable et de comportements oppositionnels. *Il refuse de suivre les règles de la maison, provoque des bagarres, claque les portes [...] (P5:11 ans G). Elle se met facilement en colère et la moindre chose la frustre ; c'était comme ça ces derniers mois, mais maintenant ça a empiré (P13 :15 ans F). Elle ne répond plus à personne, on dirait que plus rien ne l'atteint, elle explose au quart de tour (P9 : 14 ans F).*

Les parents d'enfants ayant des diagnostics de santé mentale préexistants, notamment un TDAH, ont signalé une exacerbation de la dysrégulation émotionnelle, bien qu'ils l'aient déjà observée préalablement en raison du manque d'accès aux médicaments du TDAH à cause de la crise économique. A titre d'illustration, un père d'un enfant ayant un TDAH décrit comment l'exposition traumatique récente au conflit armé le 14 octobre 2021 a aggravé une situation déjà tendue :

*« Il rencontrait déjà des difficultés à contrôler ses émotions [...] ça a empiré depuis qu'il prend ses médicaments de manière aléatoire, depuis un an maintenant, selon qu'on le trouve ou pas [...]. Parfois, il faut aller dans dix pharmacies pour trouver une boîte... à cause de la crise économique... c'était déjà épuisant. Toute l'année dernière, l'école était fermée à cause du confinement [...] c'était vraiment insupportable... alors quand ils ont annoncé que l'école reprendrait cet automne (en septembre 2021), nous étions tellement soulagés que nous avons pensé, ok, ça va être un peu mieux... et bam !...ce jour-là (en se référant au 14 Octobre 2021) il est resté enfermé pendant des heures dans l'école avec les tirs dehors... incapable de sortir... ils (en référence aux partis politiques et aux factions armées) ne nous laissent pas en paix... chaque fois que cela devient un peu plus facile, à nouveau quelque chose se passe [...] et alors il est devenu encore plus irritable, des accès de colère fréquents, c'est comme si nous étions de retour à la case zéro... » (P20 : 14 ans G).*

Les parents ont également signalé des problèmes de sommeil fréquents accompagnés de cauchemars, un état d'hypervigilance et un besoin constant d'être rassuré sur le fait que l'évènement ne se reproduira plus, notamment en ce qui concerne le conflit armé du 14 octobre 2021. Cela a été rapporté indépendamment du fait que les enfants aient bénéficié d'un suivi en santé mentale préalable ou non. *Elle se réveille au milieu de la nuit en criant et ne cesse de me demander si cela va se reproduire* (P1 : 12 ans F). *Elle est tout le temps sur le qui-vive, sursaute au moindre bruit* (P6 : 12 ans F). Les parents ont rapporté que les adolescents exposés au conflit armé posaient souvent des questions sur la situation politique et sur l'éruption d'une guerre potentielle et/ou passaient des heures sur les réseaux sociaux à la recherche de nouvelles informations. Les parents ont remarqué, quel que soit le type de l'évènement traumatisant, que leurs enfants oscillaient entre un besoin de réconfort provenant de leurs parents, et un repli sur soi avec isolement dans leur chambre avec le téléphone. De plus, les participants ont rapporté une diminution de la concentration des adolescents sur les tâches scolaires et une réticence à faire leurs devoirs. Cependant, ils n'ont pas noté de refus scolaire de la part de leurs enfants.

Les parents ont expliqué cela en évoquant le besoin du jeune de voir ses amis et de socialiser après une année entière passée dans le confinement à la maison et par le fait que c'était la seule façon de voir ses pairs, étant donné que les parents limitaient les sorties en raison de la situation politique.

*« Je m'attendais à ce qu'elle me dise qu'elle ne veut plus aller à l'école à cause de ce qui s'est passé... même si je dois vous dire qu'avec moi. Cela n'aurait pas été une option ! [...] bon au bout de deux jours elle est retournée à l'école, elle veut voir ses amies et elle me dit qu'elles discutent de la situation [...] vous savez l'école l'année dernière a fermé toute l'année à cause du Covid... c'était terrible pour elle, ces cours en ligne, ne pas voir ses amis... donc je pense que ça l'a encore plus traumatisée que ce qui s'est passé avec la fusillade ! (rires) » (P13 : 15 ans F)*

*« Je suis devenue très protectrice et stricte concernant les sorties surtout la nuit, avec cette situation de folie, ce qu'on entend sur les gens armés dans la rue [...] je suppose qu'elle sait qu'elle ne verra pas ses amis si souvent si elle ne va pas à l'école... » (P 9 : 14 ans F)*

#### *b) Sous-thème. Chez les parents*

Tous les parents ont signalé des niveaux élevés de stress psychologique perçu, d'anxiété et d'irritabilité, qui étaient présents avant l'événement traumatisant récent et qui se sont intensifiés depuis. *Je me sens tout le temps stressé et anxieux* (P9 : 14 ans F). *Je suis irritable, je n'arrive pas à dormir la nuit, je m'inquiète constamment pour mon enfant, pour l'avenir et pour ce qui va se passer dans ce pays* (P7 : 13 ans F). Les parents percevaient leurs problèmes de santé mentale et leurs difficultés émotionnelles comme étant le résultat d'un stress externe. Le mot équivalent utilisé en arabe, *daght* (ضغط) décrit non seulement le stress mais aussi une tension extérieure, presque physique, exerçant une pression sur la personne. Cette métaphore de la « *pression* » a été rapportée par tous les participants. Ils utilisaient fréquemment la métaphore de la sensation d'étranglement *khanka* (خنقة) pour décrire l'effet de pression des facteurs de



stress externes. Les parents ont exprimé leur détresse émotionnelle sous forme de colère, de frustration, d'anxiété, d'inquiétude face à l'avenir, de peur, d'épuisement, de fatigue ainsi qu'un sentiment de perte de dignité. Ils ne considéraient pas leurs symptômes comme des conséquences d'une maladie mentale et les percevaient comme une réaction prévisible commune à tous les Libanais vivant dans ces circonstances.

La notion de stress cumulatif a été mise en avant à plusieurs reprises dans toutes les retranscriptions, ainsi que le fait que les participants n'avaient pas le temps de traiter et de s'adapter aux facteurs de stress qu'ils étaient déjà confrontés à un nouvel événement stressant et/ou traumatisant. Les principaux facteurs de stress rapportés concernaient les récentes contraintes financières causées par la crise économique, auxquelles les parents ont dû s'adapter en modifiant leur mode de vie habituel; le souvenir très récent de l'explosion du 4 août 2020 à Beyrouth, où beaucoup d'entre eux ont perdu un ami, un membre de leur famille, ou ont eu un proche blessé ; l'émergence d'un an de confinement dû à la pandémie ; l'instabilité politique du pays avec la crainte de l'explosion d'une guerre à tout moment et l'incertitude quant à l'avenir. De plus, les parents ont rapporté que leurs réseaux de soutien habituels étaient affaiblis par la récente expatriation de plusieurs membres de la famille et des amis en raison de la crise économique, rajoutant ainsi au fardeau émotionnel des parents.

*« Cette journée horrible (en référence à la journée du conflit armé du 14 octobre) n'était en réalité que la goutte qui fait déborder le vase... un vase rempli de facteurs de stress que nous vivons depuis des mois maintenant... nous n'en pouvons plus... c'est trop... D'abord la crise économique... puis l'explosion de Beyrouth où nous avons failli mourir et notre ville...détruite...Puis la pandémie, le confinement et la fermeture des écoles, et maintenant ça ! Je n'ai pas le temps de m'en remettre, dès que je commence à respirer, quelque chose nous frappe à nouveau...Je suis en ruines (traduction littérale d'une expression en libanais pour signifier que la personne est exténuée) jusqu'où peut-on supporter ? Je connais tellement de gens qui ont quitté le pays... tellement d'amis*

*proches et des membres de la famille, et des voisins qui nous étaient d'un grand soutien... peut-être devrions-nous partir aussi mais il y a trop d'incertitude... » (P3 : 14 ans F).*

Cette notion de stress cumulatif a été retrouvée chez tous les participants quel que soit l'événement traumatisant auquel l'enfant avait été exposé.

### 3) Thème 2: Résurgence de souvenirs de guerre parentaux et impact sur la communication

Parmi les parents dont les enfants ont été enfermés pendant de nombreuses heures à l'école ou à la maison lors du conflit armé du 14 octobre à Beyrouth, (N=23) 21 ont rapporté une reviviscence de leurs expériences pendant la guerre civile au Liban de 1975 à 1991, où ils ont passé une partie de leur enfance et/ou adolescence. Cette résurgence de souvenirs de guerre avait selon les participants un impact sur leur communication avec leur enfant, notamment autour de l'évocation du traumatisme ou de l'évènement traumatisant.

#### *a) Sous-thème : Résurgence de souvenirs et d'expériences de guerre*

La résurgence de souvenirs de guerre de leur enfance et de leur adolescence, était perçue par les parents comme un élément supplémentaire se rajoutant à leurs difficultés émotionnelles dues aux facteurs de stress cumulatifs. L'expression « *nous sommes tous des enfants de la guerre* » a été retrouvée très fréquemment dans les retranscriptions et ressortait spontanément des entretiens sans induction ou suggestion. Ce long extrait d'un entretien illustre bien cette résurgence soudaine de souvenirs qui semblaient enfouis :

*« Depuis le jour où cela s'est produit (14 octobre 2021) j'ai des images qui me reviennent en tête : comment nous attendions nos parents pendant de longues heures à l'école après les cours, sans savoir s'ils pourraient venir ou non...s'ils pourraient passer tous les barrages des milices armées avant d'arriver à l'école...une fois j'ai même dormi à l'école avec d'autres enfants et les maîtresses car il y a eu des affrontements armés et les rues ont été bloquées jusqu'au*

*lendemain...donc vous imaginez quand ma fille s'est retrouvée bloquée à l'école le 14 octobre, je me suis souvenue soudain de l'effroi que j'avais ressenti cette nuit-là à l'idée de ne plus jamais revoir mes parents...alors que je n'y pense jamais d'habitude j'avais tout oublié ! la maîtresse nous avait dit que tout ira bien, que nos parents seraient là le lendemain, il n'y avait même pas de téléphone portable pour s'appeler, pas de communication...je devais avoir 7 ou 8 ans, je n'avais pas dormi de la nuit...ils nous avaient mis les couchettes par terre dans les classes... Dans ce pays, nous sommes tous des enfants de la guerre...une génération de guerre, éduquée dans la guerre, par la guerre...une bien méchante maman cette guerre...et puis mes parents ont pu venir le lendemain je me souviens du soulagement et de la joie que j'ai ressentis...mais là que j'en parle, je me souviens comment ils m'ont pris dans leurs bras, serrée très fort et on est rentré à la maison mais après personne ne m'a rien dit, rien expliqué, où ils étaient qu'est-ce qui s'est passé, ce qu'ils ont vécu cette nuit-là. Rien. Comme si rien ne s'était passé, retour à la vie normale. École le lendemain ! Ils m'ont même cherché un cadeau quelques jours plus tard pour me féliciter d'avoir été si courageuse et sage en les attendant ils m'ont dit...sans rien m'expliquer de plus. Un doudou en peluche...le doudou de la terreur oui ! c'est ce que je l'appelle moi ! (rires)... Ça me semblait normal à l'époque qu'on n'en parle pas. C'était comme ça, c'était notre quotidien, c'est la guerre ce sont les bombes mais de temps en temps ça se calme, puis ça reprend...et mes parents continuaient de m'envoyer à l'école malgré tout quand l'école n'était pas fermée. Et pourtant c'était dangereux d'aller à l'école on ne s'en rendait même pas compte... j'ai repensé soudain à tout cela...quand c'est arrivé à ma fille de rester bloquée pendant des heures à l'école j'ai repensé à tout cela, tout ça a surgi d'un coup, vraiment, j'ai revu toute cette scène de l'école, les couchettes, la maîtresse, mes parents le lendemain et le*

*doudou de la terreur... » (P15 : 12 ans F).*

D'autres parents ont aussi décrit leurs expériences pendant la guerre et leurs reviviscences :

*« Je pensais que j'en avais fini avec tout ça, je n'y pense jamais vous pouvez me croire quand je vous le dis...c'est du passé c'est comme si ça n'avait jamais existé...mais depuis le 14 octobre j'ai des cauchemars à propos de la guerre, et je revois des images de mon enfance dans la guerre...comment nous avons dû fuir de village en village et les bombardements toute la nuit...Nous sommes tous des enfants de la guerre...quand j'ai pu enfin récupérer mon fils de l'école ce jour-là il était tout recroquevillé sur lui-même, en pleurs...pour nous c'était normal car c'était tous les jours comme ça quand on était enfant...mais pour mon fils je pense que c'était un choc...et depuis je repense aux barrages des routes, les milices armées, il fallait faire la queue pendant des heures au barrage pour pouvoir passer d'une région à l'autre. Les barrages c'était dangereux on pouvait mourir si on n'était pas du bon camp...j'avais toujours la nausée et je vomissais dans la voiture quand on attendait pour passer le barrage... » (P14 : 13 ans G).*

*« Ce qui s'est passé le 14 octobre, c'était une scène de guerre...je me suis rappelée...que je suis une enfant de la guerre...nourrie de peur, de mort, de guerre...quand d'autres enfants se nourrissent de lait (dans cette citation la participante a évoqué une expression en arabe, une métaphore qui se traduit littéralement par « on était allaité de mort et non de lait »)...on croit que tout ça est normal jusqu'à ce que quelque chose arrive et vous fait penser que ça peut éclater à nouveau, à n'importe quel moment, ça m'a rappelé ma propre enfance, les abris surtout, comment on courait se réfugier dans les abris aménagés au rez-de-chaussée, ou*

*sous terre...on jouait dans ces abris, on nous disait que c'est mieux de jouer sous les tables avec ma sœur on trouvait ça rigolo de jouer sous les tables » (P6 : 12 ans F).*

*« Depuis le 14 octobre, je vois des images que je pensais avoir oubliées, ça peut arriver à tout moment de la journée, quand je suis au travail par exemple [...] comme quand on était évacués de l'école, les cris, les hurlements, les cadavres dans la rue, il fallait enjamber des cadavres pour échapper aux bombardements...je revois ces cadavres que j'ai dû enjamber dans mes cauchemars » (P18 : 13 ans G).*

*b) Sous-thème. Évocation du traumatisme : évitement versus communication*

Malgré la résurgence de leurs propres souvenirs de guerre, la majorité des parents évitait de parler avec leur enfant de l'évènement traumatique, ou de ce qu'il/elle avait pu ressentir pendant ou après l'évènement et ceci quel que soit le type de l'ET, ce qu'illustre cet extrait :

*« Je crains que si je parle trop de ce qui s'est passé ce jour-là (en référence au conflit armé du 14 octobre), cela n'ouvre une boîte de Pandore et tout ce que nous vivons depuis un an nous explose au visage... à commencer par l'explosion du 4 août... alors mieux vaut ne pas se concentrer sur les événements négatifs, ça ne sert à rien d'en parler et de s'y attarder, il suffit d'avancer, c'est ce que nous avons essayé de faire » (P14 :13 ans G).*

D'autres parents ont évoqué que c'était aussi la façon dont leurs propres parents avaient géré avec eux l'exposition à des évènements traumatiques lors de la guerre dans leur enfance :

*« Pourquoi lui en parler ? C'est du passé et la voilà bien en vie et en bonne*

*santé, c'est le plus important. C'est ce qu'il faut regarder, c'est ce qu'il faut voir. Non pas qu'elle a failli mourir, mais plutôt qu'elle est en vie...c'est de la gratitude qu'il faut exprimer à Dieu au lieu de se plaindre sur son sort...plus on en parle, plus on reste dedans...c'est comme ça que j'ai grandi moi aussi...il y a des obus des bombardements le mur qui craque et on se réfugie tous aux abris...après ça se calme et on retourne à notre appartement et on continue notre vie jusqu'au prochain épisode...on n'allait pas rester dessus des heures...il faut passer à autre chose... » (P 4 : 12 ans F).*

Lorsque l'adolescent avait besoin d'être rassuré ou voulait parler de l'événement ou poser des questions sur la situation politique actuelle, la plupart des parents essayaient d'éviter la discussion avec des réponses vagues, en changeant de sujet, ou en demandant à l'adolescent de ne pas s'en préoccuper, que tout ira bien. Parfois, c'était l'enfant lui-même qui évitait de parler et/ou de penser à l'événement et réagissait fortement à tout rappel de celui-ci. *Lui aussi évite d'en parler, je vois qu'il n'en a pas envie alors pourquoi lui en parler ?* (P26 : 14 ans G). L'évitement de l'adolescent décourageait encore plus les parents d'aborder le sujet.

Les parents qui vivaient une forte reviviscence de souvenirs de guerre de leur propre enfance et adolescence évitaient généralement de partager ces souvenirs avec leurs adolescents, craignant que cela ne les affecte négativement : *Non, je ne lui raconte pas mon enfance sous les bombardements... pourquoi devrais-je faire ça ? C'est du passé, inutile de nous ramener en arrière, nous avons déjà assez de choses à gérer...* (P 6:12 ans F). *Ce qui s'est passé le 14 octobre, c'était une scène de guerre... la même dont j'ai été témoin presque tous les jours quand j'étais enfant... mais je ne lui en parle pas, ce n'est pas nécessaire, le chapitre est clos* (P12 : 14 ans G).

Cependant, quelques parents se permettaient de partager ouvertement avec leurs adolescents leurs expériences de la guerre dans l'espoir que cela renforcerait le lien avec leur enfant et l'aiderait à se sentir compris et validé, comme l'illustrent ces extraits :

« Cette nuit-là (du 14 octobre) quand nous avons été réunis, je l'ai serrée dans mes bras comme je ne l'avais jamais fait de ma vie... et plus tard je lui ai dit quelque chose dont je ne lui avais jamais parlé... que je suis une enfant de la guerre, que j'ai vécu côte-à-côte avec la mort, avec la mort qui peut survenir à tout moment à tout instant, prendre n'importe qui autour de moi...j'habitais le quartier le plus chaud de Beyrouth le quartier juste à la limite entre les deux régions chrétienne et musulmane où il y avait un sniper qui tirait aléatoirement sur les gens... Et je peux vous assurer... que le matin au petit-déjeuner on parlait de qui était mort dans le quartier hier comme on parlait de quel temps il ferait aujourd'hui...et j'ai survécu à tout ça et me voilà, peut-on dire... presque normale (rires et pleurs en même temps pendant l'entretien)... mais c'est douloureux et effrayant. Je sentais qu'elle avait besoin de savoir cela sur mon passé... que cela la rassurerait d'une certaine manière. On ne parle jamais de la guerre, comme si elle n'avait jamais existé...et pour moi véritablement c'est comme si elle n'avait jamais existé avant que ces événements dans le pays me rappellent qu'elle a bel et bien existé ... » (P24 : 13 ans F).

« Vous savez, depuis la fin de la guerre en 1991, on n'arrête pas d'entendre : « Que Dieu pardonne ce qui s'est passé dans le passé » (en référence à une célèbre citation arabe sur le fait de laisser le passé derrière soi et d'avancer), alors que vous pensez que cela pourrait se reproduire tous les jours... J'ai parlé à mon fils de la guerre quand j'étais enfant... après ce qu'il a vu le 14 octobre... je voulais qu'il se sente compris, que je communique avec lui à un niveau différent... qu'il n'y a rien de mal à avoir peur, que parfois on garde des cicatrices mais on survit » (P26 : 14 ans G).

#### 4) Thème 3. Perceptions parentales autour du trauma et de la résilience

La résurgence de souvenirs traumatiques et d'expériences personnelles antérieures chez

les parents à la suite de l'exposition traumatique de leur adolescent impactait leur compréhension des réactions post-traumatiques de leurs enfants façonnait leurs perceptions du traumatisme et de la résilience.

*a) Sous-thème. Impact sur la compréhension du traumatisme*

Les parents mettaient en avant leurs propres expériences de guerre antérieures afin d'expliquer et de comprendre les changements émotionnels et comportementaux de leurs enfants, en particulier pour ceux qui ont été exposés au conflit armé du 14 octobre :

*« Je suis passée par là, j'ai vécu ça. J'imagine la peur qu'elle a dû ressentir en se cachant sous le bureau en attendant de pouvoir sortir. Alors maintenant, elle se comporte bizarrement, parfois irritable, parfois anxieuse, elle n'arrive pas à dormir, c'est sûrement à cause de ce qu'elle a vécu ce jour-là » (P11 : 15 ans F).*

*« Je sais ce que c'est de craindre de mourir, je comprends pourquoi elle est si anxieuse maintenant et n'arrive pas à dormir, n'arrive pas à se concentrer à l'école... elle aurait pu mourir ce jour-là » (P22 : 16 ans F).*

Bien que les parents aient utilisé fréquemment le mot « traumatisme » en anglais ou en français dans les entretiens pour décrire leurs propres souvenirs de guerre et la détresse de leurs enfants, 15 parents ont critiqué la notion de trouble de stress traumatique. Ils estimaient que ce concept ne décrivait pas avec précision leurs expériences et celles de leurs enfants. Même si les symptômes manifestés par leurs adolescents semblaient valables et légitimes, les parents étaient moins enclins à les comprendre ou à les conceptualiser à travers le prisme d'un trouble psychologique, le trouble de stress post-traumatique.

*« Ils n'arrêtent pas de nous parler de traumatisme. Vous voyez ces campagnes de sensibilisation du ministère de la santé ou d'ONG, qui passent à la télé, sur le traumatisme, trauma par ci, trauma par là...des psy qui font des entretiens à la télé et la radio, sans cesse, pour nous dire*



*de faire attention, notre enfant pourrait avoir un traumatisme...à les entendre il serait troublé, malade, blessure invisible qu'ils disent...je me demande comment je vais la voir si elle est invisible... Eh bien, je vous dis que c'est nouveau ça toute cette excitation sur le traumatisme... c'est à la mode (à la mode est utilisé en français par le parent dans l'entretien) [..]. Quand j'étais enfant, personne ne parlait de traumatisme. Et on vivait des choses bien pires... c'était juste normal ; on n'avait pas besoin d'un traitement spécial, comme si on avait une maladie... on y pense pendant quelques jours puis on se lève et on continue sa vie sous les bombardements ça ne fait pas de nous des traumatisés!» (P16 :13 ans G).*

*« Tout le monde parle de traumatisme ces jours-ci à Beyrouth. Nous sommes tous traumatisés, disent-ils à la télévision...je trouve aberrant qu'ils nous disent qu'on est traumatisé mais qu'on ne s'en rend pas compte comme si c'était caché quelque part et qu'on était trop bête pour le voir...mais bon j'ai envie de leur dire à ces pysys si ce fameux trauma est caché et invisible et que ça ne me gêne pas en quoi c'est un trouble dites-moi ? Et vous entendez à longueur de journée ces discours sur les traumatismes et ces spécialistes qui parlent de trauma à la télé... croyez-moi, nous avons vécu pire que cela dans la guerre civile et personne ne nous a rien dit sur les traumatismes. Et nous avons grandi comme tout le monde et nous sommes normaux. Si vous donnez à votre enfant l'idée qu'il est traumatisé et malade, si vous le mettez dans cette catégorie et que vous vous comportez avec lui comme s'il était malade, ce sera encore plus difficile pour lui...ça sera plus dur d'avancer... » (P4 : 12 ans F).*

A noter que les parents ont utilisé le mot traumatisme dans les entretiens en français ou en anglais tel qu'il apparaît dans cet article, ou avec son diminutif « trauma » car le mot qui a le sens le plus proche en arabe se traduit davantage par choc aigu *sadma* صدمة que par traumatisme.

*b) Sous-thème : Impact sur la compréhension de la résilience : tempérament versus mythe*

Le concept de résilience a été évoqué par 19 parents comme un trait caractéristique de la population libanaise face à l'adversité, quel que soit le type d'ET récent auquel l'adolescent avait été exposé. Les parents reconnaissaient et identifiaient des niveaux élevés de détresse émotionnelle en eux-mêmes et chez leurs enfants dans le contexte de facteurs de stress et d'événements traumatisants continus, mais ils s'attendaient à ce que leur enfant manifeste ce trait « libanais » de résilience à un moment donné pour surmonter son état émotionnel actuel. Les parents n'indiquaient pas clairement comment et par quelles stratégies cette résilience peut se manifester puisqu'elle a été évoquée plutôt comme une caractéristique endogène partagée par les individus et les communautés libanaises. *Nous sommes Libanais, nous sommes forts, nous surmonterons tout cela* (P12 :14 ans G). *Je dis à ma fille : tu es forte, tu es libanaise, nous sommes des survivants, nous ne cédon pas à la peur et à la tristesse, nous ne nous laissons pas submerger par les évènements* (P17 : 12 ans F). Les participants ont souvent utilisé dans les entretiens une métaphore couramment répandue comparant les Libanais au « *phénix qui renaît encore et encore de ses cendres* » et citant la célèbre poétesse libanaise Nadia Tueni : « *Beyrouth mille fois morte et mille fois revécue* » en se comparant à leur ville. Ils exprimaient une fierté de se définir comme résilients, et aussi comme résistants. D'ailleurs les deux termes de « résilience » et « résistance » étaient utilisés de façon interchangeable.

*« Même au summum du désespoir, je sais que ça va aller, nous sommes Libanais, nos parents ont vécu cela, nous l'avons vécu, et nos enfants et leurs enfants le vivront... c'est comme ça... c'est notre vie c'est qui nous sommes... regardez ce qui s'est passé le 4 août...dès le lendemain les gens étaient dans les quartiers détruits en train de nettoyer, d'aider, de reconstruire...on a reconstruit Beyrouth en une année...Beyrouth mille fois morte et mille fois revécue... et nous aussi on est mille fois morts et mille fois revécus jusqu'à notre mort finale, véritable, je vous assure jusqu'au dernier souffle on va continuer de vivre, la vie, la vie, la vie... Je dis à mes enfants : n'oubliez pas que vous êtes Libanais, vous êtes forts et*

*vous n'abandonnez pas, alors tout cela passera. Je trouve un grand réconfort dans cette croyance lorsque je me sens déprimé ou en colère, un grand apaisement... » (P7 : 13 ans F).*

*« Pendant la guerre quand j'étais enfant, il y avait des mois de bombardements intenses où nous nous cachions sous terre et soudain une semaine de cessez-le-feu... Je peux vous dire ça et je ne vous mens pas... Pendant cette semaine de pause, nous faisons la fête et dansions avec les voisins toute la nuit, c'était les festivités, la musique, ma mère courait chez le coiffeur et l'esthéticienne, ceux qui étaient encore en vie... d'ailleurs j'ai même le souvenir de ma mère en train de se maquiller dans l'abri sous terre, pour être soignée et présentable en toutes circonstances, même sous les bombes ! (rires) et nous recommençons encore et encore tant que nous sommes en vie. C'est la force libanaise qu'on ne voit nulle part ailleurs dans le monde... alors ne me parlez pas de traumatisme ou de maladie cachée (P19 : 14 ans F) ».*

Ce concept de résilience ou de force perçue était aussi parfois assimilé au fait de devoir accepter sa réalité sans « *se plaindre tout le temps* » et exprimer sa gratitude pour ce que l'on a. Les parents terminaient généralement une phrase ou une conversation par l'expression *Al Hamdu lil Allah*, qui signifie « reconnaissance et gratitude envers Dieu », même après avoir décrit d'horribles souvenirs de guerre ou d'extrême adversité. Par cette expression, ils voulaient dire qu'ils étaient quand même reconnaissants d'être en vie, que leurs proches soient en bonne santé et d'avoir ce qu'ils avaient malgré toutes les difficultés. Ils attendaient également de leurs enfants qu'ils expriment cette gratitude : *elle ne se rend pas compte de la chance qu'elle a d'être en vie* (P17 : 12 ans F). *Au moins, nous sommes en bonne santé et nous avons un toit au-dessus de nos têtes* (P11 : 15 ans F). *Je lui dis que se plaindre et pleurer ça n'aidera pas, tu devrais être reconnaissante d'avoir au moins des membres de ta famille à l'étranger qui peuvent nous aider financièrement.* (P2 : 13 ans F)

Cependant, d'autres parents ne trouvaient pas du réconfort dans cette représentation de la résilience libanaise et remettaient en question ce mythe collectif qu'ils ne trouvaient plus compatible avec leur vécu actuel ni avec les besoins de leur enfant. Ils le percevaient comme irréaliste et estimaient que cela les plaçait, ainsi que leurs enfants, sous beaucoup de pression, presque au point de nier leur réalité actuelle. Ces mêmes parents critiquaient aussi ce concept de résilience libanaise comme étant une forme déguisée de résignation et d'impuissance.

*« J'en ai marre de devoir faire preuve de résilience, simplement parce que je suis libanaise, comme si c'était une sorte de bénédiction génétique. Je ne veux plus de cette étiquette. Je dois pouvoir exprimer mes peurs et mon anxiété et permettre à mon enfant de le faire également. Je n'arrive plus à m'adapter...Comment peut-on s'adapter à cet environnement, à cette instabilité permanente, cela me semble anormal de pouvoir s'adapter à cela et de demander à nos enfants de le faire...moi j'ai envie de faire exploser ma colère, de m'effondrer, de crier, je n'en peux plus ! »  
(P24 : 13 ans F).*

*« Je veux une vie normale, et ce n'est pas normal. Au moins, nous pouvons le reconnaître au lieu d'être fiers d'être capables de tout supporter... certaines choses sont tout simplement insupportables... ce n'est pas de la résilience ; c'est du déni ou simplement une fierté insensée... pas étonnant que les choses ne changent jamais si vous vous adaptez à tout, que vous acceptez tout, que vous essayez de vous débrouiller malgré tout... » (P26 : 14 ans G).*

A noter qu'il a été constaté dans les retranscriptions des participants que les parents qui communiquaient ouvertement autour des souvenirs de guerre (Thème 2, sous-thème b) étaient souvent les mêmes qui contestaient la résilience en tant que trait tempéramental fixe des Libanais en tentant de développer des explications plus dynamiques de la résilience. Ces participants décrivaient vouloir prioriser la reconnexion émotionnelle avec leur enfant.

#### 5) Thème 4. L'exposition traumatique entraîne des styles parentaux inconsistants et impacte la dynamique familiale

Les parents ont signalé des changements dans leurs styles parentaux pour faire face aux difficultés émotionnelles et comportementales observées chez leurs adolescents. Ils exprimaient cependant que ces stratégies minaient leur sentiment d'efficacité parentale et ils ne les considéraient pas systématiquement comme une réponse parentale appropriée.

##### *a) Sous-thème. Oscillation entre style parental contrôlant/sévère, engageant/soutenant, et évitant/détaché*

De nombreux participants ont déclaré osciller entre un style parental contrôlant/ sévère centré sur la discipline, un style parental impliqué et soutenant, et un style parental évitant/détaché quand ils se sentaient surmenés. Le motif décrit sous-tendant le style parental contrôlant était de ne pas laisser l'adolescent « *somber dans de mauvaises habitudes ou dans le désespoir* », « *s'apitoyer sur son sort* », « *devenir faible* », ou « *s'habituer à un rôle de malade* ». Cela se manifestait principalement par des punitions, des cris, des reproches de ne pas faire d'efforts pour aller mieux et des exigences qu'il/elle continue de suivre/faire sa routine quotidienne. Les symptômes psychologiques étaient perçus dans ce cas comme une forme de faiblesse à laquelle l'adolescent devait selon les parents faire face par de la volonté, par un choix conscient ou une décision morale, et par la résilience libanaise. Cette perception était courante parmi les parents (n=20). Elle était consistante indépendamment du type d'événement traumatique ou du fait de bénéficier d'un suivi en santé mentale préalable avec un professionnel.

*« Vous pouvez dire que je la force à aller mieux... il n'y a pas d'autre option. Je ne la laisserai pas passer tout son temps au lit à pleurer ou sur son téléphone... elle pourrait s'y habituer à ces comportements qui ne l'aideront pas du tout. C'est pour son bien. Je lui dis qu'elle devrait fournir des efforts, j'ai vécu bien pire que ça et pas un seul jour de ma vie je ne l'ai passé au lit... Tant que tu es en vie tu te lèves et tu avances... tu as de la chance d'être en vie... » (P9 : 14 ans F).*

Les parents ont également indiqué qu'ils étaient plus contrôlants des déplacements et des sorties de leur enfant, craignant qu'il ne se passe quelque chose dans le contexte de l'agitation politique actuelle du pays. Cependant, les mêmes parents qui évoquaient avoir recours à une discipline sévère pouvaient également faire preuve d'engagement impliqué et d'écoute chaleureuse envers leurs adolescents à certains moments. « *Le soir, je vais la prendre dans mes bras. Je lui dis que c'est difficile pour nous tous, mais que tout ira bien*" (P2:13 ans F). Ils se sentaient coupables d'être stricts et sévères en réalisant que leur enfant avait besoin de soutien et de validation. "*Je sens que ce n'est pas la bonne manière de le traiter, qu'il a besoin de plus de soutien, mais je n'arrive juste pas à me contrôler*" (P26: 14 ans G). Les parents ont toutefois identifié que leur propre détresse émotionnelle pouvait les rendre parfois moins accessibles et moins tolérant envers leurs enfants :

*« Parfois, je pense que je suis trop dur avec elle et avec moi-même... J'ai ces moments où je me dis : qu'est-ce que tu fais ? va embrasser ton enfant. Essaie de comprendre ce qu'elle vit [...] mais cela ne me vient pas naturellement, je suis moi-même tellement épuisée et à peine capable de fonctionner donc c'est peut-être pour ça que je n'ai pas de patience aussi. Ce n'est pas vraiment de sa faute... » (P9 : 14 ans F).*

Les parents ont également rapporté que s'ils étaient devenus plus contrôlants et plus sévères, surveillant et restreignant davantage les sorties de leurs enfants, parce qu'ils craignaient le contexte d'insécurité et d'instabilité politique du pays.

*« Je ne veux pas qu'elle sorte la nuit avec tout ce qui se passe dans le pays, la guerre risque d'éclater à n'importe quel moment, les gens sont en train de s'armer, il y a plus de vols, plus d'agressions, car les gens sont de plus en plus pauvres... c'était un pays sûr pourtant le Liban...surtout Beyrouth ! mais là pas question qu'elle sorte seule avec des copines, surtout le soir ! je suis intransigeante là-dessus...mais elle ne l'accepte pas. Elle me dit que je lui retire sa seule source de plaisir, que je suis*

*sévère, contrôlante, que c'est injuste et ce sont encore des conflits avec elle... d'ailleurs elle ne pense qu'à ça, sortir avec ses copines, nous elle ne veut pas nous parler... » (P 17 : 12 ans F).*

Parfois, les parents se désengageaient de leur enfant, évitant les conflits et les confrontations tout en rejetant les adaptations et les ajustements et tentant de reprendre la vie comme si de rien n'était. Les parents décrivaient qu'ils attendaient « *que le temps fasse son travail* », affirmant que « *la tempête finira par passer* », et que l'adolescent va « *se calmer ou oublier avec le temps* ». Malgré leurs efforts persistants pour rétablir la normalité, ils étaient confrontés à des obstacles importants dus aux modifications comportementales et émotionnelles de leurs enfants et à leur fonctionnalité réduite. Surtout, leurs efforts étaient entravés par le fait qu'il existait un contexte de crise continue ayant précédé l'ET récent, et qu'une nouvelle normalité ne pouvait pas être atteinte en présence d'une instabilité continue. Les participants ont souligné leurs immenses efforts pour établir des routines quotidiennes et des vies fonctionnelles. Comme l'a décrit un parent :

*« Nous voulons oublier cet incident et passer à autre chose... mais comment y parvenir réellement ? Nous essayons... mais notre fille est à peine fonctionnelle, toujours distraite, alors comment pouvons-nous ignorer cela. Et en plus, même si tu as envie de retrouver un nouvel équilibre dans la vie de famille, ce que nous essayons de faire depuis un an... et bien quelque chose de nouveau te frappe encore... comme si on ne savait pas ce qui va se passer demain avec cette situation dans le pays... » (P8 : 12 ans G).*

*b) Sous-thème. Impact sur la dynamique familiale et les sentiments d'efficacité parentale*

Près de la moitié des participants ont rapporté que cette inconsistance dans leur réponse parentale alternant entre discipline contrôlante, engagement, et évitement, impactait leur relation avec leur enfant et la dynamique familiale en général. L'une des

sources les plus importantes de conflit avec leur adolescent était leur comportement contrôlant et leurs restrictions concernant les sorties, alors que leurs jeunes voulaient passer du temps avec leurs amis. Ce climat conflictuel finissait par entraîner un sentiment d'inefficience parentale, ce qui aggravait encore plus le stress parental.

*« Je ne peux plus communiquer avec elle comme avant [...]. Avant, nous aimions cuisiner ensemble, mais maintenant elle est tellement détachée de moi, de nous, c'est comme si elle était dans son propre monde et ne nous laissait pas entrer. Elle ne veut rien faire. Elle veut seulement sortir le soir pour voir ses amis ! Et j'ai trop peur de la laisser sortir la nuit... Je me sens frustrée et je lui en veux, je lui en veux de nous en vouloir, comme si ce qui s'était passé était de notre faute... et alors je commence à crier, à la critiquer, à la blâmer, et je sais que c'est mauvais... ça n'aide pas... Je ne sais pas quoi faire, je me sens parfois très perdue ...alors j'ai recours à ce que je connais le mieux : ordonner, diriger, contrôler... et ça ne fait qu'empirer les choses ! » (P2 : 13 ans F).*

De plus, certains participants ont décrit qu'il y avait souvent des divergences entre les parents dans la manière dont ils traitaient les problèmes émotionnels et comportementaux de leur enfant, ce qui créait des tensions supplémentaires au sein de la famille. Les parents ont souligné l'impact de ces relations conflictuelles à la fois sur la fratrie et sur la dynamique familiale globale, perturbant les routines familiales établies qui étaient déjà assez altérées avant l'ET par les changements en cours apportés par la crise économique et politique du pays. Les participants rapportaient avoir du mal à répondre aux besoins de leurs frères et sœurs, ce qui augmentait leur sentiment de culpabilité et d'inadéquation.

#### 6) Thème 5. Faire face à l'adversité : stratégies de coping diverses

La plupart des parents ont essayé de recourir, à des degrés divers, aux ressources disponibles dans leur environnement et à des stratégies d'adaptation à la suite de l'exposition traumatique de leur adolescent. Bien que tous les parents aient expérimenté les effets négatifs



de la crise prolongée et de l'exposition traumatique récente de l'enfant sur leur bien-être psychologique, certains étaient mieux à même de maintenir une relation positive avec leurs enfants, en répondant à leurs besoins ou à leurs signes de détresse et en s'abstenant d'avoir des attitudes parentales coercitives. Nous avons constaté que les parents qui utilisaient activement les ressources à leur disposition étaient généralement ceux qui étaient capables de remettre en question leurs représentations du traumatisme et de la résilience, acceptant le fonctionnement altéré de leur enfant, sans le forcer à être « fort » ou à réprimer ses sentiments pour « passer à autre chose ». Ces parents essayaient de s'adapter à la situation en recherchant davantage de soutien communautaire et de liens sociaux, en sollicitant les conseils de professionnels, en parlant ouvertement avec leur adolescent eu utilisant humour et d'empathie, et en se fixant des objectifs réalistes au jour le jour

*a) Sous-thème. Ressources économiques*

Un meilleur accès aux ressources économiques a émergé comme un facteur de protection potentiel contribuant à une parentalité positive à la suite de la récente exposition traumatique de l'enfant dans le contexte de la crise actuelle. L'accès à des ressources économiques était relié par les participants à un sentiment d'autonomie et de pouvoir d'agir, dans la mesure où ces parents se sentaient mieux équipés pour concevoir des plans et se projeter dans un avenir potentiellement meilleur, que ce soit au Liban ou à l'étranger, puisque la plupart des parents gardaient à l'esprit la possibilité de « partir » comme nombre de leurs amis et de leur entourage l'avaient déjà fait :

*« Le moment où j'ai su que mon mari sera payé en dollars, j'étais tellement soulagée... parce que vous savez, il travaille dans une entreprise internationale, donc avec l'inflation sévère, ils ont commencé à leur payer leurs salaires en dollars... donc maintenant je suis soulagée de savoir qu'au moins nous assurerons tous les besoins de base [...] Et donc je suis immédiatement devenue plus détendue et plus calme avec mon enfant, je suis plus émotionnellement disponible, pour ainsi dire... alors qu'avant cela, j'étais devenue très irritable... parce que j'étais tellement inquiète*

*tout le temps » (P22 : 16 ans F).*

*« Nous avons vraiment le privilège d'avoir nos salaires en dollars et de travailler avec des entreprises internationales... C'est un tel soulagement quand on voit tout ce qui se passe, au moins nous pouvons économiser un peu d'argent, planifier pour un avenir proche, au cas où nous serions forcés de partir, à cause... vous savez... de la situation... au moins nous ne serons pas dans une condition précaire... garder notre dignité... » (P9 : 14 ans F).*

Les participants ayant la double nationalité franco-libanaise (6 participants) avaient également un plus grand sentiment de contrôle sur leur vie et d'auto-détermination, puisqu'ils estimaient que la nationalité française leur donnait ainsi qu'à leurs enfants une certaine garantie ; si la guerre éclatait, ils pouvaient être évacués avec leurs familles vers la France.

*b) Sous-thème. Support social et coping collectif*

Le soutien social a également été mentionné par les parents comme un facteur de protection et une ressource supplémentaire pour promouvoir leur soutien à leur enfant. Les participants ont déclaré qu'ils bénéficiaient d'un support émotionnel de la part des membres de leur famille, leurs voisins, leurs amis, même de ceux qui ont quitté le Liban, ainsi que de la présence d'un réseau communautaire de soutien. *J'ai leur soutien et ils ont le mien. Nous sommes tous ensemble dans cette situation (P8 :12 ans M).* Le sentiment de « *souffrance collective* » et de « *coping collectif* » a été évoqué comme une forme de consolation, surtout dans le fait de savoir qu'ils ne sont pas les seuls à traverser ces moments difficiles mais qu'il existe une expérience de souffrance partagée renforçant les liens et la compréhension mutuelle entre les gens. *Je sais que je ne suis pas seule, je n'ai pas besoin d'expliquer, je sais que ma sœur me comprend, et comprend ce que je vis, parfois elle reste avec les enfants pour que je puisse juste faire une sieste ou passer du temps de qualité avec mon aînée (P28 : 12 ans F).*

*« Mes amis et moi, nous avons ce groupe WhatsApp, nous y sommes constamment, partageant des actualités, des astuces, des conseils pédagogiques, des ressources [...] ils sont d'un grand soutien pour moi, émotionnel et logistique... » (P19 : 14 ans F).*

Les parents ayant une bonne relation de soutien mutuel avec leur partenaire ont décrit cela comme une ressource supplémentaire où ils puisaient de la patience envers les changements manifestés par leurs enfants. Onze participants ont attribué spécifiquement leur capacité à « *s'adapter à la situation actuelle* » et à maintenir un lien positif avec leurs enfants au soutien émotionnel et concret de leur conjoint.

*« Quand je suis sur le point de lui crier dessus parce qu'elle est restée dans sa chambre toute la journée, je regarde mon mari et je prends une profonde inspiration. Il comprend ce que je vis, il me touche doucement l'épaule et me dit : laisse-moi prendre ça. Et donc, on alterne avec les enfants, quand l'un de nous est en colère l'autre est plus patient » (P 21 : 15 ans F).*

### *c) Sous-thème. Consulter les professionnels*

Une autre source d'aide mentionnée était celle des professionnels vers lesquels les parents se tournaient, lorsque cela était possible, pour obtenir des conseils et une guidance. Les professionnels mentionnés étaient le médecin de famille, la psychologue scolaire et leur psychologue ou psychiatre habituel si l'enfant avait déjà un suivi en santé mentale. Certains parents ont déclaré que les professionnels faisaient preuve de compassion, essayaient d'atténuer leur culpabilité et leur fournissaient une certaine compréhension des symptômes manifestés par leurs enfants. D'autres, en revanche, étaient perçus par les parents comme trop prompts à prescrire des antidépresseurs comme si c'était la solution à ce qui leur paraissait une situation beaucoup plus complexe. *Il l'a vue cinq minutes et m'a dit qu'elle était déprimée ; elle a besoin d'antidépresseurs... et a pris 80 dollars !!! OK, je vais les lui donner parce que peut-être que ça l'aidera, mais je ne pense pas que ça m'a aidé du tout à la gérer*

*au quotidien...* (P23:12 ans F). Les parents estimaient que les professionnels ne leur fournissaient pas d'outils ni de solutions pratiques pour faire face aux problèmes émotionnels et comportementaux de leur enfant. Ils relevaient également qu'il s'agissait simplement d'un moyen d'aider leurs enfants à fonctionner au quotidien, mais qu'aucune amélioration durable n'était possible selon eux si les véritables sources de détresse persistaient.

Certains parents (n = 9) ont signalé des obstacles financiers face à l'accès aux professionnels de la santé mentale, car les soins de santé mentale au Liban relèvent principalement du secteur privé et il y avait de nombreux problèmes d'assurance maladie liés à la crise économique qui ne permettaient plus de couvrir les coûts de la consultation. Ils connaissaient des ONG qui fournissaient des services de santé mentale gratuits, mais étaient réticents à recourir à ces services en raison de la stigmatisation liée au fait d'être « *dans le besoin* » ou de bénéficier de ce qu'ils considéraient comme des organisations caritatives, ce qui voudrait dire qu'ils seraient eux-mêmes dans une forme de « déclassé social ».

#### *d) Sous-thème. Humour et empathie*

De nombreux parents ont utilisé l'humour pour décrire et accepter leur situation et l'ont qualifié de « *manière libanaise de faire face à la tragédie et au drame* ». Ils ont mentionné qu'ils l'utilisaient également avec leurs enfants, riant parfois ensemble de l'absurdité de la situation. Cela leur a permis d'avoir plus d'empathie envers leurs adolescents une fois qu'ils abandonnaient le mode contrôlant, et ils pouvaient alors rire avec eux. Des exemples d'humour comprenaient des blagues en arabe sur la manière dont l'incertitude et les conflits définissent l'identité des Libanais. *Ah, vous n'avez jamais été confronté à une menace de mort imminente ? Alors vous êtes un imposteur, vous ne pouvez pas être une Libanaise !* (P19 : 14 ans F). *Mon cousin se marie la semaine prochaine. Je lui ai dit c'est la crise économique, économise ton argent et n'achète pas de feux d'artifice pour le mariage, nous avons des partis politiques qui vont s'inviter à la fête et tirer partout, c'est moins cher que des feux d'artifice !* (rires) (P10:13 ans F).

*« Au Liban, c'est toujours le suspense. Les choses peuvent sembler normales pendant un certain temps jusqu'à ce que cela vous explose au visage. Bon au moins on ne s'ennuie pas, il y a toujours de l'action, j'ai dit à mon fils tu n'as pas besoin d'un jeu vidéo, tu vis au Liban c'est un jeu vidéo en direct ! » (P8 : 12 ans G).*

*e) Sous-thème. Vivre au jour le jour*

Neuf parents ont décrit comment ils en sont venus à abandonner la perspective de contrôle et à admettre qu'ils ne pourraient pas exiger de leurs enfants qu'ils reprennent vite leur fonctionnalité antérieure ni qu'ils se comportent comme si de rien n'était, en particulier dans le contexte de facteurs de stress persistants. Ils se sont adaptés à la situation en se concentrant sur des objectifs réalistes au jour le jour, une chose à la fois, en privilégiant le moment présent et les moments de connexion avec leur enfant. Les parents ayant pu s'ajuster de cette façon ont décrit des niveaux élevés de soutien social et de support de la part de leur conjoint, un accès aisé à des ressources économiques et des niveaux plus faibles de détresse et de sentiment d'inefficience parentale. Ils ont décrit qu'ils avaient arrêté de faire pression sur leur enfant pour qu'il soit « résilient » et ont pu remettre en question leur perception du traumatisme en tant que concept inutile et invalide, et de la résilience en tant que trait tempéramental fixe propre aux libanais, affirmant que cela ne correspondait pas à leur nouvelle réalité ou aux besoins de leurs enfants, même s'ils avaient été élevés dans ce sens par leurs propres parents en temps de guerre. Ils ont adopté une approche plus pragmatique visant à mobiliser le soutien logistique nécessaire pour répondre aux besoins de base au quotidien, comme l'illustre cette citation :

*« Mon mari et moi avons décidé que nous devons mobiliser notre énergie pour soutenir notre enfant... alors nous avons relâché la pression et essayé de nous concentrer sur la journée et de faire des petites tâches avec elle afin que nous puissions essayer de créer à nouveau des liens [...]. Elle a commencé à être plus réceptive à nos efforts pour communiquer avec elle. Parfois c'est dur parce qu'on est nous-mêmes épuisés et*

*inquiets, mais tient bon. Faire son lit, aider à la cuisine, sortir se promener, ce sont autant d'objectifs quotidiens que nous mettons en valeur, que nous valorisons... » (P24 : 13 ans F).*

*« D'accord, alors quand j'étais enfant, grandissant sous les bombes, je n'avais pas le droit de me plaindre, je supprimais simplement tout et passais vite à autre chose, je devais me sentir chanceux juste parce que je suis en vie... J'avais envie que ma mère me serre dans ses bras moi... et me rassure... eh bien, je pensais que c'était ainsi qu'il fallait faire... mais en fait, je ne veux pas faire ça avec mes enfants... il devrait y avoir un autre moyen que de simplement prétendre que nous sommes invincibles... au moins lui permettre d'exprimer sa peur sans la blâmer et sans la comparer toujours à des gens plus misérables... eh bien, ce n'est pas une compétition de souffrance ! » (P25 : 14 ans F).*

Les parents qui ont utilisé cette méthode pratique ont noté qu'elle les avait aidés à valoriser chaque réalisation de l'adolescent, même mineure, et que cela avait renforcé leur lien avec lui, tout en les aidant à retrouver un sentiment de contrôle sur leur vie, une certaine maîtrise, et un sentiment d'efficacité parentale, au lieu de se sentir soumis aux aléas des événements. Cela leur a donné un pouvoir d'agir, une plus grande estime de soi et l'espoir que les choses pourraient s'améliorer, sans nier la réalité des symptômes manifestés par leur enfant. *J'ai commencé à me sentir mieux lorsque j'ai renoué avec mon enfant (P 25 : 14 ans F) ; J'ai repris espoir lorsque nous avons à nouveau ri ensemble en famille, je peux au moins travailler sur quelque chose auquel je tiens, comme ma relation avec mes enfants (P27 : 13 ans F).*

## CHAPITRE 5- DISCUSSION

---

### I. SITE DE MONTPELLIER

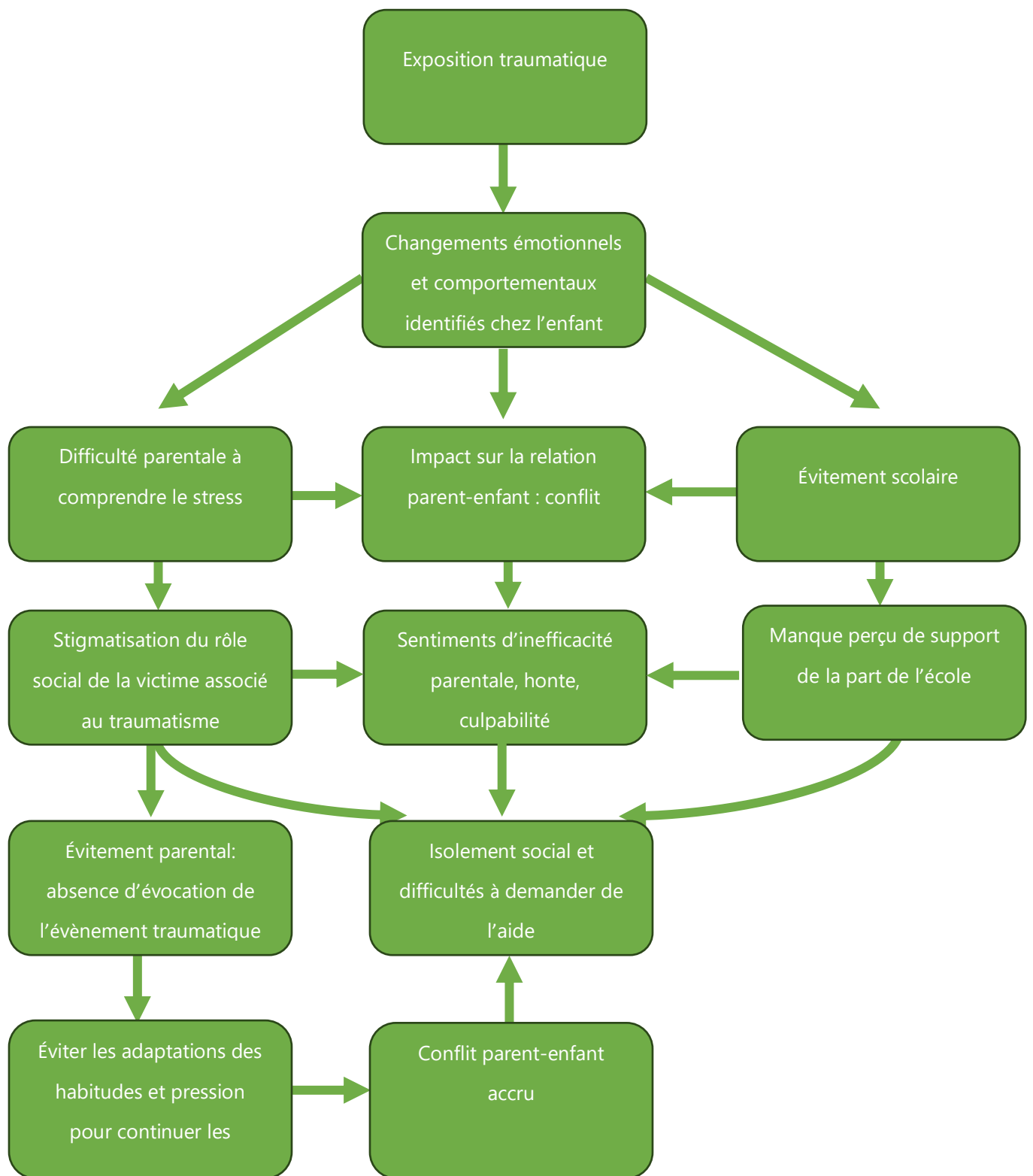
#### 1) Modélisation des conséquences de l'exposition traumatique sur les styles parentaux et la dynamique familiale

Nous avons exploré les expériences, réactions et besoins perçus de 34 parents de 25 adolescents exposés au cours des trois derniers mois à des événements traumatiques, avec 17 des 25 événements étant des agressions sexuelles. Nos résultats révèlent que les parents vivent un stress émotionnel élevé à la suite de l'exposition traumatique de l'adolescent. Ils ont du mal à comprendre et gérer les changements comportementaux et émotionnels qu'ils ont identifiés chez leurs enfants. Les participants ont rapporté que leur relation avec leur enfant était devenue conflictuelle et exprimaient de la culpabilité et un sentiment d'inefficacité parentale. Ils remettaient en question le rôle social de « victime » généré par l'exposition traumatique, et se sentaient socialement isolés, principalement en raison de la stigmatisation associée à ce statut de "victime". Les questions de l'évitement scolaire et du manque de collaboration avec les écoles semblent être des obstacles structurels majeurs auxquels les parents sont confrontés dans cette période péri-traumatique.

Les parents se répartissent dans deux catégories distinctes dans leur façon de naviguer les besoins contradictoires générés par l'exposition traumatique : ceux qui éprouvent des niveaux de honte et de culpabilité élevés ont tendance à recourir à l'évitement comme stratégie de coping, évitant de discuter de l'événement traumatique avec leur enfant, le pressant plutôt de reprendre sa vie comme elle était avant l'exposition traumatique, même si cela ne correspond pas à son expérience réelle ni à ses besoins et perpétue les relations conflictuelles. Les parents dans la deuxième catégorie, qui sont nettement moins nombreux, se sont adaptés en questionnant leurs représentations et revoyant leurs attentes selon lesquelles la vie devrait continuer comme si rien ne s'était passé. Ils tentent de trouver de nouvelles routines fonctionnelles, avec néanmoins un risque perçu de sur accommoder les comportements mal adaptatifs de l'enfant. Cependant, les parents qui s'adaptent aux conséquences fonctionnelles

du stress traumatique et arrivent à créer de nouvelles routines quotidiennes en conformité avec leurs besoins actuels et ceux de leurs enfants, arrivent à restaurer un certain niveau de connexion avec leur enfant, ainsi qu'un sentiment d'agentivité et de contrôle sur leur vie. Ils expriment un regain d'espoir et peuvent activement adopter des comportements de demande d'aide auprès des autres membres de leur famille, de leurs amis et des professionnels. La Figure 2 résume la connexion entre les thèmes et sous-thèmes liés aux conséquences familiales de l'exposition traumatique et à l'évitement en tant que réponse parentale.





**Figure 2- Connexion entre les thèmes et sous-thèmes liés aux conséquences familiales de l'exposition traumatique et à l'évitement en tant que réponse parentale**

## 2) Identification des problèmes émotionnels et comportementaux des enfants par les parents

### a) *Symptômes post-traumatiques*

Les parents identifient toute une gamme de changements émotionnels et comportementaux chez leurs enfants, principalement des difficultés de régulation émotionnelle, notamment l'irritabilité et les comportements d'opposition, un état d'hypervigilance, le repli sur soi et le refus d'aller à l'école. Les observations des parents concernant les symptômes manifestés par leur enfant mettent l'accent sur les comportements externalisés plutôt que sur les symptômes internalisés et ne reflètent donc pas nécessairement l'expérience émotionnelle des enfants eux-mêmes. Ceci a déjà été décrit dans la littérature, avec une tendance documentée des parents à rapporter les symptômes externalisés plutôt qu'internalisés chez leurs enfants (Rescorla et al, 2013 ; Rescorla et al, 2017). Les symptômes observés semblent correspondre à des réactions de stress post-traumatique, selon les critères du DSM5 (APA, 2013), ce qui est prévisible à un stade aussi aigu après l'exposition traumatique, même si notre but n'était de faire une évaluation diagnostique des enfants par les parents. Les flashbacks et les symptômes intrusifs ne sont pas signalés par les participants, ce qui peut s'expliquer par le fait que les enfants ne partagent pas ces symptômes avec leurs parents. En effet, communiquer autour de ces symptômes peut impliquer pour l'adolescent d'évoquer par la parole ou la pensée l'événement traumatique, ce qui pourrait déclencher des réactions physiologiques négatives et encore plus de réactions post-traumatiques, d'où l'évitement de cette évocation (Meiser-Stedman et al, 2007). De même, les états dissociatifs ne sont pas rapportés par les parents, bien qu'ils puissent faire partie des réactions post-traumatiques. Ceci peut être dû au fait que les parents ne reconnaissent pas les symptômes dissociatifs s'ils ne savent pas ce que c'est, et que ces symptômes peuvent être occultés par d'autres tels que le fait de « *rester silencieux pendant une longue période* » ou de « *s'isoler dans la chambre pendant plusieurs heures* ».

### b) *Symptômes de type obsessionnels-compulsifs*

Une observation frappante faite par les parents est l'émergence de comportements de

type obsessionnels compulsifs chez huit filles qui avaient été agressées sexuellement, alors que ces symptômes n'avaient pas été remarqués avant l'évènement traumatique. Les parents attribuent ces comportements de obsessionnels compulsifs à la tentative de l'enfant de "se laver" de l'agression et de retrouver un certain contrôle sur son corps. À ce stade, ce n'est pas clair si ces symptômes font partie d'une réaction post-traumatique aiguë et se résoudront avec le temps ou s'ils constituent des symptômes inauguraux d'un trouble obsessionnel compulsif (TOC) sur le long terme. Il n'existe pas beaucoup de données sur la prévalence des antécédents d'abus sexuel dans l'enfance chez les patients souffrant d'un TOC ou sur l'abus sexuel comme facteur de risque de TOC. Les études ayant examiné cette association donnent des résultats contradictoires, certaines démontrant un taux accru d'exposition à des abus sexuels dans l'enfance chez des patients atteints de TOC (Caspi et al, 2008 ; Grisham et al, 2011), tandis que d'autres ne retrouvent pas cette association (Carpenter & Chung, 2011). Par ailleurs, les antécédents d'abus émotionnel et/ou de négligence dans l'enfance sont retrouvés de manière plus consistante chez les patients avec un TOC que les antécédents d'abus sexuel (Voderholzer et al, 2014).

Cependant, les adultes atteints de TOC et ayant des antécédents d'abus sexuels dans leur enfance présentent des symptômes de TOC plus graves et une résistance au traitement plus importante que ceux sans antécédents d'exposition traumatique sexuelle (Boger et al, 2020 ; Visser et al., 2014). Il existe également quelques données en faveur du rôle causal de l'exposition traumatique dans l'enfance, notamment sexuelle, dans le développement du TOC à l'adolescence et à l'âge adulte, en particulier les comportements de propreté et de lavage (Lochner et al, 2002 ; Mathews et al, 2008). Une explication possible pourrait être que l'abus sexuel sert de déclencheur précipitant conduisant à l'émergence du TOC chez les enfants génétiquement prédisposés. Il est également possible que les enfants étant plus souvent à la maison en raison du refus d'aller à l'école, et les parents s'accommodant à cette situation en restant à la maison avec eux, ils aient eu plus d'opportunités d'observation pour remarquer des symptômes préalablement passés inaperçus avant l'agression sexuelle car subcliniques. Cette même observation a été faite chez les enfants qui ont développé des symptômes de type TOC à la suite de la pandémie du Covid-19 (Barth et al, 2022). Des recherches longitudinales

supplémentaires sont nécessaires sur cette sous-population d'enfants qui développent des comportements de type TOC à la suite d'abus sexuels.

### *c) Évitement scolaire*

Une préoccupation particulière exprimée par les parents est liée aux changements considérables dans l'assiduité scolaire de leur adolescent, qui nécessitent un soutien important à domicile et des aménagements spéciaux de leur emploi de temps. En effet, la plupart des adolescents étaient dans le refus et l'évitement d'aller au collège ou au lycée et arrivaient à réduire de manière importante leur temps sur l'établissement scolaire. Cet impact de l'exposition traumatique sur la fréquentation scolaire peut s'expliquer de plusieurs manières intriquées : Les données de la littérature démontrent que le stress post-traumatique altère les processus d'apprentissage et de concentration en induisant une altération de la mémoire verbale, des compétences d'attention complexe et des fonctions exécutives, ce qui conduit à une altération cognitive (Elzinga & Bremner, 2002 ; Johnsen & Asbjørnsen, 2008). Cette baisse des performances scolaires peut en outre affecter l'estime de soi des adolescents qui viennent d'être impactés par un événement traumatique, ce qui conduit à l'absentéisme scolaire. Cela peut être particulièrement marqué chez les enfants avec des difficultés scolaires préexistantes, à cause d'un TDAH par exemple. Chez ces enfants, l'exposition traumatique les fragilise davantage sur le plan scolaire en impactant encore plus leurs performances scolaires. De plus, le refus d'aller à l'école peut également être un symptôme d'évitement post-traumatique (peur de sortir et d'être exposé à nouveau ou de raviver des flashbacks en voyant des camarades de classe qui étaient à la même fête où l'agression s'est produite, par exemple). Une troisième explication peut être le comportement oppositionnel post-traumatique et une tentative de reprendre le contrôle après l'événement traumatique en s'opposant aux normes et aux routines habituelles (Perrin et al, 2000).

Un des principaux obstacles signalés par les parents dans cette période post-traumatique est le manque de collaboration avec les établissements scolaires. Les parents estiment qu'ils devaient se battre pour obtenir la crédibilité nécessaire et justifier le besoin de mesures éducatives spéciales, en ayant souvent recours à des rapports médicaux pour

demander des aménagements scolaires. Cela ajoute un stress supplémentaire à une situation déjà tendue et accroît leur propre dilemme quant à la légitimité des besoins de leurs enfants en matière d'aménagements spéciaux. Lorsque l'école était ouverte à la discussion et à la collaboration, les ajustements suggérés étaient jugés inadéquats et insuffisants par les parents. Certains parents ont fini par abandonner complètement la question de l'école, préférant passer à l'enseignement à domicile pour éviter complètement la difficulté de lutter avec l'école pour implémenter des ajustements scolaires et de demander constamment davantage. Cependant, cela pourrait avoir des effets délétères à long terme en augmentant les comportements d'évitement chez les jeunes, ce qui est connu pour perpétuer et renforcer les symptômes post-traumatiques (Smith et al, 2019). De plus, les parents estiment que les enseignants ne sont pas équipés pour faire face aux enfants exposés à un traumatisme, ce qui a déjà été démontré dans plusieurs études qualitatives rapportant que les enseignants se sentent incertains et hésitants quant à leur rôle lorsqu'ils sont confrontés à des élèves exposés à des événements traumatisants, et manquent de connaissance et de compréhension quant aux conséquences éducatives du stress traumatique (Alisic, 2012 ; Papadou et al, 2002; Dyregrov et al, 2013).

### 3) Difficultés à comprendre le traumatisme et stigmatisation liée au statut de victime

Dans notre étude, les parents ne font pas explicitement de lien entre l'exposition traumatique et les changements émotionnels et comportementaux de leurs enfants, contrairement à ce à quoi on se serait attendu moins de trois mois après l'évènement traumatique. À l'exception des symptômes de type obsessionnels compulsifs qui sont interprétés comme un moyen de "*laver son corps*" de l'agression sexuelle, les parents expriment confusion, frustration, et incompréhension face aux comportements oppositionnels, aux attitudes de repli sur soi ou encore au refus d'aller à l'école. Ils ont du mal à donner un sens à ces comportements, se demandant si ces problèmes sont réels ou si l'adolescent profite de l'évènement traumatique pour éviter l'école et bénéficier d'une attention et de mesures spéciales. Quand les parents décrivent la réduction du fonctionnement de leur enfant et ses problèmes de comportement, ils cherchent avant tout à situer les causes des changements dans un cadre moral plutôt que dans un cadre post-traumatisme : mon enfant est-il en train de

mentir ou de dire la vérité ? Est-ce qu'il est en train de profiter de la situation et de l'utiliser comme excuse pour être paresseux et ne pas assumer ses responsabilités ? Est-ce qu'il/elle mérite vraiment toutes ces mesures adaptatives et aménagements spéciaux ? Cette attitude parentale envers les enfants exposés à un événement traumatique ainsi que le doute quant au fait que les enfants soient en train de mentir ou de profiter de la situation ont déjà été observés dans un autre contexte européen, en Norvège (Røkholt et al, 2016). Ces attitudes de suspicion envers l'enfant semblent révéler un manque de connaissance et de compréhension des conséquences fonctionnelles du traumatisme et du concept de stress traumatique. Cette méconnaissance du stress traumatique alimente la mauvaise communication entre les parents et les enfants et conduit à des relations conflictuelles et à une détresse parentale accrue. Ce malentendu peut également s'expliquer par le fait que les parents n'ont pas accès aux pensées ou aux sentiments intérieurs de leur enfant, ce qui les aurait aidés à comprendre leurs comportements au lieu de simplement devoir faire face à des symptômes externalisés dont ils ont du mal à comprendre le sens et qu'ils vivent comme un affrontement. Cependant, cet évitement de parler ou de partager des sentiments et des pensées sur les événements traumatiques est fréquemment observé dans les réactions de stress post-traumatique et contribue au sentiment de déconnexion avec autrui et aux problèmes interpersonnels qui en découlent.

Plus généralement, ce doute parental concernant l'authenticité des symptômes de l'adolescent peut avoir une explication supplémentaire. Les parents d'enfants agressés sexuellement évoquent souvent dans notre étude la peur qu'ils ont d'étiqueter leur enfant comme une "victime" et sont même réticents à demander de l'aide à leurs amis et autres membres de la famille en raison de la stigmatisation associée à cette étiquette de victime, ce qui augmente finalement leur isolement social. Leurs discussions avec l'école portent davantage sur des adaptations pratiques et logistiques pour résoudre les problèmes actuels plutôt que sur la problématique et la souffrance qui les sous-tend. Les parents expriment avoir du mal à concilier ce besoin conflictuel entre se concentrer sur l'événement traumatique ou se concentrer sur la reprise de la vie normale et ont tendance à éviter d'aborder le sujet de *l'évènement* et à se concentrer sur la reprise de la vie normale, car *"la vie doit continuer"*. La

représentation décrite par les participants de la "victime" est celle d'une personne qui trouve une certaine complaisance dans sa situation, profitant de l'attention, des arrangements et des ajustements apportés par cette situation, tout en manquant de la volonté et du sens des responsabilités jugés nécessaires pour pouvoir "*avancer et dépasser*". Cette stigmatisation autour du statut de "victime" pourrait refléter une représentation sociale plus large autour des victimes d'abus sexuel et conduire à une stigmatisation internalisée chez les survivants, augmentant leurs sentiments de culpabilité et de honte, perpétuant leurs symptômes post-traumatiques et les conséquences négatives à long terme (Gibson, & Leitenberg, 2001 ; Coffey et al, 1996 ; Shomerus et al., 2021).

#### 4) La flexibilité cognitive, facteur d'adaptation parentale

Deux réponses parentales distinctes émergent dans notre étude face aux défis posés par les conséquences de l'exposition traumatique : Dans le premier cas, qui comprend la majorité des participants, les parents éprouvent des niveaux élevés de honte et de stigmatisation et ont tendance à éviter toute discussion sur le traumatisme ou l'évènement traumatisant. On retrouve une croyance fréquente parmi les parents de cette catégorie sur la nécessité perçue que "*la vie doit continuer*" comme elle était avant l'exposition traumatique et que les rythmes habituels du quotidien doivent reprendre leur cours dès que possible. Cette « *reprise* » est perçue comme un signe de rémission et de "*capacité à dépasser*". Les parents n'identifient pas de façon claire d'où vient cette croyance ou qui leur a donné ce conseil, et ils ne sont pas en mesure de préciser comment ils en sont venus à croire que les choses devraient revenir à la normale le plus rapidement possible. Cette représentation cependant induit une pression sur les parents qui à leur tour exercent cette pression sur les enfants, ce qui conduit à des interactions familiales conflictuelles et constitue une source de stress. En effet, la réalité des adolescents dans la période post-traumatique telle que décrite par les parents est celle d'un adolescent à peine fonctionnel dont la capacité à suivre une routine quotidienne est perturbée par l'évènement traumatique, et dont le comportement et le besoin de soutien parental ne sont plus adaptés à son âge. Ces parents sont donc soumis à des besoins paradoxaux entre les impératifs de la réalité post-traumatique et l'injonction de « revenir à la vie normale » le plus

tôt possible sous-tendue par leur croyance et représentation sur ce que devrait être un processus de rémission.

Dans la deuxième catégorie, plus minoritaire, les parents tentent de résoudre ce paradoxe des besoins conflictuels en s'adaptant à leur nouvelle réalité, faisant face à "*une chose à la fois, un jour à la fois*" tout en lâchant prise sur la pression de revenir à la routine initiale. Ils adoptent une approche plus pragmatique et essayent plutôt de construire une nouvelle routine fonctionnelle centrée sur les besoins actuels de leur enfant. Ils se fixent des objectifs réalistes au quotidien, comme réussir à faire sortir leur adolescent du lit tous les jours, lui proposer des activités occupationnelles, l'envoyer à l'école au moins une ou deux heures par jour, et veiller à avoir une alimentation correcte et une hygiène adéquate. Ce mécanisme d'adaptation parentale a déjà été observé dans d'autres contextes occidentaux, comme le contexte post-attentat terroriste en Norvège en 2011 (Røkholt et al, 2016) ou à la suite de brûlures graves de l'enfant en Australie (Foster et al, 2017). Ce lâcher-prise permet aux parents de restaurer la communication avec leur enfant en exprimant des attentes plus réalistes et en diminuant les exigences vis-à-vis de l'adolescent.

Nos résultats révèlent qu'une composante importante impactant la manière dont les parents soutiennent leur enfant est leur système de croyances concernant la validité des comportements de leur enfant, le statut de victime, la manière dont la rémission doit se dérouler, et leur rôle dans le processus. Un système de croyances peut favoriser un sentiment d'agentivité ou renforcer un sentiment d'impuissance, tandis que la flexibilité cognitive est définie comme la capacité de l'individu à former et à maintenir un système de croyances positif (Levey et al., 2016). Les participants qui démontrent une flexibilité cognitive sont capables de remettre en question leurs systèmes de croyances selon lesquels les choses devraient revenir à la normale dès que possible. Ils arrivent à s'adapter aux besoins de leurs enfants en priorisant la restauration de la relation avec leur enfant plutôt que les attentes de performance et de fonctionnalité. Cela améliore les relations parent-enfant, ce qui à son tour renforce l'agentivité en favorisant l'estime de soi, les sentiments d'efficacité parentale et l'espoir, et facilite davantage de comportements pro-sociaux et de demande d'aide en sollicitant les autres



membres de la famille et les amis. Dans notre étude, certains parents ont été capables d'arriver à cette conclusion par eux-mêmes, montrant un sens de l'agentivité face au stress en revisitant leurs attentes envers eux-mêmes et leurs enfants, en normalisant leurs expériences, en fixant des objectifs quotidiens réalistes, en s'adaptant aux besoins du moment présent, et en se concentrant sur la restauration de la communication avec leur enfant. Étant donné que le traumatisme perturbe les liens sociaux et interpersonnels, restaurer la communication et la capacité à se lier avec les proches semble être au cœur de la rémission post-traumatique (Charuvastra & Cloitre, 2008).

Les théories traditionnelles du deuil et du traumatisme postulent que l'objectif ultime d'un deuil réussi est de pouvoir dépasser, laisser derrière soi, en finir avec la douleur en quelques mois et reprendre une vie normale. Cela découle des premiers théoriciens du deuil qui considéraient que le processus de deuil se développait en étapes distinctes (Lindeman, 1944). Cependant, une théorie plus récente conceptualise le deuil comme un processus d'oscillation et d'alternance entre le fait de se concentrer sur la perte d'une part, et sur la rémission sur une plus longue période d'autre part, ce qui se rapproche davantage de l'expérience réelle (Stroebe & Schut, 1999 ; Bugge et al, 2012). Les théories les plus récentes sur la rémission post-traumatique mettent également l'accent sur cette interaction continue entre la stabilisation des symptômes post-traumatiques, le traitement des souvenirs traumatiques et la rémission post-traumatique (Southwick, 2011).

## 5) Implications en pratique clinique et en politique de santé

### *a) Psychoéducation de base sur les symptômes post-traumatiques*

Nos résultats sur le site de Montpellier ont une implication importante dans la pratique clinique. L'incompréhension des parents face aux symptômes de leurs enfants et leur doute exprimé face à la validité des symptômes, met en évidence l'importance d'intégrer la psychoéducation sur le stress traumatique dès le niveau des soins primaires, des urgences pédiatriques, et des UAPED, lors de la prise en charge des enfants et de leurs familles immédiatement après une exposition traumatique. La psychoéducation permet l'identification des symptômes post-traumatiques et la compréhension du traumatisme, offrant ainsi une

meilleure base pour anticiper les changements découlant de l'exposition traumatique et un vocabulaire plus précis pour les appréhender. Cela peut à son tour aider à normaliser et nommer les réactions, en les considérant comme compréhensibles et prévisibles, ce qui aiderait l'adolescent à se sentir validé et compris plutôt que jugé et contrôlé (Stallard et al, 2001). La psychoéducation améliore la communication entre parents et enfants, tout en réduisant leur niveau d'anxiété concernant l'incertitude et la confusion quant à ce qui leur arrive ou les manifestations émotionnelles et comportementales qu'ils sont en train de vivre (Smith et al, 2019). Notre revue de littérature détaillée dans la section « Contexte et Rationnel », partie IV, révèle que la psychoéducation de base sur le stress traumatique est recommandée comme un élément essentiel de la prise en charge à intégrer dans la période précoce suivant une exposition traumatique, que ce soit dans le cadre de traumatismes interpersonnels individuels ou collectifs (Kerbage et al, 2022). Nos résultats confirment ce besoin de psychoéducation sur le stress post-traumatique auprès des parents. Cette intervention est préférée aux techniques de debriefing et aux interventions centrées sur le traumatisme à ce stade précoce. Le fait de cibler immédiatement le vécu traumatique peut en effet à un stade aigu, réactiver et renforcer les réactions post-traumatiques (Kerbage et al, 2022 ; Van Ommeren, 2005).

De plus, le processus parental de normalisation et de validation de l'état émotionnel dysrégulé de l'adolescent, comme étant un état prévisible dans la période post-traumatique, peut aider à rétablir les relations perturbées par le traumatisme. La psychoéducation permet également aux parents d'établir et d'explicitier clairement auprès des adolescents, le lien entre leur changement de comportement et l'exposition traumatique, ce qui permet de promouvoir les capacités des enfants à réguler leurs émotions et à développer des stratégies plus adaptatives (Kerbage et al, 2022 ; Hobfoll et al, 2007 ; Marans, 2013).

Typiquement, des séances de psychoéducation classique sur le stress post-traumatique débutent par le fait d'informer les parents et l'enfant sur les signes et symptômes les plus fréquents qui peuvent se manifester dans les premières semaines après l'exposition traumatique avec des explications sur l'origine de ces symptômes. Une certaine normalisation de ces symptômes à ce stade aigu permet aussi de diminuer l'incertitude et le sentiment de

culpabilité. Ces symptômes diffèrent selon l'âge développemental de l'enfant et les adolescents peuvent être plus facilement impliqués dans la discussion. Ensuite des stratégies sont discutées avec le parent et l'enfant sur le meilleur moyen de gérer ces symptômes et comment le parent peut aider l'enfant lors des moments émotionnels difficiles.

Une compréhension approfondie du traumatisme au-delà des connaissances de base sur les symptômes peut également être nécessaire pour donner un sens à certains comportements que les parents perçoivent comme contradictoires, ambivalents et incompréhensibles pour eux au décours de l'exposition traumatique. Ces comportements incluent les comportements oppositionnels, le fait pour l'enfant de décharger toute sa colère envers les membres de sa famille ou encore, pour les filles, de porter des tenues provocantes après des agressions sexuelles. Comprendre le sentiment de perte de contrôle et l'impuissance comme étant au cœur de l'expérience traumatique (Herman, 1997; Van Der Kolk, 2015; Marans, 2013), peut aider les parents à donner du sens à ces comportements comme étant des moyens mal adaptatifs déployés par l'adolescent pour reprendre le contrôle de soi et de son corps après le traumatisme. Cette compréhension aiderait également les parents à saisir pourquoi les enfants exposés à un événement traumatisant, peuvent percevoir les règles et les directives comme une répétition de l'expérience d'être contrôlé. Comprendre cela et l'aborder à ce niveau avec l'adolescent plutôt que de monter en escalade dans le conflit autour du comportement pourrait aider à restaurer la communication et la relation entre parent et enfant.

#### *b) Cibler la flexibilité cognitive*

Nous avons discuté précédemment dans la partie 4 de cette discussion un résultat ayant émergé de notre étude : le système de croyances et de représentations des parents concernant la validité des comportements de leur enfant, le statut de victime, la manière dont la rémission doit se dérouler, et leur rôle dans le processus, constitue un élément crucial impactant la manière dont les parents soutiennent leur enfant. Les participants qui démontrent une flexibilité cognitive sont capables de remettre en question ce système de croyances, par exemple concernant le processus de rémission post-traumatique qui serait linéaire et abouti uniquement si les choses revenaient à la normale dès que possible.

Au-delà donc de la simple information sur les symptômes post-traumatiques, telle que recommandée par les programmes de psychoéducation standard, la psychoéducation parentale après une exposition traumatique chez l'adolescent devrait aussi inclure une discussion sur le processus de rémission post-traumatique en tant que processus dynamique et évolutif - plutôt qu'une tâche linéaire rigide. De même, la psychoéducation devrait aborder le concept de résilience et de croissance post-traumatique comme impliquant l'acquisition de nouvelles stratégies adaptatives plutôt que de simplement reprendre la vie et la fonctionnalité exactement comme avant l'exposition traumatique (Kilmer et al., 2014). Ceci permettrait aux parents de revoir leurs propres positions sur le sujet, et de normaliser les moments difficiles intégrés dans le processus de rémission comme faisant partie inhérente du processus, au lieu de vouloir s'en débarrasser au plus vite.

Inclure des discussions empathiques et transparentes avec les parents sur leurs propres représentations et croyances sur le traumatisme et la résilience permettrait de cibler et de développer leur flexibilité cognitive. Ceci faciliterait la tolérance à la détresse et le développement de stratégies d'adaptation saines (Wojciak et al, 2022 ; Gil-Rivas & Kilmer, 2013). De plus, la flexibilité cognitive leur permettrait de revisiter leurs attentes, normaliser leurs expériences, se fixer des objectifs quotidiens réalistes, et de s'adapter aux besoins actuels de leur enfant en priorisant la restauration de la communication parent-enfant. Ceci en retour augmenterait le sentiment d'efficacité parentale, et le sens de l'agentivité sur sa propre vie en redonnant aux parents une marge d'action et de contrôle.

### *c) Lutter contre la stigmatisation et l'isolement social*

La stigmatisation du statut de victime a émergé des entretiens comme un thème récurrent, alors que ce n'était pas un sujet initialement prévu dans le guide d'entretien, ce qui démontre l'intérêt de la théorie ancrée à générer des concepts à partir des données recueillies sans hypothèses préconçues. Ce résultat a donc pour implication pratique de sensibiliser les professionnels de la santé mentale et de la santé sur l'impact de la stigmatisation liée au statut de victime, afin de pouvoir y faire face au niveau clinique par une discussion honnête et transparente avec les parents sur les représentations sociales entourant les survivants

d'agressions sexuelles, et sur la manière dont ces stéréotypes peuvent être stigmatisants et nuisibles. Par exemple, la notion de stigmatisation internalisée chez les victimes d'agression sexuelle implique que les personnes affectées intègrent et acceptent les stéréotypes négatifs et les jugements sociaux associés à leur statut de victime. Plutôt que de reconnaître que la culpabilité et la honte qu'ils ressentent sont le résultat de l'agression subie, les victimes peuvent attribuer ces sentiments à leur propre faiblesse ou défauts personnels (Shomerus et al, 2021 ; Gibson & Leitenberg, 2001). Cela peut conduire à une baisse de l'estime de soi, à l'aggravation des conséquences psychiatriques au long cours et à des difficultés dans les relations interpersonnelles. La stigmatisation internalisée peut également entraver la recherche d'aide et de soutien, car les victimes peuvent craindre d'être jugées ou rejetées par les autres. Pour lutter contre la stigmatisation internalisée chez les victimes d'agression sexuelle, il est important de promouvoir une culture de soutien et de compréhension, de sensibiliser à l'impact de la stigmatisation et de fournir des ressources et un soutien adapté pour aider les parents et les adolescents victimes. Cette prise de conscience de la stigmatisation, associée à la psychoéducation sur le stress traumatique, peut accroître la compréhension des parents des comportements de leurs enfants ainsi que leur capacité à les soutenir efficacement.

La stigmatisation a aussi pour conséquence l'isolement social, à cause du sentiment de honte et de culpabilité associé, ce qui renforce la détresse des familles. En effet, le support social est un des facteurs de protection les plus documentés après une exposition traumatique, pour prévenir l'installation de syndromes de stress post-traumatique et troubles associés (Trickey et al, 2012 ; Cox et al, 2008). Lutter contre la stigmatisation, c'est donc aussi lutter contre l'isolement social, la peur de demander de l'aide et du support dans son entourage. Cela implique donc également de renforcer le système de support plus large autour de l'enfant, et de promouvoir auprès des parents l'importance et le bénéfice de mobiliser toutes les ressources nécessaires à ce but. Une information sur les ressources disponibles, telles que les groupes de soutien, les services de conseils et les organisations de défense des victimes, où les parents peuvent obtenir du soutien supplémentaire pour eux-mêmes et pour leur enfant peut s'avérer utile. En effet, plusieurs parents ont exprimé le besoin d'échanger avec d'autres parents qui sont dans la même situation.

#### *d) Détection des enfants à risque*

Une implication clinique importante découlant de notre étude sur le site de Montpellier est de porter une attention particulière aux adolescents qui risquent d'être plus fragilisés que les autres et qui seraient particulièrement à risque de développer un syndrome de stress post-traumatique ou d'autres syndromes associés. Des parents d'enfants avec un TDAH ont rapporté l'exacerbation importante causée par l'exposition traumatique des symptômes d'inattention et de dysrégulation émotionnelle préexistants à l'exposition traumatique à cause du TDAH. Ceci souligne l'importance de faire un dépistage systématique des troubles neurodéveloppementaux et autres troubles psychiatriques chez un adolescent dont le motif initial de consultation est une exposition traumatique, si l'état clinique de l'adolescent le permet. En effet, les enfants et adolescents avec un TDAH sont plus à risque d'exposition traumatique (Wendt et al, 2023) et sont plus à risque de développer un PTSD à la suite d'une exposition traumatique (Koenen et al, 2008).

Trop souvent, le clinicien risque de rester centré sur l'évènement traumatique et oublier le fait que cet enfant avait une vie, une histoire, et un développement en cours avant cet évènement. L'exposition traumatique pouvant altérer cette trajectoire développementale, il est important de bien évaluer le neurodéveloppement de l'adolescent et l'intrication entre les deux. La période précoce après une exposition traumatique (ou la période péri-traumatique) constitue une « fenêtre d'opportunités », pour reprendre le terme de Carrie Epstein, fondatrice de la CFTSI. Cette fenêtre d'opportunité permet de dépister des dysfonctionnements antérieurs à l'exposition traumatique, dont le traitement et la prise en charge spécifique amélioreraient même le pronostic lié à l'exposition traumatique. De même, c'est également une fenêtre d'opportunité permettant de renforcer la communication entre les parents et les enfants et de cibler des interactions familiales dysfonctionnelles préexistantes à l'évènement traumatique. Notre étude n'a pas permis d'évaluer spécifiquement la qualité des interactions parents-enfants préalables à l'exposition traumatique. Cependant, comme nous l'avons mentionné précédemment, il s'agit de considérer le processus de rémission post-traumatique comme un processus impliquant l'acquisition de nouvelles stratégies adaptatives, de nouvelles

dynamiques d'interaction, plutôt que de simplement revenir à son fonctionnement de base.

Notre étude souligne l'importance de dépister les comportements obsessionnels compulsifs chez les enfants et les adolescents exposés à des abus sexuels afin de surveiller l'évolution et d'intervenir précocement en cas d'évolution vers un TOC. De même, le dépistage et traitement des troubles du sommeil doit être systématique vu leur fréquence dans les réactions post-traumatiques dès le stade aigu.

L'abus de substance est associé dans la littérature à un plus grand risque d'exposition traumatique (Koenen et al, 2008). De même, l'exposition traumatique est elle-même un facteur de risque de développer un trouble de l'abus de substance chez les adolescents (Leza et al, 2021). Ceci n'a pas été évoqué par les parents dans notre étude, probablement à cause de période précoce après l'exposition traumatique et parce que la consommation de substances peut également être cachée par l'adolescent. Il est cependant important d'inclure dans les implications cliniques la recherche d'une utilisation de substances et la sensibilisation de l'adolescent et des parents sur les risques de cette utilisation dans la période post-traumatique. Souvent, en tout cas à un stade aigu ou subaigu, avant que l'addiction ne se développe et devienne un trouble en soi, l'expérience clinique nous révèle que les substances sont consommées dans le but d'apaiser les symptômes de reviviscences sévères, ou d'aider dans les troubles du sommeil. Dans ce cas, la psychoéducation sur les symptômes post-traumatiques, le renforcement de la communication autour de ces symptômes et le développement de stratégies d'apaisement et de stabilisation des symptômes post-traumatiques pourrait prévenir le recours à des substances dans un but d'automédication. Il existe un besoin de recherche qualitative à ce sujet, permettant d'explorer auprès des jeunes eux-mêmes les raisons les poussant à consommer des substances (alcool, cannabis ou benzodiazépines) à la suite d'une exposition traumatique.

#### *e) Dépister et traiter un PTSD parental*

Un peu plus du tiers des participants (13 parents sur 34) ont rapporté une émergence de leurs propres souvenirs d'exposition traumatique et de l'expérience émotionnelle associée,

en particulier en ce qui concerne l'agression sexuelle. Neuf mères ont déclaré que l'agression sexuelle que leur enfant a subie a réactivé des souvenirs d'agressions sexuelles qu'elles ont-elles-mêmes vécues durant l'enfance. Pour certaines, cette résurgence de souvenirs traumatiques a réactivé des symptômes post-traumatiques, les rendant moins disponibles émotionnellement pour leur enfant comme elles étaient elles-mêmes dans l'évitement post-traumatique. D'autres cependant, ont pu mobiliser cette expérience pour renforcer le soutien à leur enfant, notamment en refusant de répéter l'expérience d'invalidation et de banalisation de leur vécu qu'elles ont-elles-même vécu. Ce thème a émergé de nos données de façon inductive et n'était pas inclus dans notre guide d'entretien initiale.

La recherche d'une exposition traumatique antérieure chez les parents et d'un TSPT parental devrait selon nous, faire partie systématiquement de l'évaluation d'un enfant ou d'un adolescent ayant été exposé à un événement traumatique. En effet, la présence de symptômes du TSPT tels que la colère, l'hyperactivité et l'irritabilité, pourrait augmenter la probabilité d'un comportement parental sévère (Timshel et al., 2017). De plus, les symptômes associés à l'évitement, tels que le détachement émotionnel et le repli sur soi, peuvent entraver la réactivité émotionnelle des parents, affectant ainsi leur capacité à répondre de manière sensible aux besoins de leurs enfants (De Haene et al., 2010). Cette connexion entre le PTSD parental et le comportement parental sévère a été documentée surtout dans contextes de traumatismes collectifs et de guerre notamment au Sri Lanka (Catani et al., 2008), dans le nord de l'Ouganda (Saile et al., 2014), en Israël (Halevi et al., 2016), à Gaza (Maloney et al., 2022), en Afrique du Sud (Christie et al., 2020) et chez les réfugiés réinstallés aux Pays-Bas (Van Ee et al., 2012). Cependant le dépistage d'un PTSD parental devrait faire partie de toute évaluation post-traumatique chez un enfant ou un adolescent, quel que soit le type de l'évènement traumatique, comme il risque d'impacter la réponse parentale au traumatisme de l'enfant, tel que le suggèrent nos résultats.

De plus, quand cela est travaillé de manière adéquate, ce vécu traumatique parental peut être l'occasion de renforcer la relation entre parent et enfant en permettant le partage de l'expérience du parent, ce qui pourrait permettre à l'adolescent de se sentir validé et compris. En effet la transmission transgénérationnelle du traumatisme à travers le récit du parent peut



aussi concerner les récits de survie et de compétences adaptatives (Denham, 2008).

*f) Impliquer et former le personnel des établissements scolaires*

Nous avons déjà détaillé comment le soutien social est un facteur protecteur majeur pour l'enfant et l'adolescent à la suite d'une ou de plusieurs expositions traumatiques, tandis que les expériences sociales négatives sont des facteurs de risque établis de TSPT (Ozer et al, 2003; Kithakye et al, 2010). Nos résultats ont donc des implications pratiques à ce niveau, notamment indiquant la nécessité de sensibiliser et de former les enseignants et les directeurs des établissements scolaires, sur le concept de stress traumatique et surtout ses conséquences fonctionnelles sur les capacités de mémoire, d'attention et d'apprentissage. Ceci renforcerait les capacités des enseignants à soutenir les enfants exposés à des événements traumatiques et leurs familles, et à anticiper les conséquences sur les capacités d'apprentissage après une exposition traumatique. L'établissement scolaire est en effet le lieu où l'adolescent passe beaucoup de temps, crée des liens sociaux, construit son image et son identité, et prépare son futur académique et professionnel.

Conformément à la loi, les écoles ont la responsabilité de fournir des mesures adaptatives et de réviser les objectifs et les méthodes d'apprentissage pour les enfants atteints de handicaps chroniques, cependant le traumatisme ne figure pas dans la liste des conditions éligibles, ce qui pourrait avoir constitué un obstacle administratif lors de la prise en compte des aménagements scolaires. Malgré cela, il est important de promouvoir systématiquement un dialogue et une communication avec l'école, afin de pouvoir proposer, en concertation avec l'adolescent et les parents, des aménagements scolaires provisoires qui soutiendraient l'adolescent dans cette période délicate et éviteraient son isolement.

*g) Impliquer et former les acteurs de soin et de protection de 1ere ligne*

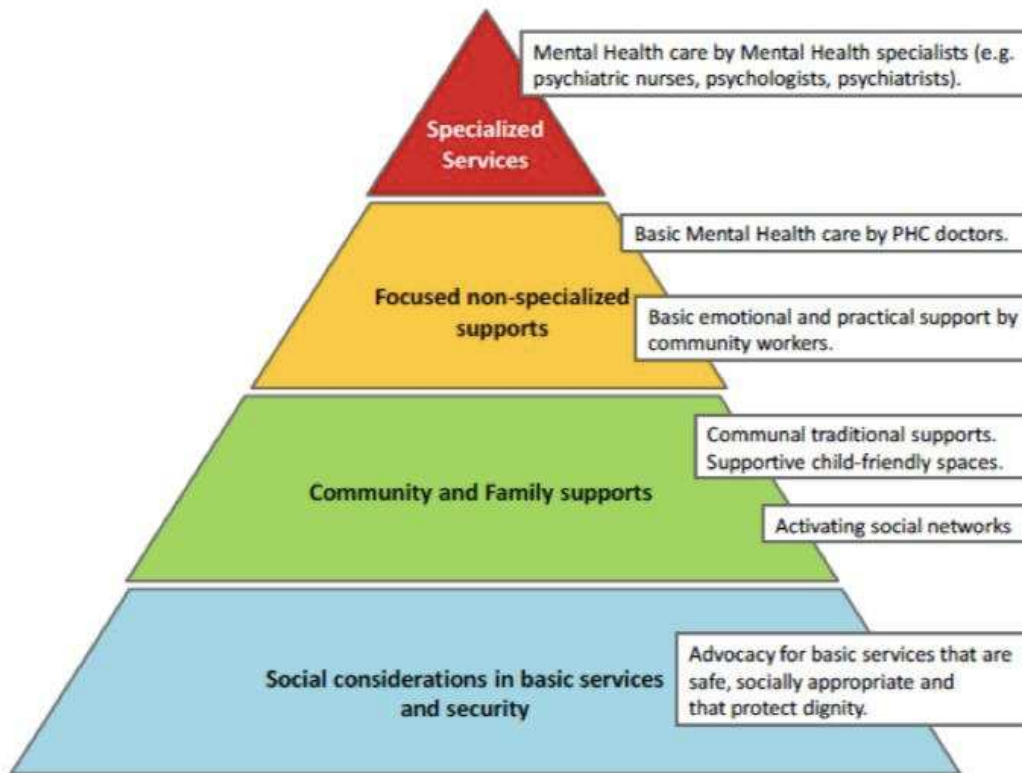
Les parents ayant eu recours à leur médecin traitant ou à des professionnels de santé mentale pour obtenir des conseils ont rapporté que les professionnels les ont écoutés, les ont aidés à obtenir des aménagements scolaires en faisant des certificats médicaux, et ont essayé de soulager leurs sentiments de culpabilité. Cependant, ils n'ont pas eu l'impression d'obtenir

l'aide dont ils avaient besoin pour faire face de manière pratique aux problèmes émotionnels et comportementaux quotidiens de leur enfant survenus après l'exposition traumatique. Cela souligne l'importance de former les acteurs de soins de santé primaire aux approches sensibilisées au traumatisme, notamment la psychoéducation décrite plus haut et les stratégies de soutien parental. En effet, connaître les approches de première ligne de stabilisation des symptômes post-traumatiques à une phase précoce ne devrait pas être uniquement l'affaire des professionnels de santé mentale hautement spécialisés. Cela devrait plutôt impliquer les travailleurs de première ligne : médecins généralistes, équipes UAPED, infirmières, secouristes, enseignants, éducateurs spécialisés, pédiatres, psychologue et psychiatres de ville.

La pyramide d'interventions pour les situations de crise conceptualisée par le Comité Permanent Inter-Organisation (InterAgency Standing Committee IASC) recommande d'organiser la réponse en santé mentale selon une pyramide d'interventions dans des contextes de crise complexe. Cette pyramide constitue un système en niveaux de soutien complémentaires commençant par les services de base et de sécurité au niveau communautaire (niveau 1), suivis par le renforcement du soutien familial et communautaire (niveau 2), puis le soutien psychosocial individuel (niveau 3) et enfin les services cliniques spécialisés (niveau 4). Dans ce cadre, le terme "*psychosocial*" a été introduit pour décrire le soutien général et les interventions non spécialisées qui visent à renforcer le soutien social et promouvoir la santé mentale en tant de crise (IASC, 2007). La figure 3, adaptée avec permission de Bah et ses collègues, 2018, décrit la pyramide d'intervention de l'IASC.

Bien que cette pyramide de services ait été initialement conceptualisée pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans des situations de crise et d'urgences complexes (guerre, catastrophe naturelle, crise migratoire...), nous suggérons, sur la base de nos résultats, qu'elle peut s'appliquer à des situations impliquant d'autres types d'événements traumatiques comme les agressions sexuelles. En effet, le traumatisme perturbe les réseaux sociaux, familiaux et communautaires, ainsi que le sentiment de sécurité de base, et tous ces éléments doivent être abordés le plus précocement possibles avec de multiples niveaux d'interventions intriquées et non cloisonnées, et surtout au plus près de l'environnement de l'enfant dans cette phase

précoce, plutôt que par le biais exclusif de services cliniques spécialisés. Les approches sensibilisées au traumatisme ne signifient pas nécessairement des thérapies cliniques spécialisées centrées sur le traumatisme ; elles incluent le fait d'être sensible aux besoins des personnes récemment affectées par un traumatisme, de répondre à leurs besoins fondamentaux ; de renforcer leurs réseaux de soutien familial et communautaire ; de valider leur vécu ; et de les aider à identifier le stress post-traumatique et à renforcer les stratégies de gestion des émotions et de communication parent-enfant. Tous ces éléments en effet sont des facteurs de protection face à l'adversité et à l'exposition traumatique et doivent être mobilisés le plus précocement possible au niveau des acteurs de 1ere ligne. (Kerbage et al, 2022 ; Levenson, 2017 ; Roberts et al, 2019).



**Figure 3- La pyramide d'interventions psychosociales recommandée par l'IASC (Adaptée avec permission de Bah et al., 2018)**

## **II. SITE DE BEYROUTH**

- 1) Modélisation des facteurs de risque et de protection impactant les capacités parentales de soutien à la suite de l'exposition traumatique d'un adolescent dans un contexte de crise sociale, économique et politique

À notre connaissance, notre étude est la première étude menée au Liban qui vise à explorer les modalités par lesquelles une exposition traumatique chez l'adolescent, dans un contexte de crise complexe sociale, politique et économique, affecte la parentalité et la capacité des parents à soutenir leur enfant dans la période péritraumatique. Étant donné le rôle bien documenté du soutien familial dans la prévention du stress post-traumatique de l'enfant et dans la promotion de ses capacités d'adaptation (Trickey et al., 2012 ; Cox et al., 2008 ; Williamson et al, 2017), des preuves empiriques sur les expériences des parents, leurs besoins perçus et leurs mécanismes de coping sont fondamentales pour développer des interventions

précoces en matière de parentalité à la suite de l'exposition d'un adolescent à des événements traumatiques dans un contexte de crise complexe (Murphy et al., 2017).

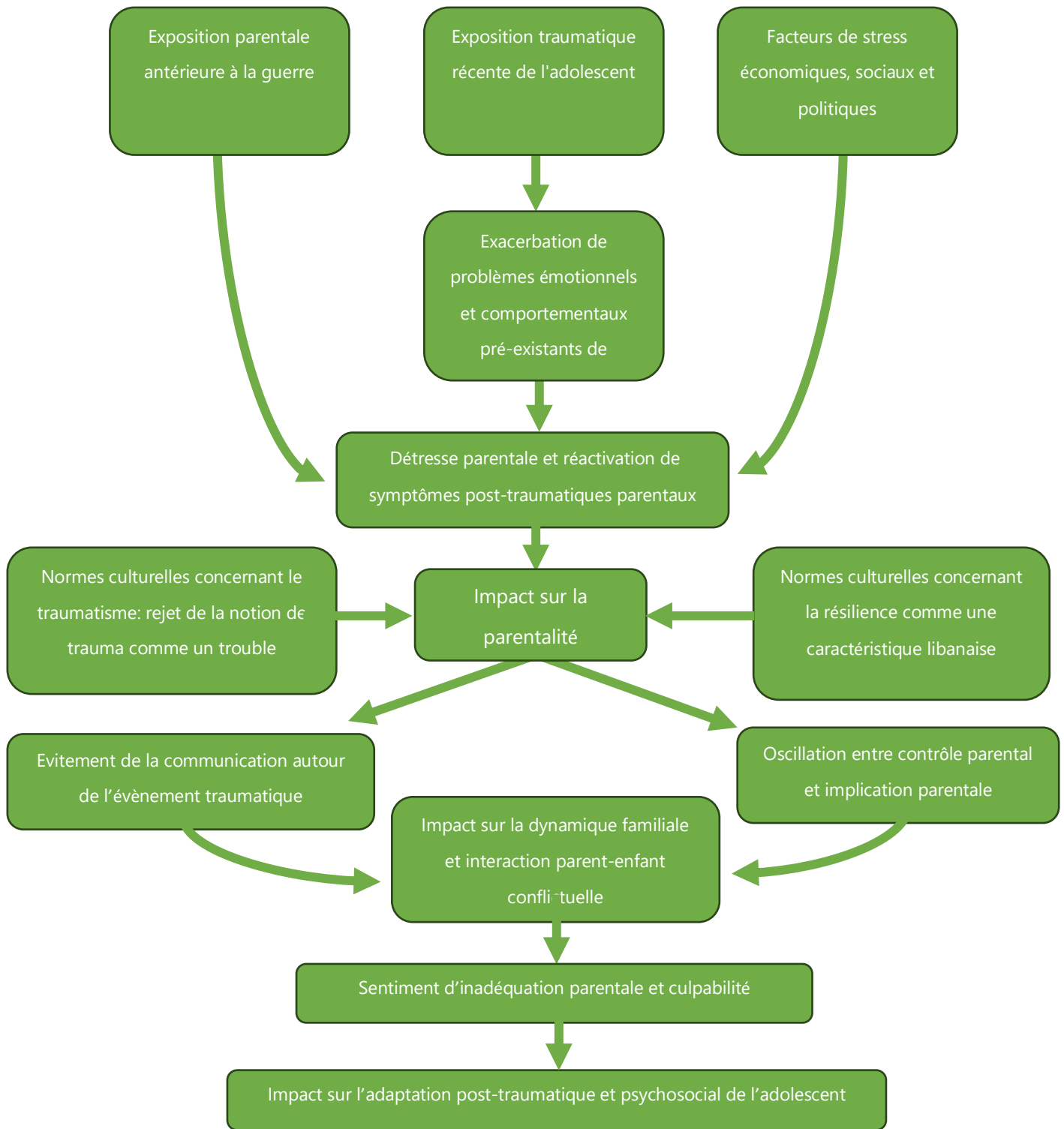
*a) Facteurs de risque*

Nos résultats sur le site de Beyrouth révèlent trois voies interdépendantes qui relient des facteurs de risque à diverses dimensions de la parentalité dans la période péritraumatique :

(1) Le contexte de crise multiple sociale, économique et politiques en cours, induit un stress cumulatif élevé chez les parents et les enfants, et rend les parents moins attentifs à l'effet spécifique de l'exposition traumatique récente sur l'adolescent ;

(2) La résurgence des souvenirs de guerre et de symptômes post-traumatiques parentaux exacerbent le stress des parents et façonnent leurs réponses à l'exposition traumatique de leur enfant à travers leurs représentations sur le traumatisme et la résilience ;

(3) La détresse psychologique parentale entraîne des inconsistances dans les styles parentaux, oscillant entre une parentalité autoritaire/contrôlante, impliquée/engagée et évitante/désengagée, ce qui altère les interactions entre les parents et leurs adolescents.



**Figure 4- Un modèle conceptuel de facteurs de risque ayant émergé comme altérant la réponse parentale et la parentalité à la suite de l'exposition traumatique récente de l'adolescent**

La Figure 4 résume notre suggestion d'un modèle conceptuel décrivant les facteurs de risque qui ont émergé de notre étude comme des facteurs altérant la réponse parentale et la parentalité à la suite de l'exposition traumatique récente de l'adolescent.

Conformément avec les données antérieures de la littérature (Conger et al., 1994 ; Sim et al., 2022), nos résultats démontrent une voie allant des facteurs de stress sociaux quotidiens et du traumatisme parental à une parentalité inconsistante, oscillant entre autoritaire, impliquée et évitante, via la détresse psychologique parentale. Cela souligne la santé mentale parentale comme le médiateur clé entre l'exposition traumatique de l'enfant et les perturbations de la parentalité et de la dynamique familiale. Ces résultats mettent en lumière l'importance d'aborder systématiquement la santé mentale des parents lors de la conception d'interventions post-traumatiques pour les enfants dans les populations touchées par des crises. De plus, nos résultats concordent avec des investigations empiriques antérieures dans des contextes de conflit et de souffrance sociale collective, qui soulignent que les modèles conceptuels du TSPT parental et le modèle de stress familial semblent s'appliquer et se renforcer mutuellement en tant que facteurs de risque majeurs impactant la parentalité par leur effet direct sur la santé mentale parentale (Brown et al., 2022 ; Leventhal & Brooks-Gunn, 2000 ; Miller & Rasmussen, 2010 ; Jordans et al., 2012 ; Barber et al., 2016 ; Timshel et al., 2017).

#### *b) Facteurs protecteurs*

En ce qui concerne les facteurs protecteurs, nos résultats suggèrent que les participants diffèrent dans leur capacité à utiliser les ressources disponibles pour atténuer l'impact négatif du stress social quotidien et de l'exposition traumatique récente. L'accès à des ressources économiques et au soutien social, en particulier de la part du conjoint et/ou du cercle d'amis proche, est perçu comme une ressource protectrice importante contribuant à une parentalité positive envers l'enfant dans la période péri-traumatique. Ce résultat est cohérent avec des données de la littérature soulignant l'importance de cibler les déterminants structureaux et sociaux de la santé mentale en améliorant l'accès aux besoins de base et en luttant contre les inégalités sociales et la précarité (Sim et al., 2018 ; Kirkbride et al., 2024 ; Hosny et al., 2023). Nos résultats vont également dans le sens d'études précédentes dans d'autres contextes selon

lesquelles le soutien social et le coping collectif peuvent atténuer les risques sur la santé mentale parentale et promouvoir des comportements parentaux soutenant dans les situations d'adversité chronique (McConnell et al., 2011 ; Morris et al., 2017 ; Sim et al., 2018). Cela semble particulièrement crucial dans le contexte libanais, étant donné l'éclatement des réseaux de soutien étendus en raison de l'expatriation massive continue des familles libanaises depuis 2020.

De plus, certains parents décrivent qu'ils se sont adaptés aux besoins de leur enfant en vivant au jour le jour et en lâchant la pression sur leur adolescent *« d'aller bien et d'être reconnaissant d'être en vie »*. Ces parents perçoivent que cela constitue pour eux un facteur de protection, en leur permettant efficacement de rétablir un lien et une connexion avec leur enfant. Cette flexibilité cognitive leur a permis de développer des attentes plus réalistes vis-à-vis de l'enfant et de déployer des capacités de soutien, restaurant ainsi leur sentiment d'efficacité parentale. Cette même capacité parentale à revoir ses attentes et à s'adapter aux besoins actuels de l'enfant à la suite de l'exposition traumatique des jeunes est aussi observée et détaillée dans l'étude du site de Montpellier, même si c'est par rapport à d'autres besoins et d'autres représentations. Elle est également observée dans d'autres contextes comme nous l'avons décrit précédemment (Røkholt et al., 2016 ; Foster et al., 2017 ; Kerbage et al., 2024). Dans certains contextes occidentaux, la psychoéducation standard des parents de jeunes exposés à des événements traumatiques souligne l'importance de maintenir les habitudes et routines quotidiennes préexistantes dans la période post-traumatique (Greef et Wentworth, 2009). Cependant, ce conseil ne s'est pas avéré pertinent pour les parents sur le site de Montpellier et encore moins sur le site de Beyrouth, où les parents expriment que la vie quotidienne avant et après l'événement traumatique récent reste caractérisée par l'incertitude, l'imprévisibilité et une grande adversité. Par conséquent, restaurer une normalité précédente inexistante dans un contexte de crise multiple semble impossible, car il se passe chaque jour quelque chose de nouveau. Les parents doivent donc s'adapter à de nouvelles routines fonctionnelles tous les jours et à de nouvelles façons d'interagir.



### *c) Adaptations parentales en temps de crise*

Les adaptations et changements dans les comportements parentaux peuvent également être interprétés comme des réponses aux circonstances locales de crise, où les parents agissent en tant qu'acteurs rationnels, ajustant leurs actions en fonction des évaluations des risques et des bénéfices environnementaux (LeVine, 1988 ; Ryan et al., 2008 ; Sim et al., 2018). Il est important de reconnaître que les adaptations dans ce contexte peuvent servir à diverses fins et impliquer des compromis, pouvant potentiellement conduire à des résultats mal adaptatifs (Frankenhuis & Del Giudice, 2012 ; Bradley, 2007; Williamson et al, 2017). Dans notre étude sur le site de Beyrouth, les parents sont souvent confrontés à des obstacles structureaux en raison des pressions économiques, de l'instabilité politique et d'autres contraintes environnementales qui entravent leur capacité à pouvoir rassurer leur enfant de manière réaliste, par exemple sur l'éventualité d'une guerre, quand l'actualité et le quotidien sont marqués par l'insécurité et l'instabilité politique. Certaines stratégies adaptatives visant à réduire des risques spécifiques pour les enfants finissent par accroître involontairement le risque d'autres conséquences indésirables. Par exemple, le comportement parental contrôlant et restreignant les sorties des adolescents, constitue une réponse rationnelle à un contexte sécuritaire bien réel, surtout lors de la période de collecte des données. Cependant, il comporte également des conséquences potentiellement négatives sur les interactions familiales et sur le développement social et émotionnel des enfants. L'exposition traumatique des enfants a déjà été associée à une augmentation des comportements de contrôle et de surveillance des parents (Bokszczanin, 2008 ; Henry et al., 2004), les parents pouvant devenir surprotecteurs envers leur enfant par crainte qu'il/elle ne soit de nouveau traumatisé (Scheeringa & Zeanah, 2001). Cependant, la méta-analyse de Williamson et al (2017 bis) étudiant l'association entre les styles parentaux et le TSPT chez l'enfant suggèrent que les pratiques parentales surprotectrices sont susceptibles d'entraver le processus de rétablissement de l'enfant après une exposition traumatique. Ceci pourrait être particulièrement pertinent à l'adolescence, période développementale où les jeunes ont besoin de créer un espace indépendant de leurs parents pour façonner leur identité (Lattanzi-Licht, 1996 ; Alisic et al., 2008). La littérature plus large sur l'anxiété infantile, met l'accent sur le rôle clé de la restriction parentale de l'autonomie dans

l'étiologie de l'anxiété chez les enfants et les adolescents. (McLeod et al., 2007). Des attitudes parentales excessivement contrôlantes peuvent compromettre les relations positives entre parents et enfants, en particulier après une exposition à un événement traumatique, où les règles rigides, les ordres et les directives peuvent être perçus par les jeunes comme une répétition de l'expérience traumatique de perte de contrôle et d'impuissance (Marans, 2005, Hermann, 1997).

De même, la perception de la résilience comme un trait de caractère proprement libanais est considérée par les parents comme une croyance valorisante dans des moments difficiles qui leur donne de l'espoir et qu'ils souhaitent transmettre à leurs enfants. Cependant, cette croyance entraîne un évitement de la communication sur le traumatisme et une minimisation de l'impact des symptômes de stress traumatique de l'enfant. La souffrance individuelle et unique de l'adolescent semble alors se diluer dans ce récit mythique collectif de la résilience libanaise, ce qui pourrait générer chez l'adolescent des sentiments d'être invalidé et incompris, tout en diminuant sa perception d'un soutien familial.

## 2) Perception des symptômes psychologiques comme une réaction normale face à l'adversité : la critique du concept de traumatisme

Bien qu'ils arrivent à identifier les problèmes émotionnels et comportementaux de leurs enfants, les parents perçoivent ces symptômes comme une réaction normale au stress continu cumulatif en contexte de crise exacerbé par l'exposition traumatique récente. Certains d'entre eux rejettent même le concept de traumatisme en tant que trouble psychiatrique, craignant d'enfermer leur enfant dans le "*rôle de malade*" en l'empêchant d'aller de l'avant. Cette critique de la notion de traumatisme semble être en lien avec leur propre vécu : l'argument principal qu'ils avancent est qu'ils ont eux-mêmes vécu la guerre et des événements encore plus « horribles » que l'évènement auquel leur enfant a été exposé. Et pourtant, ils ne se perçoivent pas comme « *traumatisés* » et pensent qu'ils s'en sont bien sortis justement parce que leurs propres parents ne les ont pas considérés comme malades et les ont toujours poussés à « *aller de l'avant, continuer, dépasser* ». Sans renier la souffrance de leurs enfants, les parents libanais, en tout cas dans notre étude, semblent avoir du mal à placer cette souffrance dans le cadre

d'un trouble psychologique induit par l'évènement traumatisant. Ils craignent même les effets négatifs sur l'enfant d'un tel diagnostic ou catégorisation.

Pourtant, ils ne sont pas réticents à consulter un professionnel en santé mentale et ne considèrent pas cela comme stigmatisant pour l'enfant. D'ailleurs, la moitié des enfants avait déjà un suivi psychiatrique/et ou psychologique avant l'évènement traumatisant, principalement pour des symptômes anxieux ou des symptômes de TDAH d'après les parents. L'attribution de la détresse psychologique à des circonstances externes, plutôt qu'à des dysfonctionnements internes, combinée à une reconnaissance collective plutôt qu'individuelle de la souffrance, peut expliquer pourquoi les problèmes de santé mentale sont perçus comme normaux et « *réactionnels* » parmi les participants, et non comme le signe d'une maladie. La stigmatisation survient uniquement lorsque la détresse émotionnelle est explicitement étiquetée comme un trouble psychologique ou psychiatrique - comme le TSPT - plutôt qu'avec le problème émotionnel lui-même. Contrairement à l'idée répandue selon laquelle toutes les cultures arabophones considèrent les problèmes de santé mentale comme des signes de "folie" (Saechao et al., 2012 ; Hassan et al., 2015), les participants dans notre étude les considèrent comme prévisibles vu le contexte et non indicateurs d'une pathologie mentale.

Par ailleurs, les parents considèrent l'aide professionnelle plutôt comme un moyen superficiel d'atténuer les symptômes de l'enfant, principalement par le biais de médicaments, plutôt que comme un outil les équipant de compétences pour faire face aux besoins de leur enfant. De plus, ce serait plutôt l'accès aux soins de santé mentale gratuits offerts par des ONG locales et internationales en l'absence de services publics disponibles, et comme alternative aux services privés coûteux, qui semble être stigmatisé par les parents plutôt que le fait de consulter en soi. En effet, devenir un "bénéficiaire" des ONG signifie pour eux une dégradation de leur statut social en raison de la crise économique.

Cette critique exprimée par les parents libanais sur le concept de traumatisme résonne avec certaines critiques émises sur la construction occidentale des critères diagnostiques du TSPT par nombre de cliniciens, chercheurs et anthropologues, parmi lesquels Derek Summerfield (1999 ; 2001 ; 2008), Laurence Kirmayer (2014) ; Devon Hinton (2013) ; Allen Young

(1995). Ces auteurs remettent en question l'universalité des critères diagnostiques du TSPT, suggérant qu'ils sont basés sur une perspective occidentale d'après la première description de ces syndromes chez les soldats américains de retour de la guerre du Vietnam. Ils soulignent que certaines réponses au stress traumatique peuvent être considérées comme normales dans d'autres contextes. D'ailleurs, dans plusieurs contextes indigènes, le mot « traumatisme » n'existe pas dans la langue locale, ce qui est le cas également de la langue arabe, où le mot qui se rapproche le plus de « traumatisme » est « *sadma* » qui se traduit littéralement par « choc ». Un choc met davantage l'accent sur l'aspect aigu, soudain de l'évènement. Dans nos entretiens d'ailleurs le mot traumatisme est utilisé par les participants en anglais ou en français.

Ces auteurs critiquent également la tendance à médicaliser et à pathologiser des réactions de stress normales, soutenant que certains symptômes du TSPT pourraient être des réponses compréhensibles à des événements traumatisants plutôt que des signes de pathologie psychiatrique. Summerfield souligne que les critères diagnostiques du TSPT se concentrent principalement sur les symptômes individuels et ne prennent pas suffisamment en compte les facteurs sociaux, culturels et politiques qui contribuent au stress post-traumatique (1995). De plus, il critique la tendance contemporaine à considérer les catégories diagnostiques du TSPT comme des entités réelles et distinctes, alors qu'en réalité, les expériences de stress traumatique et les réponses qui en découlent sont complexes et variées (2001 ; 2008). Devon Hinton (2013), psychiatre et anthropologue, a mené des recherches sur le TSPT dans divers contextes culturels, et souligne l'importance de comprendre les expressions culturellement spécifiques du trouble et de prendre en compte les facteurs socioculturels dans l'évaluation et le traitement.

En relevant les limites des critères diagnostiques actuels du TSPT, ces experts ont contribué à remettre en question les normes et les approches diagnostiques conventionnelles du TSPT, soulignant l'importance de considérer les contextes culturels et sociaux dans l'évaluation et la prise en charge des personnes exposées à des événements traumatiques. Ils appellent à une approche plus nuancée qui tient compte des contextes culturels, sociaux mais aussi politiques dans l'évaluation et le traitement du stress post-traumatique. Ces arguments

ont été pris en compte dans les nouvelles recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la prise en charge des psycho-traumatismes dans des contextes d'urgence humanitaire (Van Ommeren et al, 2005). Ces recommandations soulignent l'importance de normaliser les réactions de stress post-traumatique aigues, de reconnaître et de cibler les déterminants sociaux, économiques et politiques de la santé mentale, et de prendre en compte le vécu subjectif des individus et leurs propres perspectives et récits par rapport aux causes de leur détresse (Van Ommeren et al, 2005 ; Hassan et al, 2015). La présence potentielle d'un diagnostic validé de TSPT n'exclue pas la validité de ces autres aspects complexes socio-culturels de l'expérience traumatique et les deux éléments peuvent être intégrés dans une approche globale prenant en compte ces différents niveaux.

Par ailleurs nous avons sciemment évité l'interprétation des résultats et des thèmes par un prisme exclusivement transculturel, privilégiant le modèle socio-écologique et systémique qui prend en compte le contexte (social, historique), les déterminants structureaux (politiques et économiques), les croyances et représentations, et l'interaction avec les différents niveaux de l'environnement (proximal et distal) plutôt que la culture uniquement. Nous avons voulu éviter l'écueil du culturalisme pour ne pas enfermer les thèmes émergents des participants dans un stéréotype culturel mais plutôt dans une transaction dynamique et évolutive avec les ressources et/ou les risques environnementaux (Kirmayer, 2006). Si les parents sur le site du Liban perçoivent leur détresse émotionnelle comme une conséquence directe du stress cumulatif, c'était surtout à cause de leur histoire d'exposition à des événements adverses multiples et leur façon de mobiliser leurs ressources pour y faire face, et non parce qu'ils rejettent culturellement la notion de maladie mentale. En effet, ils expriment surtout ce besoin de reconnaissance et de validation de l'impact de la situation socio-économique et politique sur leur santé mentale, car c'est la façon dont ils le vivent et leur interprétation de leur propre vécu. En d'autres termes, les parents refusent le concept de « maladie psychologique » appliqué au trauma, non à cause de la stigmatisation culturelle de la maladie psychologique (même si ça peut être expliqué en partie par cela) mais principalement à cause de leurs propres expériences de guerre et de survie, de leur envie de transmettre cet aspect-là à leurs enfants, de leur besoin de reconnaissance de l'impact de ces facteurs externes sur leur état psychologique et celui de leurs enfants, et donc

de l'importance de cibler ces facteurs.

Un autre point concerne la condescendance ressentie par les parents dans le discours médicalisant « *mainstream* » apparemment très médiatisé au Liban sur le TSPT. Ce discours favorisé et promulgué par des ONG notamment occidentales et par le Ministère Libanais de la Santé Publique entend informer, sensibiliser et éduquer la population sur les troubles psychiatriques pour lutter contre la stigmatisation (Moghnié et Marranconi, 2017). Cependant, en les présentant de manière strictement médicale, en les décontextualisant de la réalité sociale, économique et politique des gens, et en les décrivant exclusivement comme des dysfonctionnements psychologiques et physiologiques inhérents à la personne elle-même, ce discours n'atteint pas son audience surtout en ce qui concerne les troubles post-traumatiques qui sont la conséquence directe d'évènements traumatiques. Ces discours risquent même de faire l'effet contraire en provoquant un rejet de tout ce qui est en lien avec la psychiatrie et la psychologie. En effet, les personnes ne se sentent pas concernées ou touchées dans leur réalité quotidienne par ces descriptions et ne s'identifient pas, en tout cas dans notre étude, à ces descriptions. Il est important dans ce cas de nuancer ce propos médiatique en intégrant à l'identification des symptômes une reconnaissance et validation explicites de l'impact de la crise sociale et économique sur le vécu traumatique.

Par ailleurs, l'évaluation cognitive d'un ou de plusieurs évènements traumatiques ou « *cognitive appraisal* » est un mécanisme psychologique régulièrement démontré comme ayant un impact sur la santé mentale post-traumatique, à la fois de manière transversale et longitudinale (Bryant et al, 2007 ; Dunmore et al, 1999 ; O'Donnell et al, 2007). Ce modèle de l'évaluation cognitive suggère que la façon dont la personne exposée à un ou des évènements traumatisants interprète ses expériences, ses symptômes, et le contexte plus large influence le développement des symptômes à la suite d'un événement potentiellement traumatique. Cela peut s'appliquer tant à des traumatismes individuels – par exemple l'agression sexuelle - que collectifs – comme les contextes de guerre, de migration et/ou d'adversité sociale élevée (Janoff-Bulman, 1992 ; Ter Heide et al, 2017). Un cadre utile pour conceptualiser l'impact cognitif de l'expérience traumatique est le concept de blessure morale « *moral injury* »

(Hoffman et al, 2018 ; Nickerson et al, 2015). Ce concept a été initialement développé pour décrire les effets de l'exposition à des transgressions morales dans le contexte d'un combat militaire (Litz et al, 2009) cependant, il est de plus en plus appliqué à des contextes non militaires (Steinmetz & Grey, 2015 ; Currier et al, 2015 ; Haight et al, 2017). La blessure morale peut être définie comme *"l'impact durable psychologique, biologique, spirituel, comportemental et social ...d'être témoin d'actes qui transgressent des croyances et des attentes morales profondément ancrées"* (Litz et al, 2009). Alors que la blessure morale est souvent conceptualisée en relation avec la nature d'un événement spécifique (Nash et al, 2013 ; Litz et al, 2009), nous soutenons qu'elle peut également être considérée comme une interprétation cognitive et une expérience émotionnelle liée aux expériences de guerre et d'adversité sociale prolongée. L'évaluation subjective d'une ou de plusieurs expériences comme étant moralement blessantes pourrait donner lieu à des symptômes psychologiques, même en dehors des critères diagnostiques du TSPT (Hoffman et al, 2018). Cela est largement cohérent avec le concept de *"douleur morale"*, proposé pour décrire les réponses cognitives et émotionnelles aux événements potentiellement moralement blessants (Farnsworth et al, 2017). Par exemple, dans un contexte de réfugiés, un individu contraint de laisser un membre de sa famille derrière lui peut considérer cette action comme une grave transgression de valeurs importantes ; tandis que pour un autre, cela peut être perçu comme une étape nécessaire, héroïque, et impliquant un sacrifice de soi, afin de mettre sa famille immédiate en sécurité. Conformément aux modèles cognitifs de la santé mentale post-traumatique, ces évaluations peuvent ensuite donner lieu à des conséquences psychologiques différentes, avec dans le premier cas, une évaluation cognitive contribuant potentiellement à des symptômes psychologiques, et dans le second cas une meilleure adaptation post-traumatique (Ehlers & Clark, 2000).

Nous soutenons que cette « douleur morale » n'est pas forcément assimilable à des symptômes de TSPT et ne peut être réduite à une « distorsion cognitive » à laquelle on pourrait simplement remédier par une thérapie cognitive centrée sur le trauma. Il s'agit de l'expérience subjective de la souffrance humaine dans le cadre d'une histoire répétée d'événements traumatiques, et dans notre étude, de génération en génération. Bien évidemment, cette douleur morale peut être aussi associée à des symptômes formels et bien objectivables de TSPT

qui nécessitent un traitement clinique adapté. Nos résultats suggèrent cependant que l'acceptation d'un diagnostic et d'un traitement de TSPT par les parents, passe par la validation et la reconnaissance préalables de leur douleur morale comme une réaction justifiée et non pathologique à la répétition de génération en génération d'évènements de guerre, d'attentats et d'explosions soudains, d'adversité, d'incertitude, et de la nécessité de faire des choix familiaux et parentaux difficiles afin de pouvoir assurer leur survie et celle de leurs enfants.

### 3) Communication transgénérationnelle du traumatisme de guerre

La signification de la communication et de la transmission transgénérationnelles, qu'il s'agisse de souvenirs de guerre ou de récits de résilience et de survie, est apparue de manière inductive de l'ensemble des données, le guide d'entretien ne comportant pas initialement des questions pour mettre en évidence cet aspect de transmission transgénérationnelle. Les parents se divisent en deux catégories distinctes en ce qui concerne la communication sur les événements traumatisants : la plupart des parents évitent de parler de l'événement traumatisant, et cela est particulièrement évident chez les parents d'adolescents exposés aux conflits armés du 14 octobre 2021, qui expriment avoir une résurgence de souvenirs de guerre de leur propre enfance. Paradoxalement, la plupart de ces parents considèrent la résilience comme une caractéristique propre aux Libanais, forgée dans la capacité à toujours "*se relever*". Ils ressentent un devoir moral de transmettre ce trait à leur enfant ou s'attendent à ce que leur enfant le manifeste, ce qui les rend parfois moins tolérants envers le fonctionnement altéré de l'enfant. Cependant, une minorité de parents arrivent à parler à leurs enfants de leurs expériences de guerre, motivés par le désir de transmettre un récit de force, de survie, et d'espoir. Ces mêmes parents sont ceux qui remettent en question la croyance en une résilience inébranlable qui serait presque un trait de caractère libanais. Ils la considèrent plutôt comme un mécanisme dynamique, ce qui les rend plus proactifs dans leurs styles de coping, cherchant du soutien et des solutions quotidiennes et tolérant la détresse et les émotions de l'adolescent.

Les études en neurobiologie (De Pierro et al, 2019) et épigénétique (Dias et al, 2015) suggèrent que l'interaction entre des facteurs environnementaux, des expériences de vie, et des mécanismes neurobiologiques particuliers, pourrait façonner des croyances ou des



représentations particulières sur le traumatisme et la façon dont les individus l'expriment. Par ailleurs les bases neurobiologiques de la résilience ne sont pas conçues comme un « état » figé, mais impliquent des adaptations et mécanismes de régulation physiologiques dynamiques qui peuvent aussi être influencés par l'environnement (De Pierro et al, 2019). Par ailleurs, dans notre étude, certains parents se disent « résilients » mais décrivent aussi une grande fatigue et rapportent beaucoup de symptômes de détresse émotionnelle. Il faut donc différencier entre leur croyance, comment ils expliquent leur situation (résilience perçue) et leur santé mentale telle qu'elle se manifeste au quotidien (résilience « objective » mesurée par la fonctionnalité et l'absence/présence de symptômes). L'étude des mécanismes par lesquels les représentations autour du traumatisme et de la résilience influencent l'adaptation post-traumatique serait une perspective intéressante de recherche future.

Des recherches antérieures sur la communication transgénérationnelle du traumatisme mettent en évidence les aspects riches, historiques et mobilisateurs de ressources, de la communication familiale sur le passé traumatique collectif (Denham, 2008; Kirmayer et al, 2014; Nagata & Cheng, 2003). Plutôt que de transmettre le traumatisme et les expériences familiales négatives, les parents peuvent aussi communiquer une force collective, une identité sociale, des expériences positives, et des valeurs morales élevées à leurs enfants (Dalgaard & Montgomery, 2015; Rabaia et al, 2014; Braga et al, 2012). Selon Denham (2008), l'impact du traumatisme historique doit être compris comme une transmission de résilience et non comme une psychopathologie individuelle. Denham soutient que le traumatisme collectif passé peut aboutir à une base familiale solide, intégrée et saine. En effet, les générations antérieures peuvent tenter d'aider les plus jeunes à donner un sens, à trouver des raisons, et à augmenter la compréhension du traumatisme national/collectif passé. De plus, cela pourrait révéler un engagement politique et une lutte pour la justice sociale parmi la génération suivante, comme en Afrique du Sud (Liddel et al, 1993). En outre, dans les familles où la communication transgénérationnelle implique de fournir des faits et de rechercher un sens et des explications pour le trauma national, les enfants sont moins susceptibles de souffrir de TSPT ou de détresse psychologique, ce qui démontre que le contenu de la communication sur le trauma est important et non pas juste n'importe quelle forme de communication (Measham & Rousseau,

2010; Dalgaard & Montgomery, 2015). Par ailleurs, il est important de souligner qu'au delà des différents modèles de communication transgénérationnelle autour des évènements traumatisants, le traumatisme ou la résilience des parents peuvent aussi impacter ceux des enfants par le biais de mécanismes neurobiologiques (De Pierro et al, 2019) ou épigénétiques (Dias et al, 2015).

En revanche, dans notre étude, les parents ont tendance à éviter la communication sur le traumatisme national ou l'histoire de la guerre civile du Liban. Une explication raisonnable au niveau clinique pourrait être que la communication sur les souvenirs de guerre antérieurs peut réactiver des symptômes parentaux potentiels de TSPT, et donc, recourir à l'évitement de la communication pourrait être un moyen d'atténuer l'intensité des symptômes. Cependant, dans les contextes de traumatisme de guerre, le clinicien doit être attentif aux interprétations au niveau communautaire et collectif pour intégrer les deux aspects, clinique et historique, dans la pratique clinique. Ceci permettrait aux cliniciens de construire une alliance thérapeutique solide et une plus grande compréhension de l'expérience des patients.

Par conséquent, une interprétation possible au niveau collectif pour cet évitement de la communication sur les expériences de guerre dans le contexte libanais pourrait être le manque d'un discours national unifié sur les faits historiques ayant conduit à la guerre civile libanaise de 1975-1991, avec des récits concurrents et antagonistes entre partisans de chaque confession religieuse impliquée (Haugbolle, 2011). Contrairement à d'autres histoires nationales au Moyen-Orient et ailleurs, où un fort sentiment national guide l'unité et la résistance contre un oppresseur potentiel à travers les générations, le Liban a fréquemment été décrit comme manquant d'unité nationale et favorisant "*l'amnésie post-guerre*" (Haugbolle, 2011). Le gouvernement libanais, à la suite de la guerre, a refusé de participer aux discussions sur la commémoration du conflit et à l'établissement d'une plateforme pour un discours national transparent sur le passé. Il a activement éliminé les traces de la guerre et a établi un espace de mémoire au centre-ville mettant en valeur, notamment au niveau de reconstruction de la ville architecturalement, les aspects positifs de l'ère pré-guerre du Liban tout en ignorant la guerre elle-même (Makdisi, 1997). Un autre exemple de cette volonté d'effacer les souvenirs de la

guerre, est l'absence dans le programme de l'éducation nationale de toute évocation de cette période. Les livres d'histoire dans les écoles et dans le programme du baccalauréat libanais s'arrêtent en ce qui concerne l'histoire du Liban à 1945, date de la proclamation de l'indépendance du Liban et de la fin du mandat français. En réaction à cette politique « d'amnésie », un groupe d'activistes et d'intellectuels plaide depuis le milieu des années 1990, en faveur de la promotion de l'éducation sur la guerre civile. Ils soutiennent que cela augmentera l'unité nationale, empêchera les gens de répéter les erreurs passées et restaurera un sentiment de cohérence sociale et de cohésion nationale à travers les récits historiques (Haugbolle, 2010). Plusieurs données antérieures suggèrent que les efforts de réconciliation et les tentatives de dialogue collectif sur les guerres et conflits passés peuvent avoir des implications importantes pour traiter le traumatisme collectif, en particulier dans un contexte où les conflits sont des événements récurrents et qui risquent de se répéter (Makdisi, 1997; Haugbolle, 2010).

Nous suggérons donc que l'évitement de la communication sur la guerre au niveau individuel et familial pourrait être le reflet d'une tentative collective plus large d'effacer les souvenirs de guerre et d'un sentiment fracturé d'identité nationale et d'appartenance, en plus du TSPT parental individuel. Cela dépasse le cadre de notre étude actuelle et doit être confirmé dans des études qualitatives plus larges portant sur l'histoire de la guerre au Liban et l'impact de la mémoire collective sur les individus et la dynamique familiale.

#### 4) Critique du concept de résilience

Certains parents dans notre étude remettent en question la validité du concept de résilience en tant que concept figé ne correspondant pas à leur réalité et celle de leurs enfants, et induisant sur eux une pression supplémentaire. Ce résultat résonne avec une critique croissante entourant le terme de "résilience" ces dernières années. De nombreux chercheurs soutiennent que le terme de résilience peut être manipulé pour justifier des mécanismes d'adaptation à des situations auxquelles il serait plutôt justifié de ne pas s'adapter et contre lesquelles il faudrait lutter comme le changement climatique, la crise écologique, les guerres et les conflits armés (Chandler, 2014, 2019 ; Walker & Cooper, 2011; Joseph, 2013 ; Evans & Reid,

2014). Selon ces auteurs, en mettant l'accent sur la capacité à se remettre ou à s'adapter à des situations de crise plutôt que sur la prévention de ces crises, la promotion de la résilience peut conduire à négliger les causes sous-jacentes des problèmes et à favoriser une réactivité plutôt à une proactivité.

De plus, certains critiques soutiennent que la rhétorique de la résilience met trop l'accent sur la responsabilité individuelle et communautaire pour faire face aux défis, ce qui peut occulter les responsabilités plus larges des gouvernements et des institutions. Ce concept de résilience pourrait placer injustement le fardeau de cette adaptation uniquement sur les individus, y compris les enfants, au lieu de mobiliser les ressources nécessaires au niveau politique pour lutter contre les conditions politiques, économiques et structurelles plus larges contribuant à ces situations difficiles. Cette critique peut être assimilée à une perception de passivité face aux systèmes oppressifs : Dans certains cas, le concept de résilience peut avoir tendance à encourager les individus et les communautés à s'adapter aux systèmes et aux structures oppressifs plutôt que de les remettre en question ou de lutter pour les changer. C'est d'ailleurs l'une des critiques exprimées par des participants, concernant la « suradaptation libanaise » avec un rejet de cette injonction à s'adapter coûte que coûte et d'assimiler la résilience avec cette capacité, voire avec une injonction à s'adapter à toute circonstance. Par ailleurs, l'idée de résilience inhérente à certains individus ou communautés risque de ne pas tenir compte du contexte local, des ressources disponibles et de la capacité à naviguer tous ces défis. Cette normativité implicite de la résilience est critiquée car elle suppose une norme à laquelle les individus ou les communautés devraient aspirer, ce qui peut être culturellement biaisé ou inapproprié dans certaines situations.

## 5) Implications en pratique clinique et en politique de santé

### a) *Valider l'impact de la crise collective sur la santé mentale*

Nos résultats indiquent l'importance pour les cliniciens au Liban de s'abstenir d'utiliser hâtivement des labels psychiatriques quand ils s'engagent pour la première fois avec des parents ayant un vécu traumatique. Reconnaître d'abord l'influence de la complexité des multiples facteurs de stress sociaux et de l'histoire de la guerre dans le déclenchement de la

détresse émotionnelle peut s'avérer plus bénéfique. En effet, cette validation favoriserait la confiance, permettrait au parent de se sentir compris et augmenterait son engagement vis-à-vis de l'aide professionnelle proposée. Le fait de ne pas lui faire sentir que ses symptômes psychologiques sont le résultat d'un défaut d'adaptation à cause d'une faille inhérente dans ses propres capacités, est en soi un premier acte de validation et de reconnaissance de son vécu. Il est crucial de ne pas rejeter les perceptions des gens sur les origines sociétales de leurs problèmes émotionnels, même quand le TSPT est présent et qu'un traitement clinique est justifié. En effet, de plus en plus d'études indiquent le rôle intégral de la culture et des perceptions et représentations sociales dans la formation de l'étiologie et de la phénoménologie des troubles mentaux (Hosny et al., 2023). Une attention exclusivement portée aux échelles de symptômes peut conduire à négliger le contexte politique et social qui façonne les problèmes émotionnels, laissant potentiellement les individus avec le sentiment d'être incompris, voire même jugé, par les prestataires de soins de santé (Shannon et al., 2015). De même, reconnaître que certaines réponses parentales mal adaptées telles que le contrôle parental découlent du contexte politique difficile et de préoccupations de sécurité valides est une étape cruciale avant de suggérer des stratégies parentales alternatives et d'aider les parents à discuter de ce problème avec leurs enfants. Nous suggérons que dans des contextes de crise collective, de conflits, et d'histoire traumatique chargée, une évaluation rigoureuse des symptômes de TSPT doit aller de pair avec une exploration des perceptions et représentations des individus sur les origines et causes de leur détresse. L'approche du modèle explicatif de la santé mentale semble appropriée pour ce cadre clinique, car elle explore les points de vue des patients concernant leurs propres symptômes afin de comprendre comment leur monde social influence et est affecté par les symptômes, sans se substituer aux connaissances des experts et à une évaluation clinique rigoureuse (Kleinman & Benson, 2006). Ce modèle peut être simplifié comme une technique d'entretien en six étapes intégrée à l'entretien clinique plus global. Il a été développé par Arthur Kleinman, psychiatre et anthropologue, et a été utilisé efficacement pour explorer les modèles explicatifs de la maladie mentale dans d'autres contextes :

**Étape 1** : Déterminer si l'identité ethnique ou communautaire du patient est une partie importante de son identité.

**Étape 2** : Évaluer ce qui est en jeu pour le patient confronté à un épisode de détresse émotionnelle, y compris les relations interpersonnelles, les ressources matérielles, les engagements sociaux.

**Étape 3** : Reconstituer le récit des difficultés émotionnelles du patient en posant des questions sur son modèle explicatif pour comprendre le sens qu'il donne à ses symptômes.

**Étape 4** : Considérer les facteurs de stress et les réseaux de soutien social actuels dans la vie de la personne afin d'inclure ou d'orienter vers des interventions visant à améliorer les difficultés de vie, en complémentarité avec le traitement clinique.

**Étape 5** : Examiner la culture en termes de son influence sur les relations cliniques. Cette étape concerne la « *formation des praticiens à la réflexion critique sur soi-même* » (Kleinman & Benson, 2006)

**Étape 6** : Tenir compte de la question de l'efficacité - à savoir, « cette intervention fonctionne-t-elle dans ce cas particulier ? »

Plusieurs études soulignent le rôle de la psychoéducation des parents sur le stress traumatique dans l'augmentation de la capacité parentale à soutenir l'enfant après une exposition traumatique récente (Stallard et al., 2001 ; Kerbage et al., 2022 ; Kerbage et al., 2024). Nous suggérons que la psychoéducation dans ce contexte devrait être adaptée pour intégrer et reconnaître les perceptions des parents sur les origines de leurs propres symptômes tout en expliquant les conséquences fonctionnelles et la validité clinique du stress traumatique, car ces deux aspects ne doivent pas être considérés comme mutuellement exclusifs. De même, sur un plan conceptuel, une théorie du traumatisme tenant compte des aspects descriptifs, évaluatifs, sociaux, moraux et affectifs entrelacés clarifiera le diagnostic de TSPT et son rapport avec le concept de blessure morale telle que nous l'avons détaillée précédemment (Frankfurt & Coady, 2019).

#### *b) Psychoéducation sur la communication transgénérationnelle*

Les professionnels exerçant au Liban ou dans d'autres contextes de conflit chroniques

sont confrontés à des complexités continues dans le vécu traumatique de leurs patients, enfants ou parents. Ils doivent donc être conscients de l'importance de l'histoire nationale et de la mémoire collective dans la communication parent-enfant autour des événements traumatisants. Cela peut se traduire pratiquement par une discussion transparente et prudente auprès des parents du rôle bénéfique pour la santé mentale de la communication transgénérationnelle transmettant des informations claires sur le vécu parent et le sens que cela porte pour lui/elle. Ce type de communication familiale contribue à la cohérence entre le ressenti de l'enfant et ses expériences au sein de la famille, conceptualisée comme une communication modulée. Lorsque les membres de la famille partagent les expériences traumatisantes de manière positive, informative, et porteuse de sens, les enfants peuvent maintenir un sentiment de sécurité et une certaine confiance en la justice (Dalgaard & Montgomery, 2015). En fournissant des explications sur le traumatisme et partageant leurs expériences personnelles, les parents valident les expériences des enfants, ce qui est connu pour être associé à des résultats bénéfiques chez les enfants et les familles affectés par la guerre (Almqvist & Broberg, 1997). Cela est particulièrement pertinent chez les adolescents, qui peuvent être des partenaires actifs dans leur processus de guérison et s'engager dans des styles de communication et des stratégies de gestion saines tout en exprimant leurs besoins et en étant sensibles aux problèmes d'identité et de transmission entre générations.

Cette communication transgénérationnelle devrait se concevoir comme un processus continu, plutôt qu'un épisode précis et limité. Par ailleurs, l'état clinique du parent devrait être compatible avec ce partage d'expériences et d'informations autour du traumatisme, ce qui n'est pas le cas pour les parents souffrant d'un TSPT modéré à sévère.

*c) Cibler la santé mentale parentale globale, les représentations des parents et la parentalité contrôlante*

Vu le rôle de la santé mentale parentale qui a émergé de notre étude comme un médiateur important entre l'exposition traumatique de l'adolescent et les réponses parentales pouvant affecter le soutien à l'adolescent, nous suggérons quelques recommandations pour la pratique clinique lors de la prise en charge des adolescents exposés à des événements

traumatiques dans des contextes d'adversité multiple :

- Dépistage systématique et traitement du TSPT parental, couplé à une approche clinique validant le vécu des parents, décrite dans la partie a de cette section
- Promouvoir le support social des parents eux-mêmes, en encourageant l'implication dans des réseaux sociaux et communautaires de soutien, et en orientant vers les ressources disponibles (associations, services d'aide, etc..)
- Discuter des implications des stratégies d'adaptation utilisées par les parents, notamment la parentalité contrôlante, afin de développer des stratégies de communication et d'adaptation favorisant l'autonomie et la prise de décision de l'adolescent tout en reconnaissant les obstacles structureaux et circonstanciels et en continuant d'assurer la sécurité de l'adolescent.
- Initier des discussions transparentes avec les parents sur le concept de résilience en tant que processus dynamique multisystémique plutôt qu'un trait figé.

*d) Sensibiliser les acteurs de 1ere ligne sur le psychotraumatisme et les représentations autour du traumatisme et de la résilience*

En accord avec la pyramide d'interventions pour les situations de crise conceptualisée par l'IASC et détaillée dans la section de la discussion portant sur les résultats de Montpellier, la sensibilisation des acteurs de 1ere ligne est tout aussi primordiale dans ce contexte de crise complexe. Ce point est tout autant crucial vu le manque de psychiatres et de psychothérapeutes, qu'ils soient spécialisés dans le psychotraumatisme ou non, avec la vague d'expatriation massive des médecins et professionnels de santé depuis la crise économique et politique de 2020. Cette sensibilisation devrait inclure une formation sur les approches sensibilisées au psychotraumatisme telles que nous les avons décrites précédemment dans la partie 5.g de la discussion des résultats de Montpellier. Cependant, une attention particulière devrait être portée dans ce contexte à la sensibilisation des intervenants de 1ere ligne sur les représentations autour du traumatisme et de la résilience dans le contexte de l'histoire traumatique collective. De même, la formation devrait permettre aux professionnels d'adapter les outils de la psychéducation classique en évitant les labels hâtifs et en validant le vécu et l'expérience des parents, notamment l'impact de la crise sur la santé mentale. De plus, des



sessions de formation visant à développer la conscience du concept de culture en tant que système dynamique de sens et de pratiques (Kirmayer, 2006) pourraient aider à éviter les stéréotypes culturels, notamment autour de la résilience, vu que les professionnels libanais eux-mêmes pourraient avoir ces représentations retrouvées chez les parents. La formation à l'approche du modèle explicatif de la santé mentale selon Kleinman pourrait également être un outil intéressant pour les acteurs de 1<sup>ère</sup> ligne pour augmenter leur compréhension du vécu et des perspectives des parents dans la période post-traumatique.

*e) Impliquer les écoles dans la psychoéducation sur le stress traumatique et les récits collectifs*

Contrairement aux parents sur le site de Montpellier, les participants à Beyrouth ne relèvent pas de difficultés spécifiques par rapport à l'assiduité scolaire et l'expliquent de diverses manières : l'école est la seule possibilité pour les adolescents de voir leurs amis comme leurs sorties sont très contrôlées par leurs parents pour des causes sécuritaires. De plus, les adolescents ont été très affectés selon les parents par la fermeture des établissements scolaires pendant toute l'année académique 2020-2021 au Liban à cause de la crise du Covid. Ils pensent que cela a été presque aussi « traumatisant » pour eux que l'évènement récent actuel et qu'ils ne voudraient pas revenir à cet isolement, notamment vis-à-vis de leurs pairs. Cela démontre en tout cas que les adolescents perçoivent l'établissement scolaire comme une ressource et un lieu positif, quelle que soient les difficultés d'apprentissage causées par l'évènement traumatisant. Le type d'évènement traumatique peut également jouer un rôle dans ce non-évitement scolaire : sur le site de Montpellier, l'évènement traumatique le plus fréquent est l'agression sexuelle qui est souvent accompagnée de pensées de honte et de culpabilité, qui conduisent à des attitudes d'évitement pour ne pas se confronter au regard des autres. Sur le site de Beyrouth, l'évènement traumatique le plus fréquent était l'exposition aux conflits armés du 14 octobre 2021, où les enfants et les adolescents l'ont vécu collectivement avec leurs camarades de classe et leurs enseignants. Ceci peut générer une forme de solidarité, de soutien entre pairs et des stratégies de coping collectif qui sont des ressources mobilisatrices de support pour les adolescents.

Quoi qu'il en soit, comme les adolescents continuent de fréquenter l'école, il est donc tout aussi important de former le personnel des établissements scolaires sur les approches sensibilisées au psychotraumatisme pour renforcer ce levier important de support social. De plus, la promotion de discussions et de débats transparents dans les cours d'histoire ou d'éducation civique sur la mémoire collective et les récits des évènements traumatiques nationaux, notamment la guerre civile de 1975-1991, peut contribuer à cette transmission d'un récit national unifié. Ceci n'est évidemment pas du ressort des cliniciens et relève d'une politique d'éducation nationale. Cependant, une certaine sensibilisation des écoles et même du ministère de l'Education Nationale sur l'impact de cet aspect historique sur le vécu post-traumatique des adolescents peut être utile et constructif.

### **III. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE SUR LES DEUX SITES**

A notre connaissance et d'après notre revue de littérature, il n'y a pas eu encore à ce jour d'étude qualitative ou quantitative ayant exploré les attitudes, besoins perçus, et changements dans les styles parentaux, de parents d'adolescents exposés à des évènements traumatiques récents en France et/ou au Liban. Le soutien familial est déjà démontré comme étant un facteur de protection crucial au décours d'une exposition traumatique chez l'enfant et l'adolescent. En effet, les adolescents ayant une perception positive du support familial sont en général moins à risque de développer un trouble de stress post-traumatique et d'autres troubles associés comme les troubles de l'humeur et les troubles de l'abus de substance (Trickey et al., 2012 ; Cox et al., 2008 ; Williamson et al, 2017). L'exploration des expériences des parents à la suite de l'exposition traumatique de l'adolescent, de ce qu'ils perçoivent comme étant des facteurs facilitant ou entravant leurs capacités de soutien vis-à-vis de leur enfant, constitue un matériel important permettant de cibler ces facteurs de risque et de protection lors de la conception d'interventions post-traumatiques familiales précoces.

Un autre point fort de l'étude est le fait qu'elle ait été menée sur deux sites différents, dans deux milieux socio-culturels différents et avec des types d'évènements traumatiques différents. Sans prétendre faire des comparaisons exactes, comme c'est une étude qualitative exploratoire, ceci a permis de faire émerger des thèmes spécifiques à chaque milieu et des

thèmes communs. Cette sensibilisation à des thèmes spécifiques et des thèmes communs, permet une adaptation des interventions familiales au contexte. Ce qui est surtout novateur dans notre étude, c'est le résultat suggérant l'impact des représentations propres aux parents sur le traumatisme, la résilience, la rémission, le statut de victime, et l'influence positive ou négative de ces représentations sur leurs capacités de soutien de leur enfant et leurs styles parentaux. Ces représentations risquent donc d'influencer leur adhésion et compliance à des interventions familiales post-traumatiques précoces si elles sont ignorées par le clinicien.

Notre étude comporte cependant des limitations :

Notre échantillon sur le site de Beyrouth était principalement composé de ressortissants libanais de classe moyenne à aisée, comme en témoigne leur niveau d'éducation, même s'ils ont signalé une détérioration de leurs conditions socioéconomiques depuis le début de la crise. Cela limite la généralisabilité de nos conclusions. De même, sur le site de Montpellier, notre échantillon était principalement composé de ressortissants français blancs issus de milieux socio-économiques modérés à élevés, comme en témoigne leur niveau d'éducation, et par conséquent ne peut pas être représentatif de la population des parents à Montpellier. Ce statut socio-économique pourrait avoir permis aux parents de faire les aménagements nécessaires en termes de temps et de travail pour répondre aux besoins de soutien de leurs enfants, tandis que les contraintes économiques auraient pu constituer un obstacle structurel. Il est important de prendre en compte les inégalités sociales dans l'accès et la mise en œuvre d'aménagements et de mesures d'adaptation.

La plupart des événements traumatiques sur le site de Montpellier étaient des agressions sexuelles, tandis que tous étaient de type individuel (accident, décès soudain d'un proche) ce qui ne nous a pas permis d'explorer les difficultés ainsi que les mécanismes d'adaptation spécifiques aux traumatismes collectifs dans ce contexte occidental (par exemple attentat terroriste ou catastrophe naturelle). Ces limitations soulignent l'importance de mener davantage de recherches qualitatives en échantillonnant une population plus grande et plus hétérogène, notamment en incluant la population migrante de Montpellier ou en France qui a connu les traumatismes de guerre et de migration forcée. En effet, comme nous l'avons vu sur

le site de Beyrouth, les personnes issus de divers contextes culturels et sociaux peuvent réagir de différentes manières. Il est donc important de contextualiser nos résultats sur le site de Montpellier à la population de ressortissants français blancs issus de milieux socio-économiques modérés à élevés et d'éviter de généraliser à d'autres contextes culturels où l'éducation parentale pourrait différer, et où les parents pourraient avoir d'autres ressources sociales et communautaires collectives.

Sur le site de Beyrouth, l'absence dans notre échantillon de parents d'adolescents exposés à des abus sexuels ne nous a pas permis d'explorer les réactions parentales spécifiques à ce type d'évènement pendant une crise sociale et économique en cours. Cela pourrait être dû à la forte stigmatisation et au tabou entourant les abus sexuels sur les enfants au Liban, ce qui rend extrêmement difficile de révéler l'agression sexuelle ou d'être disposé à participer à une étude sur le sujet pour parler de l'évènement.

Les pères ayant participé à l'étude sur les deux sites étaient minoritaires, ce qui nous a empêché d'extraire des différences de genre spécifiques dans les réactions et les expériences des parents. Bien que l'inclusion de certains pères et de fratries ait permis une compréhension plus approfondie d'un contexte familial écologique spécifique, cela aurait pu conduire à la sureprésentation de certaines perspectives au vu de la taille de l'échantillon. Ces limitations soulignent l'importance de mener des recherches qualitatives supplémentaires en échantillonnant une population plus grande et plus hétérogène. De plus, près de la moitié des enfants sur les deux sites avaient reçu un traitement pour des problèmes de santé mentale avant l'évènement traumatique, ce qui pourrait introduire un biais, car ces enfants pourraient déjà avoir des dynamiques familiales difficiles préexistantes. Cependant, sur le site libanais, ces difficultés de santé mentale préexistantes ont également été soulignées par les parents d'enfants qui n'avaient pas reçu de traitement antérieur pour des problèmes de santé mentale et ont été perçues par les participants comme la conséquence de la situation de crise cumulative plutôt que d'un problème de santé mentale.

Plusieurs variables démographiques et liées au traumatisme, y compris les expériences traumatiques passées pour les enfants et les parents, la présence de fratrie, le temps écoulé

depuis le traumatisme de l'enfant, les disparités dans les réactions parentales en fonction de l'âge de l'enfant (grands adolescents versus jeunes adolescents), les disparités de genre pour les enfants et les parents, la qualité de la relation parent-enfant avant le traumatisme, la santé mentale et les performances scolaires antérieures de l'enfant, sont probablement pertinentes pour comprendre les réponses parentales. Cependant, en raison de la taille limitée de l'échantillon de l'étude et de la méthodologie qualitative, nous n'avons pas pu tirer des conclusions substantielles sur la relation entre ces facteurs et les réactions parentales. Des études quantitatives à plus grande échelle sont nécessaires pour explorer et quantifier les liens entre ces variables et les réponses parentales. En outre, il est essentiel d'étudier les expériences des adolescents eux-mêmes, car les jeunes peuvent être des partenaires efficaces et fiables dans le processus de recherche (King et al, 2015). Bien que notre étude vise principalement à comprendre les perceptions, les besoins et les stratégies d'adaptation des parents suite à l'exposition traumatique d'un enfant, des recherches supplémentaires intégrant les points de vue de divers participants (y compris les parents, les jeunes traumatisés et les fratries) faciliteraient une compréhension plus complète de la résilience individuelle et familiale.

La conduite des entretiens en ligne peut être vue comme une limitation par rapport à un entretien en présentiel, au regard de la qualité de l'interaction. Sur le site de Montpellier, le choix a été laissé aux participants entre un entretien en présentiel ou en visio. Sur 34 parents, 26 parents ont choisi la visio. On pourrait donc argumenter que c'est une option plus confortable, qui laisse plus de flexibilité et de souplesse dans la gestion de l'emploi de temps, qui n'implique pas d'organiser un transport durant des horaires ouvrables en journée avec les contraintes de trafic et de parking dans l'hôpital. Les participants sont au contraire confortablement installés chez eux. De plus, comme la période de collecte de données a coïncidé avec les périodes du deuxième et troisième confinement en France, la crainte du Covid a pu aussi jouer un rôle dans le choix des parents et justifier un entretien en ligne. Cela a aussi été facilité par le fait que le travail, les réunions en ligne et la télémédecine en général ont connu un essor avec la crise du Covid-19 (Hincapié et al, 2020), et sont devenues normalisées et même essentiels dans le monde d'aujourd'hui.

Sur le site du Liban, tous les entretiens ont été menés en ligne. Ceci était principalement dû au fait que l'auteure de cette thèse est installée en France et que la crise du Covid ne permettait pas des voyages fréquents, en plus des contraintes financières. Les mêmes arguments cependant pour le confort et la facilité des entretiens en ligne pour les participants peuvent être avancés sur le site libanais. En plus du confinement, quasi-total au Liban en 2021, le transport aurait été une contrainte supplémentaire pour les participants et le chercheur, à cause de la crise de l'essence durant cette période précise, non seulement liée à l'inflation des prix, mais également aux ruptures et manque d'accès à l'essence.

## CHAPITRE 6- PERSPECTIVES

---

### I. INTEGRATION DES RESULTATS DES DEUX SITES : UN MODELE CONCEPTUEL POUR UNE INTERVENTION FAMILIALE PRECOCE RENFORÇANT LES CAPACITES DE SOUTIEN PARENTAL A LA SUITE DE L'EXPOSITION TRAUMATIQUE D'UN ADOLESCENT

#### 1) Un cadre conceptuel multisystémique et socio-écologique

Nous avons adopté dans l'interprétation de nos résultats un cadre multisystémique et écologique dans lequel le traumatisme et la résilience se manifestent à la fois dans les individus et dans les systèmes avec lesquels ils interagissent. Les enfants ne subissent pas les traumatismes de manière isolée mais en interaction avec leurs relations proches (famille, pairs), leurs communautés (écoles, quartiers) et la société dans son ensemble (représentations sociétales sur le traumatisme, le statut de victime, la résilience). Dans ce modèle, la résilience et la rémission après un traumatisme ne dépendent pas uniquement des attributs individuels ou des traits de caractère ou tempéramentaux de l'enfant. La résilience est plutôt perçue comme un concept dynamique, une transaction évolutive entre les ressources de l'adolescent et celles de son environnement (Mooney et al, 2017). Cette transaction dynamique se produit lorsque l'adolescent est exposé à des obstacles, mais aussi à des soutiens et des ressources dans son environnement. Les facteurs de résilience incluent alors des relations solides avec des adultes bienveillants, des réseaux de soutien familial et communautaire, ainsi que des opportunités d'apprentissage et de développement. La résilience n'est donc pas seulement une question de traits individuels, mais dépend aussi étroitement de la résilience des familles et des communautés. Les multiples niveaux de résilience comprennent donc la résilience individuelle, la résilience familiale et la résilience communautaire. La résilience individuelle est mieux décrite comme un processus par lequel un individu utilise ses ressources internes et environnementales pour surmonter des situations stressantes ou l'adversité (Baker et al, 2021). La résilience familiale est conceptualisée comme un processus consistant à mobiliser les ressources familiales interpersonnelles et les ressources environnementales pour faciliter une bonne évolution malgré l'exposition au risque au sein d'un système familial (Maurović et al, 2020). La résilience communautaire peut être définie « *par le processus par lequel une communauté peut*

*anticiper les risques, limiter les effets et se rétablir rapidement grâce à l'adaptation aux traumatismes et à l'adversité à l'échelle de la communauté* » (Ellis et Dietz, 2017). La promotion de la résilience des enfants et des jeunes face aux traumatismes est étroitement liée à la capacité de leurs familles et de leurs communautés à faire preuve d'adaptation et de résilience face à l'adversité. Cela a une implication importante en matière d'intervention familiale précoce car les parents sont eux-mêmes en interaction avec un système plus large qui va influencer leurs capacités de soutien à l'enfant. Cette capacité de soutien parentale a déjà été démontrée, comme nous l'avons vu en détail dans la partie « Contexte, II.3.B », comme un facteur protecteur majeur dans la période péri-traumatique, pouvant contribuer à la prévention de l'installation d'un TSPT chez l'enfant et l'adolescent. Notre étude suggère l'importance d'un modèle d'intervention familiale précoce qui renforce les capacités de soutien parental après l'exposition d'un enfant à un traumatisme, en utilisant un cadre multisystémique de facteurs de risque et de protection affectant ces capacités de soutien parental. Ce cadre aborde plusieurs niveaux de micro et macro-écologie, favorisant la capacité d'adaptation, tout en conceptualisant le fonctionnement résilient comme une transaction évolutive entre les facteurs sociétaux, familiaux et individuels (Hobfoll, 2001).

Nous avons déjà détaillé dans la partie « Discussion » les implications en pratique clinique pour une intervention familiale dans le contexte de Montpellier d'une part, et dans un contexte de crise sociale et politique multiple comme le Liban d'autre part. Nous présentons dans cette section les composantes que nous avons trouvé communes aux deux sites et qui peuvent constituer les bases d'un modèle conceptuel pour une intervention familiale précoce visant à renforcer les capacités de soutien parental à la suite de l'exposition traumatique d'un adolescent.

## 2) Promouvoir le soutien social autour des parents

Un résultat évident de notre étude sur les deux sites, est que la capacité de soutien des parents dépend elle aussi, du moins en partie, de cette interaction avec l'environnement. Ce qui



émerge de notre étude sur les deux sites, c'est que cette capacité parentale de soutien est loin d'être une caractéristique individuelle, ou dans le cas d'une difficulté à comprendre et soutenir l'enfant, une faille inhérente au parent. Les parents mettent en avant de façon très claire que cette capacité de soutien de l'enfant, est, elle aussi, soumise à l'influence de facteurs de risque et de protection environnementaux. Les parents qui se sentent soutenus par leur entourage, qui ont plus de ressources économiques (dans le cas du Liban) et/ou logistiques (dans le cas de Montpellier) pour les aider, sont en général ceux qui arrivent à prendre le plus de recul par rapport à leurs représentations et leurs exigences vis-à-vis de l'adolescent, et à adapter leurs réponses aux besoins de leur enfant. Il est important pour le clinicien qui va implémenter une intervention ou pour le chercheur qui va tester une intervention psychologique, de garder à l'esprit cette transaction avec l'environnement. Le parent, tout comme l'enfant n'est pas un individu isolé mais interagit dans un système socio-écologique. Un parent isolé, soumis à des pressions économiques et sociales, préoccupé par la sécurité du pays (dans le cas du Liban), aura plus de difficultés à se rendre disponible émotionnellement et physiquement pour une intervention psychologique standardisée et aura plus de mal à mobiliser des capacités d'écoute et de soutien envers l'enfant.

**Nous suggérons donc que la première composante d'une intervention familiale précoce à la suite de l'exposition traumatique d'un enfant quel que soit le contexte est l'évaluation de la qualité du support social autour du parent, afin de promouvoir activement auprès des parents l'importance d'avoir un réseau de soutien social et/ou communautaire et d'éviter l'isolement social.** Ceci peut se faire en leur demandant d'impliquer au moins une personne de leur entourage en qui ils ont confiance dans cette période péri-traumatique afin de les soutenir même sur un plan logistique s'ils ne sentent pas prêts à se confier émotionnellement. Notre étude suggère que cela paraît plus évident dans le contexte d'un traumatisme collectif ou le coping collectif s'installe naturellement comme une réponse à un événement vécu par tous. Dans le cas d'une violence sexuelle qui est accompagnée d'un vécu de honte et de stigmatisation, il semble plus difficile pour les parents

de solliciter des proches. Cependant ils expriment le besoin de partager avec d'autres parents ayant vécu la même expérience. Dans ce cas, le parent peut être encouragé à solliciter une association d'aide aux victimes, ou un groupe de parents, ou n'importe quel réseau social et/ou communautaire susceptible d'apporter cet étayage pour les parents.

En général, le contenu traditionnel de psychoéducation à la suite d'une exposition traumatique, se concentre sur le repérage et l'identification des symptômes post-traumatiques des enfants. Nous proposons que la composante de promotion du soutien social autour des parents soit rajoutée comme un élément essentiel de la psychoéducation dans une intervention familiale précoce.

### 3) Évaluer l'impact scolaire et promouvoir le soutien scolaire

Nous avons vu que les parents sur le site de Montpellier rapportent le manque de soutien scolaire comme un obstacle important à un soutien optimal à leur enfant. Bien que les parents dans le contexte libanais ne le rapportent pas spontanément, le soutien scolaire contribue largement au soutien social (Alisic, 2012). De plus, les parents sur les deux sites identifient un impact de l'exposition traumatique sur les capacités de mémoire et d'attention des adolescents, ce qui pourrait altérer leurs capacités d'apprentissage et entraîner à long terme des difficultés scolaires. **Nous suggérons donc une deuxième composante dans une intervention familiale précoce, qui est d'anticiper les répercussions scolaires et de faire le lien avec le collège ou le lycée avec l'accord de l'adolescent et des parents.** Ceci permettrait de sensibiliser la direction et les enseignants sur les conséquences possibles de l'exposition traumatique sur les apprentissages, de proposer des aménagements adaptés transitoires si nécessaire afin de prévenir l'évitement scolaire si l'adolescent se sent mis en échec (En plus des conduites d'évitement propres aux réactions post-traumatiques). De plus, cela permettrait de familiariser les enseignants avec les approches sensibilisées au traumatisme, qui se manifestent par des attitudes simples de soutien, d'écoute, de validation du vécu, et d'accompagnement des parents. Ceci permettrait de renforcer le soutien social tant aux adolescents qu'aux parents. D'autant plus que l'adolescence est une période développementale charnière pour les apprentissages et l'orientation académique et/ou professionnelle future.

#### 4) Évaluer et cibler la santé mentale parentale

Les parents sur les deux sites exprimant un niveau élevé de détresse émotionnelle et/ou des manifestations évocatrices d'un TSPT décrivent plus de difficulté à pouvoir se rendre disponible pour leur adolescent. Ceci est conforme aux nombreuses données de la littérature qui démontrent le lien entre santé mentale parentale et TSPT de l'enfant. La présence d'un TSPT parental, autre trouble psychiatrique parental, ou un niveau de détresse parentale élevé, est associée à un risque accru pour l'enfant de développer un TSPT à la suite d'une exposition traumatique. **Nous suggérons donc une troisième composante dans une intervention familiale précoce, qui est de systématiquement évaluer la santé mentale parentale lors d'une séance avec le ou les parents seuls.** Ceci peut se réaliser par le dépistage systématique de symptômes dépressifs et post-traumatiques chez les parents mais aussi par l'évaluation de leur niveau de stress général. Ce dépistage devrait se faire dans un contexte global d'accompagnement et d'explication sur l'importance de cibler leur propre santé mentale qui peut influencer leurs styles parentaux. De plus, une détection délicate, si la situation clinique le permet, des antécédents traumatiques des parents eux-mêmes, permet d'initier une conversation transparente sur l'impact de la communication transgénérationnelle autour du trauma. En effet, nous avons vu que l'exposition traumatique antérieure des parents peut être un facteur d'évitement de la communication autour du trauma, ou au contraire un facteur moteur de partage, de dialogue et de soutien à l'enfant. Elle constitue en tout cas un levier important qui peut être mobilisé lors d'une intervention familiale pour promouvoir le soutien parental. Ceci est d'autant plus pertinent pour l'adolescence en tant que période développementale. Les adolescents sont en quête identitaire, à la recherche de partage d'expériences pouvant les éclairer sur leur vécu, et de relations de confiance et de transparence avec leurs proches.

L'évaluation systématique de la santé mentale parentale implique de proposer des ressources et/ou de traiter les symptômes ou syndromes psychiatriques retrouvés. L'orientation vers la psychiatrie adulte pourrait sembler une contrainte de temps et d'énergie supplémentaire à des parents qui doivent déjà se libérer pour les interventions pour leurs enfants et s'adapter

à leurs nouveaux besoins. Si le parent exprime cette réticence à consulter en plus en psychiatrie adulte, nous suggérons que cette demande soit prise en compte et que la consultation en psychiatrie adulte puisse être différée (sauf urgence psychiatrique). En effet, les études suggèrent que les interventions familiales précoces à la suite d'une exposition traumatique d'un enfant et/ou adolescent peuvent améliorer également la santé mentale des parents (Hahn et al, 2019). Nous suggérons une réévaluation systématique de la santé mentale parentale en fin d'intervention, afin d'orienter alors vers les ressources nécessaires.

#### 5) Comprendre les représentations des parents sur le traumatisme et la résilience et cibler la flexibilité cognitive.

Nous avons vu que sur les deux sites, la façon dont les parents perçoivent le traumatisme et/ou le statut de victime, ainsi que la rémission et/ou la résilience, influence leurs attitudes et réactions envers l'enfant et donc leurs capacités de soutien parental. Sur le site de Montpellier, beaucoup de parents expriment une forme de suspicion envers les symptômes de l'enfant, notamment en ce qui concerne l'évitement scolaire, les percevant comme une forme de faiblesse morale, et craignant que l'enfant se « complaise » dans sa position de « victime » et prenne avantage de la situation. De même, ils ressentent cette injonction de revenir à la vie normale antérieure au traumatisme le plus vite possible, comme si c'était un gage de rémission. Ceci les soumet à une grande pression qu'ils transmettent aussi à leurs enfants. Sur le site du Liban, de nombreux parents rejettent le concept de traumatisme par peur d'enfermer leur enfant, non dans un rôle de victime, mais dans un rôle de malade. Ils ont pour la plupart en effet cette injonction de la résilience en toute circonstance comme faisant partie de leur caractéristique en tant que libanais. Ceci pouvait avoir pour conséquence de minimiser la souffrance individuelle de l'enfant qui était alors diluée dans ce récit collectif.

**Nous suggérons donc une quatrième composante dans une intervention familiale précoce, qui est d'initier une conversation avec les parents sur leurs représentations du traumatisme et de la rémission et/ou résilience.** Cette séance pourrait être intégrée à la psychoéducation et comporter des éléments de discussion sur l'impact de ces représentations sur les réactions et les attitudes envers l'exposition traumatique de l'enfant. Nous soutenons

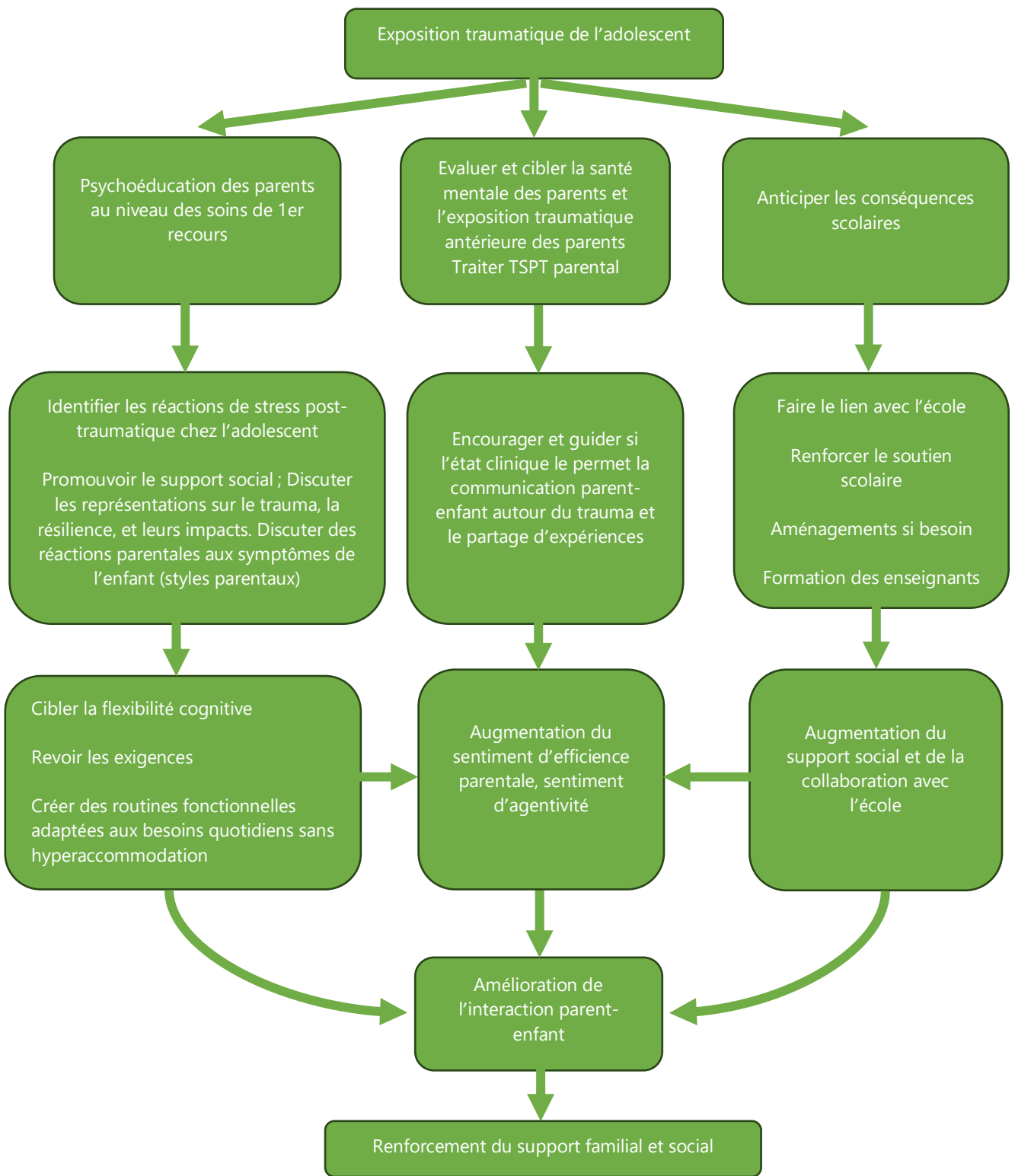
que cette composante sur la prise de conscience des parents de ces représentations pourrait leur permettre de prendre une distance réflexive vis-à-vis de ces croyances, quel que soit le contexte et dans le cas où ces croyances influencent négativement leurs réactions parentales. De plus, cela permettrait de cibler la flexibilité cognitive et la capacité à remettre en question certaines attitudes qui résultent de ces représentations sous-jacentes.

#### 6) Évaluer et cibler les styles parentaux coercitifs, contrôlants et/ou évitants

Nos résultats suggèrent qu'il pourrait y avoir des avantages à aborder simultanément les styles parentaux particulièrement négatifs lors d'une intervention familiale précoce à la suite de l'exposition traumatique d'un adolescent. Notamment, les styles parentaux coercitifs, contrôlants et surprotecteurs qui peuvent avoir une association avec le risque de développer un TSPT comme nous l'avons vu dans la partie « Contexte II.2.4 ». De plus, nos résultats sur les deux sites démontrent que ces styles parentaux affectent la relation parents-enfants et la dynamique familiale, ce qui constitue encore un facteur de risque. **Nous suggérons donc une cinquième composante dans une intervention familiale précoce, qui est de considérer et de discuter avec les parents des implications négatives des pratiques parentales, telles que la surprotection parentale ou la parentalité contrôlante, sur l'adaptation post-traumatique de l'adolescent, et la guidance parentale pour des styles et des stratégies alternatives.** Ces efforts pour améliorer la dynamique relationnelle familiale après l'exposition traumatique de l'enfant pourraient être avantageux pour le rétablissement de l'enfant. Cependant, concernant cette dernière composante, il faut noter que les pratiques parentales négatives peuvent aussi être des conséquences des symptômes post-traumatiques de l'enfant, comme l'opposition, l'irritabilité et l'opposition scolaire, qui suscitent des pratiques parentales négatives. Il est donc également possible qu'un traitement efficace ou des stratégies de gestion efficaces des symptômes post-traumatiques de l'enfant, peuvent à eux seuls entraîner des changements positifs dans les pratiques parentales. De plus, les pratiques parentales sont aussi influencées par les quatre composantes décrites précédemment dans cette section : la santé mentale parentale et l'exposition traumatique parentale antérieure, la présence d'un support social (dont scolaire), et les représentations des parents sur le traumatisme et la résilience et

sur leurs croyances d'une réponse parentale adaptée. Il est donc important de prendre en compte ce contexte global et de comprendre que les différentes composantes d'une intervention familiale sont reliées et interdépendantes.

La figure 5 résume les différentes composantes d'un modèle conceptuel intégré pour une intervention familiale à la suite de l'exposition traumatique d'un adolescent visant à renforcer le soutien parental.



**Figure 5- Un modèle conceptuel intégré pour une intervention familiale à la suite de l'exposition traumatique d'un adolescent visant à renforcer le soutien parental**

## II. PROPOSITIONS D'ADAPTATION CONTEXTUELLE DE LA CFTSI

### 1) Description détaillée de la CFTSI

Comme nous l'avons vu dans la partie « Contexte III.4 », la CFTSI est une intervention précoce familiale qui peut être fournie dans les trois mois suivant l'exposition d'un enfant ou d'un adolescent à un évènement traumatique, ou dans les trois mois suivant la révélation par l'enfant d'un évènement traumatique ancien. Il existe quatre études publiées à ce jour, dont un essai randomisé contrôlé, sur l'efficacité de la CFTSI dans la prévention du développement d'un TSPT chez l'enfant à trois mois post-CFTSI (essai randomisé contrôlé de Berkowitz et al, 2011), et dans la réduction des symptômes de stress post-traumatiques aigus chez les enfants et les parents, même à travers un format en ligne (Hahn et al, 2019 ; Stover et al, 2022 ; Goslin et al, 2024).

La CFTSI est une intervention brève, structurée, standardisée, qui utilise les principes de la psychoéducation classique sur les symptômes post-traumatiques et des techniques cognitives et comportementales pour les gérer. Elle comprend une première séance avec le ou les parents seuls, une deuxième séance avec l'enfant seul et trois séances familiales. Il est possible également de faire 1 à 3 séances supplémentaires au besoin pour clarifier certains points ou revoir certaines stratégies en détail. La CFTSI vise à améliorer l'identification des symptômes post-traumatiques par l'enfant et ses parents ainsi que la communication autour des symptômes, et enseigne aux parents et aux jeunes des compétences d'adaptation spécifiques (Berkowitz, 2011 ; Stover, 2022). La reconnaissance des symptômes et les stratégies d'intervention visant à les réduire ciblent plusieurs clusters de réactions clés, notamment les perturbations de sommeil, l'isolement dépressif, les pensées intrusives, l'anxiété, les crises de colère et les comportements oppositionnels/agressifs, et les altérations négatives de la cognition (par exemple, culpabilisation). Il existe un manuel détaillé de la CFTSI décrivant le déroulement de chaque séance et des questionnaires précis utilisés à chaque séance qui permettent de mesurer l'intensité et la fréquence des symptômes ainsi que leur évolution au fil des séances. Ces questionnaires permettent également à l'enfant et ses parents d'apprendre à identifier les symptômes post-traumatiques.



Les séances de la CFTSI se déroulent comme suit :

- **Séance 1** : Séance avec le(s) parent(s) seul(s), qui inclut l'évaluation de la perception des parents des symptômes post-traumatiques et dépressifs de leurs enfants par le Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) et la PTSD-RI version parent. Cette séance inclut également un questionnaire socio-développemental détaillé pour évaluer le neurodéveloppement de l'enfant, ses antécédents, et la situation sociale. De plus, un questionnaire évaluant les antécédents d'exposition traumatique (Trauma History Questionnaire) chez l'enfant (tels que perçus pas les parents) et chez les parents eux-mêmes, est aussi administré. Finalement, un questionnaire pour évaluer la présence des symptômes de TSPT chez le et/ou les parents est administré (Post-Traumatic Checklist). Des explications sont données aux parents sur les symptômes post-traumatiques et leurs manifestations chez l'enfant.

- **Séance 2** : Séance avec l'enfant seul, qui inclut l'évaluation de sa perception de ses symptômes post-traumatiques et dépressifs par le Mood and Feelings Questionnaire et la PTSD-RI, version enfant, et le questionnaire évaluant ses antécédents d'exposition traumatique (Trauma History Questionnaire, version enfant). Des explications sont données à l'enfant sur les symptômes post-traumatiques et leurs manifestations chez l'enfant

- **Séance 3** : Séance commune avec le ou les parents et l'enfant, où le clinicien compare les perceptions des symptômes des parents et des enfants sur la PTSD-RI et le MFQ, et amène parents et enfants à un meilleur repérage et communication autour des symptômes. Les symptômes les plus invalidants sont identifiés (par exemple : irritabilité, troubles du sommeil, flashbacks, isolement dépressif), et des stratégies de coping sont discutées avec le parent et l'enfant pour aider l'enfant à faire face à chacun de ces symptômes : par exemple, techniques de recentrage pour les flashbacks, imagerie visuelle pour les pensées intrusives, relaxation musculaire pour l'hypervigilance, activation comportementale pour l'isolement dépressif. Un agenda de famille est ensuite donné à la famille afin de noter l'émergence des symptômes et comment ces symptômes ont été identifiés, la stratégie de coping utilisée, et son efficacité perçue.

- **Séance 4** : Séance commune avec le ou les parents et l'enfant où le clinicien évalue avec eux l'agenda de famille et l'efficacité des stratégies de coping discutées à la séance précédente, et refait une PTSD-RI et MFQ qu'ils remplissent en même temps en discutant des différentes réactions et symptômes. De nouvelles stratégies de coping peuvent être discutées et rajoutées à la liste.

- **Séance 5** : Séance commune avec le ou les parents et l'enfant où le clinicien évalue avec eux l'agenda de famille et l'efficacité des stratégies de coping discutées à la séance précédente, et refait une PTSD-RI et MFQ qu'ils remplissent en même temps en discutant des différentes réactions et symptômes. De nouvelles stratégies de coping peuvent être discutées et rajoutées à la liste. Un questionnaire de satisfaction est aussi rempli avec le parent et l'enfant pour évaluer leurs perceptions de l'efficacité des stratégies élaborées et leur feedback de l'intervention en général.

- Le choix de faire 1 à 3 séances supplémentaires revient à l'appréciation du clinicien, s'il a besoin de cibler des comportements pathologiques persistants ou des difficultés de communication particulières ou si l'enfant et/ou les parents en expriment le besoin.

- A noter qu'une échelle d'évaluation des symptômes post-traumatiques de l'enfant, tels que perçus par les parents et l'enfant lui-même, est administrée lors d'une séance d'introduction avant la séance 1, lors d'une séance de clôture programmée après la dernière séance, et lors d'une séance de suivi trois mois après la séance de clôture.

La CFSTI vise donc surtout à apprendre aux parents et aux enfants à identifier et à repérer les symptômes de stress post-traumatiques à travers des questionnaires standardisés, et à suivre l'évolution de ces symptômes dans le temps. Ceci permet d'initier la communication familiale autour des symptômes, même si le but n'est pas de revenir en détail sur ce qui s'est passé ni de faire une exposition au souvenir traumatique, qui n'est pas recommandée à ce stade. Ensuite, l'apprentissage de stratégies cognitives et comportementales à la fois aux parents et aux enfants, afin de faire baisser l'intensité des symptômes permet l'implication des parents dans l'apaisement des enfants et donc de renforcer leur support à l'enfant.

Nous avons commencé à implémenter la CFTSI au CRP Enfants/Adolescents de Montpellier depuis le mois de mai 2022, vu le niveau d'évidence émergent démontré dans la littérature et en l'absence en France d'intervention familiale précoce validée dans les trois premiers mois suivant l'exposition d'un enfant à un événement traumatique. Un groupe de 3 psychologues, deux infirmières et moi-même, avons été formés en visioconférence par la cofondatrice de la CFTSI, Carrie Epstein, à l'institut Child Study Center, de la Faculté de Médecine de l'Université de Yale. La formation intensive de trois jours a ensuite été suivie de 14 séances de supervision clinique étalées sur 7 mois, pour suivre en détail les premiers cas de familles bénéficiant de la CFSTI et guider les cliniciens dans l'implémentation de cette intervention. Nous avons traduit le manuel et les questionnaires de la CFTSI en français. Bien que nous ayons noté empiriquement une bonne faisabilité et acceptabilité de la CFTSI de la part des familles, surtout que le format en ligne peut être aussi facilement réalisé, nous avons noté quelques problèmes lors de l'implémentation :

- Un taux élevé d'abandon à partir de la deuxième ou troisième séance.
- Une difficulté à appliquer les stratégies d'adaptation quand les parents n'étaient pas dans une disposition de soutien à leur enfant, ou qu'ils étaient eux-mêmes surmenés.
- Une réticence de certains adolescents à impliquer leurs parents dans ces stratégies d'adaptation à cause d'une dynamique familiale détériorée ou conflictuelle.

Nous avons remarqué que la CFTSI implique qu'il y ait déjà un certain soutien parental en place, une certaine validation des parents du vécu de l'enfant et une disposition à s'engager dans cette intervention avec l'enfant. Or les parents qui étaient en difficulté dans ce rôle même étaient ceux qui abandonnaient le suivi alors qu'ils en avaient le plus besoin. Ces obstacles cliniques rencontrés sur le terrain ont renforcé notre constatation d'un besoin de mener une étude qualitative auprès des parents afin de comprendre leurs expériences et perceptions, ainsi que les facteurs facilitant ou entravant leurs disposition de soutien à leur enfant, afin de pouvoir cibler ces facteurs et renforcer l'adhésion à la CFTSI.

## 2) Propositions d'adaptation de la CFTSI et son intégration dans un cadre d'interventions plus large

La CFTSI se centre sur l'identification et la gestion cognitive et comportementale précoce des symptômes post-traumatiques de l'enfant avec l'implication des parents. Ces éléments de prise en charge précoces sont essentiels et nécessaires, comme nous le démontre notre revue de littérature (partie « Contexte, Section III). Cependant, notre étude qualitative auprès des parents a démontré qu'il fallait cibler les facteurs favorisant ou empêchant un soutien parental optimal, afin de permettre aux parents d'adhérer à cette intervention et de mobiliser les ressources nécessaires pour s'impliquer dans ces stratégies. Par exemple, les symptômes de TSPT parental et les antécédents d'exposition traumatique parentale antérieure sont évalués à la séance 1 mais ne sont plus réévalués ensuite, en tout cas dans la forme classique standardisée de l'intervention telle qu'elle figure dans le manuel.

En effet, si les parents ne sont pas dans une disposition de soutien, parce que surmenés, parce que soumis eux-mêmes à des résurgences traumatiques et/ou des représentations particulières entraînant des styles parentaux négatifs, l'adhésion à la CFTSI et l'implication dans les stratégies d'adaptation risque de ne pas être optimale, comme nous l'avons constaté empiriquement dans notre pratique clinique. Nous proposons donc d'intégrer la CFTSI dans le cadre plus large d'une intervention précoce familiale, selon le modèle décrit précédemment dans la partie « Perspectives, section I ». Dans cette version, les facteurs décrits précédemment sont aussi ciblés par l'intervention, à savoir la promotion du soutien social autour des parents ; le renforcement du soutien scolaire ; la santé mentale et/ou le TSPT parental ; les représentations des parents ; et les styles parentaux négatifs.

L'adaptation contextuelle d'une intervention implique souvent une modification des supports de formation afin de prendre en compte la langue, la culture et le contexte, dans le but de garantir leur compatibilité avec les schémas culturels et les valeurs des patients (Brown et al, 2020). Afin de maintenir la fidélité à l'intervention initiale pour laquelle il existe des données probantes, il est généralement recommandé de conserver les composantes fondamentales de l'intervention, tout en apportant des modifications supplémentaires pour

améliorer l'adéquation en termes d'acceptabilité, de compréhension, de pertinence et de complémentarité, et de cibler des facteurs contextuels (Chowdhary et al, 2014).

En pratique, nous proposons l'ajout d'une à deux séances de psychoéducation avec le ou les parent(s) seul(s) avant la séance 1, afin de cibler les composantes suivantes :

- Promouvoir activement l'importance d'avoir un réseau de soutien social et/ou communautaire et d'éviter l'isolement social : impliquer au moins une personne de leur entourage en qui ils ont confiance (voir section Perspectives I.2.)
- Evaluer l'impact scolaire et discuter d'un éventuel lien avec l'école si nécessaire et après accord de l'adolescence (voir section Perspectives I.3).
- Initier une conversation avec les parents sur leurs représentations du traumatisme et de la rémission et/ou résilience avec une discussion de l'impact de ces représentations sur le soutien de l'adolescent, notamment la stigmatisation du statut de victime (Voir section Perspectives I.4).
- Discuter de l'impact si la fratrie si cela est applicable et comment privilégier des temps de qualité, même courts, avec chaque enfant, pour renforcer le lien unique parent-enfant. Ceci permettrait de cibler la dynamique familiale plus large qui est aussi déterminante pour l'évolution de l'enfant exposé au traumatisme (voir partie « Contexte II.3.a »)

L'évaluation de la santé mentale parentale est déjà incluse dans la forme classique de la CFTSI lors de la séance 1 avec les parents seuls, mais nous suggérons de faire une réévaluation des symptômes de TSPT parental et de la santé mentale parentale lors d'une séance seule avec les parents en post-CFTSI. Ceci permettrait de vérifier si la CFTSI a été efficace dans l'amélioration de la santé mentale des parents. Dans le cas contraire, ceci justifierait une intervention spécifique pour les parents. De même, lors de cette séance 1 quand on évalue l'exposition traumatique antérieure des parents, nous suggérons l'initiation d'une conversation transparente sur l'impact de la communication transgénérationnelle autour du traumatisme et son impact qui peut être positif sur l'adolescent si l'état clinique le permet.

De plus, nous suggérons l'ajout lors des séances 3, 4 et 5 d'un temps de discussion avec l'adolescent et ses parents des réponses et/ou styles parentaux aux différentes manifestations émotionnelles et comportementales des enfants. Cela permettrait d'initier une discussion transparente sur le sujet et d'ajuster les réponses parentales tout en implémentant les stratégies d'apaisement des symptômes discutés et implémentés conjointement avec parents et enfants.

Un temps supplémentaire avec l'adolescent seul avant la séance 4 permettrait de recueillir ses perceptions du soutien parental et des modalités selon lesquels sont appliquées les stratégies apprises dans la séance 3, afin de proposer des ajustements si nécessaire. En effet, dans le format classique de la CFTSI, l'enfant et/ou l'adolescent est vu seul uniquement lors de la séance 2. La CFTSI est conçue pour les enfants et les adolescents de 7 à 17ans. Pour les adolescents, nous suggérons l'ajout de ce temps seul qui ne serait peut-être pas aussi crucial pour les enfants de 7-8 ans, car les adolescents ont besoin de se sentir impliqués en tant qu'acteurs à part entière dans le processus de l'intervention.

Une adaptation supplémentaire à implémenter dans un contexte de crise sociale, économique et politique globale comme dans le cas du Liban serait de valider l'impact de la crise collective sur la santé mentale lors de la première séance de psychoéducation et d'éviter les labels diagnostiques à ce stade précoce même lors de l'implémentation des stratégies de gestion des symptômes. Par exemple, si on implémente une activation comportementale pour cibler un isolement dépressif, il est préférable dans ce contexte d'évoquer « l'augmentation de moments agréables et de plaisir » comme but, plutôt que de « diminuer les symptômes dépressifs ». Cette nuance est importante car nous avons vu que les parents du site de Beyrouth sont assez réticents à mettre un label « pathologique » sur les symptômes de leurs enfants, par peur de l'enfermer dans le rôle de malade et parce qu'ils perçoivent que le vrai problème c'est la crise politique et économique et l'exposition à l'épisode de conflit armé plutôt que les manifestations émotionnelles et comportementales de leur enfant. Pour cette population, nous recommandons lors de l'implémentation de stratégies cognitives et comportementales de mettre l'accent dans les explications fournies aux parents et aux adolescents sur la promotion de points forts et de compétences, plutôt que sur la diminution de symptômes.

## CONCLUSION

---

Notre travail met en évidence des facteurs qui semblent jouer un rôle déterminant dans la capacité des parents à soutenir leur adolescent à la suite d'une exposition traumatique quel que soit le site: la santé mentale parentale (dont le TSPT et le niveau de stress parental), l'exposition traumatique parentale antérieure, le niveau de soutien social des parents eux-mêmes, et les représentations autour de ce qu'est un psychotraumatisme et comment devrait se dérouler un processus de rémission post-traumatique. Au niveau du site de Montpellier, le soutien scolaire est apparu comme un facteur déterminant. Au niveau du site de Beyrouth, les effets de l'exposition traumatique aigue semblent se diluer pour les parents dans le contexte de crise chronique et complexe (sociale, économique et politique). Dans les deux sites, ces facteurs influencent les réponses parentales aux changements émotionnels et comportementaux des enfants. Les parents ont notamment recours à des styles de communication évitants (évitement de parler du traumatisme, d'adapter les réponses aux besoins) ou contrôlants, ce qui affecte d'après leurs perceptions la relation avec l'adolescent. Dans les deux cas, les parents qui semblent pouvoir remettre en question leurs représentations et accepter une nouvelle réalité sont plus à même d'être à l'écoute de leurs enfants et de restaurer une connexion avec eux.

Ces résultats nous ont permis d'élaborer un modèle conceptuel détaillé pour une intervention parentale précoce qui vise à renforcer les capacités des parents à soutenir leur enfant, avec plusieurs niveaux d'interventions pour cibler ces différents facteurs. De même, ces résultats ont des implications pratiques pour les adaptations contextuelles des interventions précoces déjà existantes, comme la CFTSI, par exemple dans l'adaptation du contenu de la psychoéducation et de l'ajout d'une séance pour les parents pour cibler les représentations et la stigmatisation. Cependant, dans les centres où la CFTSI n'est pas disponible, notre modèle d'intervention peut constituer une première base de recommandations cliniques pour la prise en charge précoce du psychotraumatisme de l'adolescent pour les acteurs de 1<sup>ère</sup> ligne : médecins généralistes, pédiatres, psychiatres ou psychologues de ville, UAPED, Cellules

d'Urgence Médico-Psychologiques (CUMP), en complémentarité avec le suivi individuel du jeune. Dans certains cas, le jeune est dans le refus des soins par peur d'être réexposé au souvenir traumatique, ce qui est typique de l'évitement post-traumatique. Travailler alors avec les parents et l'entourage devient un levier crucial, d'où la nécessité d'avoir un modèle d'interventions homogène, structuré et validé. Ceci serait en conformité avec les données de la littérature qui mettent en évidence le rôle protecteur de l'implication des parents dans cette phase précoce. Les interventions dans la phase précoce répandues actuellement dans les CUMP sont le debriefing et le defusing psychologique, pour lesquelles il n'existe pas encore de données probantes à ce jour en termes de prévention d'installation du TSPT. Certaines données incriminent même le debriefing comme facteur aggravant des symptômes post-traumatiques aigus d'après notre revue de littérature publiée dans le cadre de cette thèse (Kerbage et al, 2022).

Notre travail met en évidence l'importance de mener des recherches préliminaires approfondies et une analyse contextuelle avant de mettre en œuvre des nouvelles interventions imposées dans un cadre spécifique. Cette approche garantit que les interventions sont adaptées aux besoins et aux priorités uniques de la communauté ou de l'environnement où elles seront appliquées. Ceci permet une compréhension approfondie des facteurs culturels, sociaux, économiques et politiques qui peuvent influencer le succès des interventions. En identifiant les priorités spécifiques au contexte, les chercheurs peuvent mieux aligner les interventions sur les besoins et les préférences des communautés ciblées et parvenir à des interventions plus efficaces et durables. Ce modèle d'intervention parentale conçu dans cette thèse répond à cette approche mais doit être validé dans des recherches ultérieures, en comparaison avec un groupe contrôle de support psychologique centré sur l'enfant, pour garantir l'efficacité de l'intervention et valider l'impact de ces facteurs identifiés dans les interventions post-traumatiques précoces. De même, il est important de tester le modèle d'intervention adapté en le comparant à un groupe contrôle. Ce dernier projet est déjà prévu dans le cadre d'un protocole pour un essai randomisé contrôlé que nous avons rédigé à la suite des résultats de cette thèse et que nous avons soumis pour un financement d'un programme hospitalier de recherche clinique avec obtention du financement en Juillet 2024.



Il est important de noter que l'exposition traumatique intervient dans une trajectoire neurodéveloppementale en cours et que tout ne commence pas le jour de l'exposition traumatique. Les adolescents ayant un TDAH ou autre trouble préalable, ceux évoluant dans un dysfonctionnement familial déjà existant, ceux ayant des expositions traumatiques antérieures, sont tous plus fragiles aux effets de l'exposition traumatique. Il est crucial de rester attentif à l'histoire neurodéveloppementale et familiale antérieure. Si la période post-traumatique précoce est une fenêtre d'opportunité, c'est bien parce qu'elle permet le repérage et la prise en charge de cas facteurs préalables qui sont peut-être aussi en cause dans le risque d'exposition traumatique.

Je clôturerai cette thèse avec une réflexion personnelle. Le spectre des troubles de stress traumatique est la seule catégorie dans le DSM où une étiologie est explicitement incriminée : l'exposition à un évènement traumatique, qui est bien différenciée d'un facteur de stress. Alors même que le DSM est un manuel qui se revendique athérorique et purement descriptif. En d'autres termes, s'il n'y avait pas de violences sexuelles, d'agressions physiques, de maltraitements infantiles, d'attentats, de guerres, de migrations forcées, de campagnes génocidaires, de torture, de prise d'otages, d'inégalités sociales sévères, de précarité, de fanatisme religieux, des systèmes d'oppression favorisant des environnements de haine et de violence, il y aurait nettement moins de TSPT. Il reste bien évidemment les catastrophes naturelles et les accidents aléatoires, graves, les morts soudaines et subites qui font partie de la vie. Mais une grande partie des évènements traumatiques, notamment ceux qui sont associés aux TSPT les plus graves, sont causés par des êtres humains. Être engagé pour la prise en charge du psychotraumatisme implique inévitablement une prise de position, à notre niveau de clinicien-chercheur, dans la prévention, la lutte contre et la dénonciation de ces évènements traumatiques. Traiter implique de valider le vécu des victimes et de sortir du déni et de l'injonction du silence dans les deux sphères privée et publique. Traiter implique de reconnaître les effets désastreux de ces évènements, non seulement sur les jeunes et leurs familles, mais également sur des générations et des générations à venir. Ce dont il s'agit véritablement dans cet enjeu, c'est la valeur de notre humanité universelle et le sens qu'on lui donne.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Admon, R., Lubin, G., Rosenblatt, J. D., Stern, O., Kahn, I., Assaf, M., & Hendler, T. (2013). Imbalanced neural responsivity to risk and reward indicates stress vulnerability in humans. *Cerebral cortex (New York, N.Y. : 1991)*, 23(1), 28–35. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhr369>
- Aitcheson, R. J., Abu-Bader, S. H., Howell, M. K., Khalil, D., & Elbedour, S. (2017). Resilience in palestinian adolescents living in gaza. *Psychological Trauma*, 9(1), 36-43. <https://doi.org/10.1037/tra0000153>
- Alaggia, R., Collin-Vézina, D., & Lateef, R. (2019). Facilitators and Barriers to Child Sexual Abuse (CSA) Disclosures: A Research Update (2000–2016). *Trauma, violence & abuse*, 20(2), 260–283. <https://doi.org/10.1177/1524838017697312>
- Albala, D., & Shapira, S. (2023). Parent-adolescent coping with prolonged geopolitical conflict: A qualitative analysis focusing on distress and resilience. *Family Process*, <https://doi.org/10.1111/famp.12932>
- Alisic, E. (2012). Teachers' perspectives on providing support to children after trauma: a qualitative study. *School psychology quarterly : the official journal of the Division of School Psychology, American Psychological Association*, 27(1), 51–59. <https://doi.org/10.1037/a0028590>
- Alisic, E., Boeije, H. R., Jongmans, M. J., & Kleber, R. J. (2012). Supporting children after single-incident trauma: Parents' views. *Clinical Pediatrics*, 51(3), 274-282. <https://doi.org/10.1177/0009922811423309>
- Alisic, E., van der Schoot, T. A., van Ginkel, J. R., & Kleber, R. J. (2008). Looking beyond posttraumatic stress disorder in children : Posttraumatic stress reactions, posttraumatic growth, and quality of life in a general population sample. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(9), 1455-1461. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0913>
- Alisic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 204, 335–340. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>
- Almqvist, K., & Broberg, A. G. (1997). Silence and survival: Working with strategies of denial in families of traumatized pre-school children. *Journal of Child Psychotherapy*, 23(3), 417-435. <https://doi.org/10.1080/00754179708254560>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. revised).

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.)

Anda, Felitti, V., Bremner, J., Walker, J., Whitfield, C., Perry, B., Dube, & Giles, W. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood - A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *256*(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>

Attanayake, V., McKay, R., Joffres, M., Singh, S., Burkle, F., Jr, & Mills, E. (2009). Prevalence of mental disorders among children exposed to war: a systematic review of 7,920 children. *Medicine, conflict, and survival*, *25*(1), 4–19. <https://doi.org/10.1080/13623690802568913>

Bah, A.J., Idriss, A., Wurie, H., Bertone, M., Elimian, K., Horn, R., & Samai, M. (2018). A scoping study on mental health and psychosocial support (MHPSS) in Sierra Leone. Dernier accès le 27 avril 2024 de <file:///Users/halakerbage/Downloads/MHPSSinSierraLeone.pdf>

Baker, F.R.L., Baker, K.L., & Burrell, J. (2021) Introducing the skills-based model of personal resilience: Drawing on content and process factors to build resilience in the workplace. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *94*, 458–481.

Banvard-Fox, C., Linger, M., Paulson, D. J., Cottrell, L., & Davidov, D. M. (2020). Sexual Assault in Adolescents. *Primary care*, *47*(2), 331–349. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2020.02.010>

Barber, B. K., McNeely, C. A., El Sarraj, E., Daher, M., Giacaman, R., Arafat, C., Barnes, W., & Abu Mallouh, M. (2016). Mental suffering in protracted political conflict: Feeling broken or destroyed. *PLoS One*, *11*(5), e0156216–e0156216. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156216>

Barth, A. M., Meinert, A. C., Zopatti, K. L., Mathai, D., Leong, A. W., Dickinson, E. M., Goodman, W. K., Shah, A. A., Schneider, S. C., & Storch, E. A. (2022). A Qualitative Inquiry of Parents' Observations of Their Children's Mental Health Needs During the COVID-19 Pandemic. *Children's health care : journal of the Association for the Care of Children's Health*, *51*(2), 213–234. <https://doi.org/10.1080/02739615.2021.2003196>

Bayer, C. P., Klasen, F., & Adam, H. (2007). Association of trauma and PTSD symptoms with openness to reconciliation and feelings of revenge among former Ugandan and Congolese child soldiers. *JAMA*, *298*(5), 555–559. <https://doi.org/10.1001/jama.298.5.555>

Benfer, N., Grunthal, B., Dondanville, K. A., Young-McCaughan, S., Blankenship, A., Abdallah, C. G., Back, S. E., Flanagan, J., Foa, E. B., Fox, P. T., Krystal, J. H., Marx, B. P., McGeary, D. D., McLean, C. P., Pruiksma, K. E., Resick, P. A., Roache, J. D., Shiroma, P., Sloan, D. M., ... Litz, B. T. (2023). DSM-5 Criterion A–based trauma types in service members and veterans seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tra0001537>

Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., Lepine, J. P., ... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological medicine*, *46*(2), 327–343.

<https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>

Berkowitz, J., Stover, C., & Marans, S. (2011). The Child and Family Traumatic Stress Intervention: Secondary Prevention for Youth at Risk Youth of Developing PTSD. *J Child Psychol Psychiatry*, *52*(6): 676–685. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02321.x.

Betancourt, T. S., Borisova, I. I., Williams, T. P., Brennan, R. T., Whitfield, T. H., De La Soudiere, M., Williamson, J., & Gilman, S. E. (2010). Sierra leone's former child soldiers: A follow-up study of psychosocial adjustment and community reintegration. *Child Development*, *81*(4), 1077-1095. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01455.x>

Betancourt, T. S., Meyers-Ohki, S., Stulac, S. N., Elizabeth Barrera, A., Mushashi, C., & Beardslee, W. R. (2011). Nothing can defeat combined hands ( abashize hamwe ntakibananira): Protective processes and resilience in rwandan children and families affected by HIV/AIDS. *Social Science & Medicine* (1982), *73*(5), 693-701.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.053>

Blakemore S. J. (2012). Development of the social brain in adolescence. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *105*(3), 111–116. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110221>

Boger, S., Ehring, T., Berberich, G., & Werner, G. G. (2020). Impact of childhood maltreatment on obsessive-compulsive disorder symptom severity and treatment outcome. *European journal of psychotraumatology*, *11*(1), 1753942. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1753942>

Boeije, H. R., van Wesel, F., & Alisic, E. (2011). Making a difference: towards a method for weighing the evidence in a qualitative synthesis. *Journal of evaluation in clinical practice*, *17*(4), 657–663. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01674.x>

Bokszczanin, A. (2008). Parental support, family conflict, and overprotectiveness: Predicting PTSD symptom levels of adolescents 28 months after a natural disaster. *Anxiety, Stress, and Coping*, *21*, 325–335. <http://dx.doi.org/10.1080/10615800801950584>.

Bradley, R. H. (2007). Parenting in the breach: How parents help children cope with developmentally challenging circumstances. *Parenting, Science and Practice*, *7*(2), 99-148. <https://doi.org/10.1080/15295190701306896>

Braga, L. L., Mello, M. F., & Fiks, J. P. (2012). Transgenerational transmission of trauma and resilience: A qualitative study with brazilian offspring of holocaust survivors. *BMC Psychiatry*, *12*(1), 134. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-134>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Braun, V., & Clarke, V. (2023). Is thematic analysis used well in health psychology? A critical review of published research, with recommendations for quality practice and reporting. *Health Psychology Review*, 17(4), 695-718. <https://doi.org/10.1080/17437199.2022.2161594>
- Breslau, N., Wilcox, H. C., Storr, C. L., Lucia, V. C., & Anthony, J. C. (2004). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder: a study of youths in urban America. *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*, 81(4), 530–544. <https://doi.org/10.1093/jurban/jth138>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2007). The bioecological model of human development. In *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (Vol. 1, pp. 793). <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0114>
- Brown, F. L., Aoun, M., Taha, K., Steen, F., Hansen, P., Bird, M., Dawson, K. S., Watts, S., El Chammay, R., Sijbrandij, M., Malik, A., & Jordans, M. J. D. (2020). The Cultural and Contextual Adaptation Process of an Intervention to Reduce Psychological Distress in Young Adolescents Living in Lebanon. *Frontiers in psychiatry*, 11, 212. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00212>
- Brown, F. L., Bosqui, T., Elias, J., Farah, S., Mayya, A., Abo Nakkoul, D., Walsh, B., Chreif, S., Einein, A., Meksassi, B., Abi Saad, R., Naal, H., Ghossainy, M. E., Donnelly, M., Betancourt, T. S., Carr, A., Puffer, E., El Chammay, R., & Jordans, M. J. D. (2022). Family systemic psychosocial support for at-risk adolescents in lebanon: Study protocol for a multi-site randomised controlled trial. *Current Controlled Trials in Cardiovascular Medicine*, 23(1), 327. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06284-y>
- Bryant RA, Salmon K, Sinclair E, Davidson P. A prospective study of appraisals in childhood posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther.* (2007) 45:2502–7. 10.1016/j.brat.2007.04.009
- Bugge, K. E., Haugstvedt, K. T., Røkholt, E. G., Darbyshire, P., & Helseth, S. (2012). Adolescent bereavement: embodied responses, coping and perceptions of a body awareness support programme. *Journal of clinical nursing*, 21(15-16), 2160–2169. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04141.x>
- Bürgin, D., Anagnostopoulos, D., Board and Policy Division of ESCAP, Vitiello, B., Sukale, T., Schmid, M., & Fegert, J. M. (2022). Impact of war and forced displacement on children's mental health-multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches. *European child & adolescent psychiatry*, 31(6), 845–853. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01974-z>
- Campbell, S., Greenwood, M., Prior, S., Shearer, T., Walkem, K., Young, S., Bywaters, D., & Walker, K. (2020). Purposive sampling: complex or simple? Research case examples. *Journal of research in nursing : JRN*, 25(8), 652–661. <https://doi.org/10.1177/1744987120927206>
- Carpenter, L., & Chung, M. C. (2011). Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(4), 367–388.

Caspi, A., Vishne, T., Sasson, Y., Gross, R., Livne, A., & Zohar, J. (2008). Relationship between childhood sexual abuse and obsessive-compulsive disorder: case control study. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 45(3), 177–182.

Catani, C., Jacob, N., Schauer, E., Kohila, M., & Neuner, F. (2008). Family violence, war, and natural disasters: A study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 8(1), 33. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-8-33>

Center for Strategic and International Studies. (2023). Haneen Sayed: Lebanon's economic crisis. Retrieved from <https://www.csis.org/analysis/haneen-sayed-lebanons-economic-crisis>

Cisler, J. M., & Herringa, R. J. (2021). Posttraumatic Stress Disorder and the Developing Adolescent Brain. *Biological psychiatry*, 89(2), 144–151. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.06.001>

Chandler, D. (2019). Resilience and the end(s) of the politics of adaptation. *Resilience*, 7(3), 304–313. <https://doi.org/10.1080/21693293.2019.1605660>

Chandler, D. (2014). Resilience: The governance of complexity. Abingdon: Routledge.

Chapman, A. L., Hadfield, M., & Chapman, C. J. (2015). Qualitative research in healthcare: an introduction to grounded theory using thematic analysis. *The journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 45(3), 201–205. <https://doi.org/10.4997/JRCPE.2015.305>

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. SAGE.

Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual review of psychology*, 59, 301–328. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085650>

Chowdhary, N., Jotheeswaran, A.T., Nadkarni, A., Hollon, S.D., King, M., Jordans, M.J., Rahman, A., Verdelli, H., Araya, R., & Patel, V. (2014). The methods and outcomes of cultural adaptations of psychological treatments for depressive disorders: a systematic review. *Psychological medicine*, 44(6), 1131–1146. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001785>

Christie, H., Hamilton-Giachritsis, C., Alves-Costa, F., Tomlinson, M., Stewart, J., Skeen, S., Notholi, V., Gqwaka, P., Sambudla, A., & Halligan, S. (2020). Associations between parental trauma, mental health, and parenting: A qualitative study in a high-adversity South African community. *Social Science & Medicine (1982)*, 265, 113474 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113474>

Chulov, M. (2021). Six dead as Beirut gripped by worst street violence in 13 years. The Guardian. Retrieved from <https://www.theguardian.com/world/2021/oct/14/gunfire-beirut-protest-judge-leading-port-blast-inquiry>

Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(4), 597–600. <https://doi.org/10.1017/S0954579400007318>

- Cobham, V.E., & McDermott, B. (2014). Perceived parenting change and child posttraumatic stress following a natural disaster. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *24*, 18–23.
- Cobham, V. E., McDermott, B., Haslam, D., & Sanders, M. R. (2016). The role of parents, parenting and the family environment in children's post-disaster mental health. *Current Psychiatry Reports*, *18*, 53. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-016-0691-4>.
- Coffey, P., Leitenberg, H., Henning, K., Turner, T., & Bennett, R. T. (1996). Mediators of the long-term impact of child sexual abuse: perceived stigma, betrayal, powerlessness, and self-blame. *Child abuse & neglect*, *20*(5), 447–455. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(96\)00019-1](https://doi.org/10.1016/0145-2134(96)00019-1)
- Conger, R. D., Ge, X., Elder, G. H., Lorenz, F. O., & Simons, R. L. (1994). Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Development*, *65*(2), 541-561. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1994.tb00768.x>
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of general psychiatry*, *64*(5), 577–584. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
- Cox, C. M., Kenardy, J. A., & Hendrikz, J. K. (2008). A meta-analysis of risk factors that predict psychopathology following accidental trauma. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, *13*(2), 98-110. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2008.00141.x>
- Currier JM, Holland JM, Rojas-Flores L, Herrera S, Foy D. Morally injurious experiences and meaning in Salvadorian teachers exposed to violence. *Psychol Trauma* (2015) 7:24–33. [10.1037/a0034092](https://doi.org/10.1037/a0034092)
- Dalgaard, N. T., & Montgomery, E. (2015). Disclosure and silencing: A systematic review of the literature on patterns of trauma communication in refugee families. *Transcultural Psychiatry*, *52*(5), 579-593. <https://doi.org/10.1177/1363461514568442>
- Davis, L.& Siegel, L. J. (2000). Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents: A Review and Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *3*(3), 135-154
- Daviss, W. B., & Diler, R. S. (2014). Suicidal behaviors in adolescents with ADHD: associations with depressive and other comorbidity, parent-child conflict, trauma exposure, and impairment. *Journal of attention disorders*, *18*(8), 680–690. <https://doi.org/10.1177/1087054712451127>
- Davydow, D. S., Richardson, L. P., Zatzick, D. F., & Katon, W. J. (2010). Psychiatric morbidity in pediatric critical illness survivors: a comprehensive review of the literature. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *164*(4), 377–385. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.10>
- De Bellis, M. D., & Zisk, A. (2014). The biological effects of childhood trauma. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *23*(2), 185–222. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.002>

De Haene, L., Grietens, H., & Verschueren, K. (2010). Adult attachment in the context of refugee traumatisation: The impact of organized violence and forced separation on parental states of mind regarding attachment. *Attachment & Human Development, 12*(3), 249-264. <https://doi.org/10.1080/14616731003759732>

Denham, A. R. (2008). Rethinking historical trauma: Narratives of resilience. *Transcultural Psychiatry, 45*(3), 391-414. <https://doi.org/10.1177/1363461508094673>

DePierro, J., D'Andrea, W., Spinazzola, J., Stafford, E., van Der Kolk, B., Saxe, G., Stolbach, B., McKernan, S., & Ford, J. D. (2022). Beyond PTSD: Client presentations of developmental trauma disorder from a national survey of clinicians. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy, 14*(7), 1167-1174. <https://doi.org/10.1037/tra0000532>

DePierro, J., Lepow, L., Feder, A., & Yehuda, R. (2019). Translating Molecular and Neuroendocrine Findings in Posttraumatic Stress Disorder and Resilience to Novel Therapies. *Biological psychiatry, 86*(6), 454-463. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.07.009>

Dias, B. G., Maddox, S., Klengel, T., & Ressler, K. J. (2015). Epigenetic mechanisms underlying learning and the inheritance of learned behaviors. *Trends in neurosciences, 38*(2), 96-107. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2014.12.003>

Dubow, E. F., Pargament, K. I., Boxer, P., & Tarakeshwar, N. (2000). Initial investigation of jewish early adolescents' ethnic identity, stress, and coping. *The Journal of Early Adolescence, 20*(4), 418-441. <https://doi.org/10.1177/0272431600020004003>

Dunmore E, Clark DM, Ehlers A. Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behav Res Ther.* (1999) 37:809-29. 10.1016/S0005-7967(98)00181-8

Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 28*(3), 381-392. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1435328>

Dyregrov, A., Dyregrov, K., & Thormod, I. (2013). Teachers' perceptions of their role facing children in grief. *Emotional and Behavioural Difficulties, 18* (2), 125-134, DOI: [10.1080/13632752.2012.754165](https://doi.org/10.1080/13632752.2012.754165).

Egberts, M. R., Engelhard, I. M., de Jong, Alette E. E., Hofland, H. W. C., Geenen, R., & Van Loey, Nancy E. E. (2019). Parents' memories and appraisals after paediatric burn injury: A qualitative study. *European Journal of Psychotraumatology, 10*(1), 1615346. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1615346>

Eggerman, M., & Panter-Brick, C. (2010). Suffering, hope, and entrapment: Resilience and cultural values in Afghanistan. *Social Science & Medicine (1982), 71*(1), 71-83. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.023>

Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther-* *apy* (2000) 38:319-45. 10.1016/S0005-7967(99)00123-0



Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: results of a prospective longitudinal study. *Behaviour research and therapy*, 41(1), 1–10. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00126-7](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00126-7)

Ellis, W.R., & Dietz, W.H. (2017). A New Framework for Addressing Adverse Childhood and Community Experiences: The Building Community Resilience Model. *Academic Pediatrics*, 17, S86–S93.

Eltanamy, H., Leijten, P., Rooij, F., & Overbeek, G. (2022). Parenting in times of refuge: A qualitative investigation. *Family Process*, 61(3), 1248–1263. <https://doi.org/10.1111/famp.12717>

Elzinga, B. M., & Bremner, J. D. (2002). Are the neural substrates of memory the final common pathway in posttraumatic stress disorder (PTSD)? *Journal of affective disorders*, 70(1), 1–17. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(01\)00351-2](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(01)00351-2)

Embrace Lebanon. <https://embracelebanon.org/> Accédé le 7 mai 2024

Evans, B., & Reid, J. (2014). *Resilient life: The art of living dangerously*. Cambridge, UK: Polity Press

Farnsworth JK, Drescher KD, Evans WD, Walser RD. A functional approach to understanding and treating military-related moral injury. *J Context Behav Sci*. (2017) 6:391–7. 10.1016/j.jcbs.2017.07.003

Faugier, J., & Sargeant, M. (1997). Sampling hard to reach populations. *Journal of advanced nursing*, 26(4), 790–797. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.00371.x>

Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2015). Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the national survey of Children's exposure to violence. *JAMA Pediatrics*, 169(8), 746–754. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0676>

Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., & Hamby, S. L. (2014). The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 55(3), 329–333. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.12.026>

Foley, G., & Timonen, V. (2015). Using Grounded Theory Method to Capture and Analyze Health Care Experiences. *Health services research*, 50(4), 1195–1210. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12275>

Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2021). Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 8(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00155-9>

Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C., & Curtis, K. (2017). Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury, 48*(1), 114-120. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2016.09.034>

Frankenhuis, W. E., & Del Giudice, M. (2012). When do adaptive developmental mechanisms yield maladaptive outcomes? *Developmental Psychology, 48*(3), 628-642. <https://doi.org/10.1037/a0025629>

Frankfurt, S. B., & Coady, A. (2019). Bringing Philosophy to Bear on Moral Injury and Posttraumatic Stress Disorder Construct Validation: Commentary on Farnsworth (2019). *Journal of traumatic stress, 32*(4), 639-641. <https://doi.org/10.1002/jts.22423>

Garfin, T., R. R., a., & Holman, E. A. (2018). Acute stress and subsequent health outcomes: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 112*, 107-113. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.05.017>

Geha, C., & Talhouk, J. (2018). Politics and the plight of Syrian refugees in Lebanon. Political brief on the return of Syrian refugees. Retrieved July 30, 2019, from <https://www.aub.edu.lb/Documents/Politics-and-the-Plight-of-Syrian-Refugees-in-Lebanon.pdf>

Gewirtz, A., Forgatch, M., & Wieling, E. (2008). Parenting practices as potential mechanisms for child adjustment following mass trauma. *Journal of marital and family therapy, 34*(2), 177-192. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00063.x>

Gibson, L. E., & Leitenberg, H. (2001). The impact of child sexual abuse and stigma on methods of coping with sexual assault among undergraduate women. *Child abuse & neglect, 25*(10), 1343-1361. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(01\)00279-4](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(01)00279-4)

Gilbertson, M. W., Shenton, M. E., Ciszewski, A., Kasai, K., Lasko, N. B., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (2002). Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nature neuroscience, 5*(11), 1242-1247. <https://doi.org/10.1038/nn958>

Gil-Rivas, V., & Kilmer, R. P. (2013). Children's adjustment following hurricane katrina: The role of primary caregivers. *American Journal of Orthopsychiatry, 83*(2-3), 413-421. <https://doi.org/10.1111/ajop.12016>

Gindt, M., Richez, A., Battista, M., Fabre, R., Thümmeler, S., Fernandez, A., & Askenazy, F. (2021). Validation of the French Version of the Child Posttraumatic Stress Checklist in French School-Aged Children. *Frontiers in psychiatry, 12*, 678916. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.678916>

Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine. ISBN 0-202-30260-1

Goslin, M. C., & Epstein, C. (2024). Telehealth Delivery of the Child and Family Traumatic Stress Intervention is Associated With Reduced Posttraumatic Stress in Children and Caregivers. *Child maltreatment, 10775595241233230*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10775595241233230>.

Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1997). *Meta-emotion: How families communicate emotionally*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Greiff, A. P., & Wentworth, A. (2009). Resilience in families that have experienced heart-related trauma. *Current Psychology*, 28, 302–314. <http://dx.doi.org/10.1007/s12144-009-9062-1>.

Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of general psychiatry*, 67(2), 113–123. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186>

Grisham, J. R., Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Poulton, R. (2011). Risk factors prospectively associated with adult obsessive–compulsive symptom dimensions and obsessive–compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 41(12), 2495–2506

Hahn, H., Putnam, K., Epstein, C., Marans, S., & Putnam, F. (2019). Child and family traumatic stress intervention (CFTSI) reduces parental posttraumatic stress symptoms: A multi-site meta-analysis (MSMA). *Child abuse & neglect*, 92, 106–115. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.010>

Haight W, Sugrue E, Calhoun M, Black J. Everyday coping with moral injury: the perspectives of professionals and parents involved with child protection services. *Child Youth Ser Rev*. (2017) 82:108–21. [10.1016/j.chidyouth.2017.09.025](https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2017.09.025)

Halevi, G., Djalovski, A., Vengrober, A., & Feldman, R. (2016). Risk and resilience trajectories in war-exposed children across the first decade of life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(10), 1183–1193. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12622>

Hassan, G., Kirmayer, L.J., Mekki-Berrada, A., Quosh, C., el Chammay, R., Deville-Stoetzel, J. B., ... Ventevogel, P. (2015). *Culture, context and the mental health and psychosocial wellbeing of Syrians: A review for mental health and psychosocial support staff working with Syrians affected by armed conflict*. Geneva: UNHCR

Haugbolle, S. (2010). *War and memory in Lebanon* (1st ed.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511676598>

Haugbolle, S. (2011). The historiography and the memory of the Lebanese civil war. *Online Encyclopedia of Mass Violence*, 25, 1–14.

Heath, J., Williamson, H., Williams, L., & Harcourt, D. (2018). Parent-perceived isolation and barriers to psychosocial support: a qualitative study to investigate how peer support might help parents of burn-injured children. *Scars, burns & healing*, 4, 2059513118763801. <https://doi.org/10.1177/2059513118763801>

Hennink, M., & Bailey, A. (2011). *Qualitative research methods*. SAGE.

Henry, D. B., Tolan, P. H., & Gorman-Smith, D. (2004). Have there been lasting effects associated with the September 11, 2001, terrorist attacks among inner-city parents and children? *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 542–547. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.35.5.542>.

Herman, J. (1997). *Trauma and recovery. The Aftermath of violence: from domestic abuse to political terror*. Basic Books.

Herzog P. (2024). Understanding trauma as contextualized adverse life events that threaten the individual: Commentary in response to Marx et al. (2024). *Journal of traumatic stress*, 10.1002/jts.23048. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/jts.23048>

Hiller, Meiser-Stedman, R., Fearon, P., Lobo, S., McKinnon, A., Fraser, A., & Halligan, S. L. (2016). Research review: Changes in the prevalence and symptom severity of child post-traumatic stress disorder in the year following trauma - A meta-analytic study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(8), 884–898. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12566>

Hincapié, M. A., Gallego, J. C., Gempeler, A., Piñeros, J. A., Nasner, D., & Escobar, M. F. (2020). Implementation and Usefulness of Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. *Journal of primary care & community health*, 11, 2150132720980612. <https://doi.org/10.1177/2150132720980612>

Hinton, D. E., & Kirmayer, L. J. (2013). Local responses to trauma: symptom, affect, and healing. *Transcultural psychiatry*, 50(5), 607–621. <https://doi.org/10.1177/1363461513506529>

Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology*, 50(3), 337–421. <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00062>

Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P., de Jong, J. T., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M., & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283–369. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>

Hoffman J, Liddell B, Bryant RA, Nickerson A. The relationship between moral injury appraisals, trauma exposure, and mental health in refugees. *Depress Anxiety* (2018) 35:1030–9. 10.1002/da.22787

Hogg, B., Gardoki-Souto, I., Valiente-Gómez, A., Rosa, A. R., Fortea, L., Radua, J., Amann, B. L., & Moreno-Alcázar, A. (2023). Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an umbrella meta-analysis. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 273(2), 397–410. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01495-5>

Hosny, N., Bovey, M., Dutray, F., & Heim, E. (2023). How is trauma-related distress experienced and expressed in populations from the Greater Middle East and North Africa? A systematic review of qualitative literature. *SSM - Mental Health*.

<https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100258>

Iacoviello, B. M., & Charney, D. S. (2014). Psychosocial facets of resilience: Implications for preventing posttrauma psychopathology, treating trauma survivors, and enhancing community resilience. *European Journal of Psychotraumatology*, *5*(1), 1-10.

<https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23970>

Institut National d'Etudes Démographiques (INED). (2023). Violences et rapports de genre. Enquête sur les violences de genre en France. Sous la direction de Elizabeth Brown, Alice Debauche, Christelle Hamel, et Magali Mazuy. Ined Editions, Paris, 2023. Intégralement accessible sur : <https://books.openedition.org/ined/14719>

International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). (2018). Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines Methodology and Recommendations. Last accessed May 26 available at [https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS\\_PreventionTreatmentGuidelines\\_FNL.pdf.aspx](https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL.pdf.aspx)

Janoff-Bulman R. *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York, NY: Free Press; (1992)

Jenness, J. L., Jager-Hyman, S., Heleniak, C., Beck, A. T., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2016). Catastrophizing, rumination, and reappraisal prospectively predict adolescent PTSD symptom onset following a terrorist attack. *Depression and anxiety*, *33*(11), 1039–1047.

<https://doi.org/10.1002/da.22548>

Jensen, P. S., & Shaw, J. (1993). Children as victims of war: current knowledge and future research needs. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *32*(4), 697–708. <https://doi.org/10.1097/00004583-199307000-00001>

Johnson, J. M. (2001). In-depth interviewing. In *Handbook of interview research*.

<https://doi.org/10.4135/9781412973588>

Johnsen, G. E., & Asbjørnsen, A. E. (2008). Consistent impaired verbal memory in PTSD: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *111*(1), 74–82.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.02.007>

[Jones, P. J. \(2021\). What's in a trauma? Using machine learning to unpack what makes an event traumatic. \*Journal of Affective Disorders\*, \*294\*, 769–775.](https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.066)

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.066>

Jordans, M. J. D., Semrau, M., Thornicroft, G., & van Ommeren, M. (2012). Role of current perceived needs in explaining the association between past trauma exposure and distress in humanitarian settings in Jordan and Nepal. *British Journal of Psychiatry*, *201*(4), 276-281.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.102137>

- Joseph, J. (2013). Resilience as embedded neoliberalism: A governmentality approach. *Resilience: International Policies, Practices and Discourses*, 1(1), 38–52.
- Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*, 134(4), 782–793. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3677>
- Kaniasty, K. (2005). Social support and traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 16, 1–7.
- Kaplow, J. B., Dodge, K. A., Amaya-Jackson, L., & Saxe, G. N. (2005). Pathways to PTSD, part II: Sexually abused children. *The American journal of psychiatry*, 162(7), 1305–1310. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.7.1305>
- Keding, T. J., & Herringa, R. J. (2015). Abnormal structure of fear circuitry in pediatric post-traumatic stress disorder. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 40(3), 537–545. <https://doi.org/10.1038/npp.2014.239>
- Kelley, M. L., Self-Brown, S., Le, B., Bosson, J. V., Hernandez, B. C., & Gordon, A. T. (2010). Predicting posttraumatic stress symptoms in children following Hurricane Katrina: A prospective analysis of the effect of parental distress and parenting practices. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 582–590. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20573>.
- Kerbage, H., Elbejjani, M., El-Hage, W., & Purper-Ouakil, D. (2024). 'Life Should go on': A qualitative inquiry of parental reactions, experiences, and perceived needs following adolescents' recent traumatic exposure. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2299660. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2299660>
- Kerbage, H., Bazzi, O., El Hage, W., Corruble, E., & Purper-Ouakil, D. (2022). Early interventions to prevent post-traumatic stress disorder in youth after exposure to a potentially traumatic event: A scoping review. *Healthcare (Basel)*, 10(5), 818. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050818>
- Kerbage, H., & Elbejjani, M. (2021). Mental health in the aftermath of the beirut blast: Community healing and the quest for justice. *Psychiatric Services*, 72(2), 234–235. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000666>
- Kerns, C. E., Elkins, R. M., Carpenter, A. L., Chou, T., Green, J. G., & Comer, J. S. (2014). Caregiver distress shared traumatic exposure, and child adjustment among area youth following the 2013 Boston Marathon bombing. *Journal of Affective Disorders*, 167, 50–55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.040>
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A. O., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., Haro, J. M., ... Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 197(5), 378–385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>

- Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Griese, B., Hardy, S. J., Hafstad, G. S., & Alisic, E. (2014). Posttraumatic growth in children and youth: clinical implications of an emerging research literature. *The American journal of orthopsychiatry*, *84*(5), 506–518. <https://doi.org/10.1037/ort0000016>
- King, L. S., Osofsky, J. D., Osofsky, H. J., Weems, C. F., Hansel, T. C., & Fassnacht, G. M. (2015). Perceptions of trauma and loss among children and adolescents exposed to disasters a mixed-methods study. *Current Psychology (New Brunswick, N.J.)*, *34*(3), 524–536. <https://doi.org/10.1007/s12144-015-9348-4>
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, *23*(1), 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Kirmayer, L. J., Gone, J. P., & Moses, J. (2014). Rethinking historical trauma. *Transcultural Psychiatry*, *51*(3), 299–319. <https://doi.org/10.1177/1363461514536358>
- Kirmayer, L. J. (2006). Beyond the “new cross-cultural psychiatry”: Cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcultural Psychiatry*, *43*(March), 126–144. <https://doi.org/10.1177/1363461506061761>
- Kitayama, N., Vaccarino, V., Kutner, M., Weiss, P., & Bremner, J. D. (2005). Magnetic resonance imaging (MRI) measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *88*(1), 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.05.014>
- Kithakye, M., Morris, A. S., Terranova, A. M., & Myers, S. S. (2010). The Kenyan political conflict and children's adjustment. *Child development*, *81*(4), 1114–1128. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01457.x>
- Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine*, *3*(10), e294. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>
- Kliewer, W., Cunningham, J. N., Diehl, R., Parrish, K. A., Walker, J. M., Atiyeh, C., Neace, B., Duncan, L., Taylor, K., & Mejia, R. (2004). Violence exposure and adjustment in inner-city youth: child and caregiver emotion regulation skill, caregiver-child relationship quality, and neighborhood cohesion as protective factor. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, *33*(3), 477–487. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3303\\_5](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3303_5)
- Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Poulton, R., Martin, J., & Caspi, A. (2007). Early childhood factors associated with the development of post-traumatic stress disorder: results from a longitudinal birth cohort. *Psychological medicine*, *37*(2), 181–192. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009019>

- Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Caspi, A., Gregory, A., Harrington, H., & Poulton, R. (2008). The developmental mental-disorder histories of adults with posttraumatic stress disorder: a prospective longitudinal birth cohort study. *Journal of abnormal psychology, 117*(2), 460–466. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.2.460>
- Kube, T., Berg, M., Kleim, B., & Herzog, P. (2020). Rethinking post-traumatic stress disorder – A predictive processing perspective. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 113*, 448–460. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.0>
- La Gaipa, J. J. (1990). The negative effects of informal support systems. In Duck & Silver (Ed.), *Personal relationships and social support* (pp. 122–139). London: Sage Publications
- La Greca, A., Silverman, W. K., Vernberg, E. M., & Prinstein, M. J. (1996). Symptoms of posttraumatic stress in children after Hurricane Andrew: a prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*(4), 712–723. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.4.712>
- Lane-Fall M. B. (2023). Why Epidemiology Is Incomplete Without Qualitative and Mixed Methods. *American journal of epidemiology, 192*(6), 853–855. <https://doi.org/10.1093/aje/kwad050>
- Lattanzi-Licht, M. (1996). Helping families with adolescents cope with loss. In *Handbook of Adolescent Death and Bereavement* (pp. 219-234).
- Leaning, J., & Guha-Sapir, D. (2013). Natural disasters, armed conflict, and public health. *The New England journal of medicine, 369*(19), 1836–1842. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1109877>
- Lepore, S. J., Silver, R. C., Wortman, C. B., & Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 271–282. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.271>
- Levenson J. (2017). Trauma-Informed Social Work Practice. *Social work, 62*(2), 105–113. <https://doi.org/10.1093/sw/swx001>
- Leventhal, T., & Brooks-Gunn, J. (2000). The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin, 126*(2), 309-337. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.2.309>
- Levey, E. J., Oppenheim, C. E., Lange, B. C., Plasky, N. S., Harris, B. L., Lekpeh, G. G., Kekulah, I., Henderson, D. C., & Borba, C. P. (2016). A qualitative analysis of factors impacting resilience among youth in post-conflict Liberia. *Child and adolescent psychiatry and mental health, 10*, 26. <https://doi.org/10.1186/s13034-016-0114-7>
- Levine, P. A., & Frederick, A. (1997). *Waking the tiger, healing trauma*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press. North Atlantic Books; Illustrated edition. ISBN-13 : 978-1556432330
- LeVine, R. A. (1988). Human parental care: Universal goals, cultural strategies, individual behavior. *New Directions for Child and Adolescent Development, 1988*(40), 3-12. <https://doi.org/10.1002/cd.23219884003>



- Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., Odgers, C. L., Stahl, D., Teng, J. Y., & Danese, A. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet. Psychiatry*, *6*(3), 247-256. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30031-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30031-8)
- Leza, L., Siria, S., López-Goñi, J. J., & Fernández-Montalvo, J. (2021). Adverse childhood experiences (ACEs) and substance use disorder (SUD): A scoping review. *Drug and alcohol dependence*, *221*, 108563. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108563>
- Liddell, C., Kemp, J., & Moema, M. (1993). The young lions: South African children and youth in political struggle. In A. L. Leavitt, & N. A. Fox (Eds.), *The psychological effects of war and violence on children* (pp. 199–214). New York: Taylor & Francis Group
- Liébert P. (2015). Définition des traumatismes psychiques précoces, in P. Liébert, Quand la relation parentale est rompue : Dysparentalité extrême et projets de vie pour l'enfant (pp. 45-52), Paris, Dunod.
- Lin, L., Wang, H. H., Lu, C., Chen, W., & Guo, V. Y. (2021). Adverse Childhood Experiences and Subsequent Chronic Diseases Among Middle-aged or Older Adults in China and Associations With Demographic and Socioeconomic Characteristics. *JAMA network open*, *4*(10), e2130143. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.30143>
- Lindeman, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of psychiatry*, *101*: 141-148
- Lissek, S., & van Meurs, B. (2015). Learning models of PTSD: Theoretical accounts and psychobiological evidence. *International journal of psychophysiology : official journal of the International Organization of Psychophysiology*, *98*(3 Pt 2), 594–605. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2014.11.006>
- Litz BT, Stein N, Delaney E, Lebowitz L, Nash WP, Silva C. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. *Clin Psychol Rev*. (2009) 29:695–706. [10.1016/j.cpr.2009.07.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003)
- Lochner, C., du Toit, P. L., Zungu-Dirwayi, N., Marais, A., van Kradenburg, J., Seedat, S., Niehaus, D. J., & Stein, D. J. (2002). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and anxiety*, *15*(2), 66–68. <https://doi.org/10.1002/da.10028>
- Maalouf, F. T., Alrojolah, L., Akoury-Dirani, L., Barakat, M., Brent, D., Elbejjani, M., Shamseddeen, W., & Ghandour, L. A. (2022). Psychopathology in children and adolescents in Lebanon study (PALS): A national household survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *57*(4), 761-774. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02208-4>
- Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet (London, England)*, *400*(10345), 60–72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2)

Makdisi, S. (1997). Laying Claim to Beirut: Urban Narrative and Spatial Identity in the Age of Solidere. *Critical Inquiry*, 23(3), 661–705. <http://www.jstor.org/stable/1344040>

Maloney, C. A., Miller-Graff, L. E., Wentz, B., & Cummings, E. M. (2022). Evaluating the role of maternal and paternal trauma exposure, emotional security, and mental health in predicting psychological adjustment among Palestinian adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9288. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159288>

Marans, S. (2005). *Listening to fear: Helping kids cope from nightmares to the nightly news*. Holt Paperbacks First Edition.

Marcelli, D., Braconnier, A., Tandonnet, L. (2018). *Adolescence et psychopathologie*, 9<sup>ème</sup> édition, Elsevier Masson. ISBN : 9782294754272

Marsac, M. L., Kassam-Adams, N., Delahanty, D. L., F. Widaman, K., & Barakat, L. P. (2014). Posttraumatic stress following acute medical trauma in children: A proposed model of bio-psycho-social processes during the peri-trauma period. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(4), 399-411. <https://doi.org/10.1007/s10567-014-0174-2>

Marsac, M., Donlon, K. A., Winston, F., & Kassam-Adams, N. (2013). Child coping, parent coping assistance, and post-traumatic stress following paediatric physical injury. *Child: Care, Health and Development*, 39, 171–177. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01328.x>

Marvasti, A. (2010). Interviews and interviewing. In *International Encyclopedia of Education* (pp. 424-429). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-044894-7.01583-9>

Marx, B. P., Hall-Clark, B., Friedman, M. J., Holtzheimer, P., & Schnurr, P. P. (2024). The PTSD Criterion A debate: A brief history, current status, and recommendations for moving forward. *Journal of Traumatic Stress*, 37(1), 5–15. <https://doi.org/10.1002/jts.23007>

Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2012). Child development in the context of disaster, war, and terrorism: Pathways of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 63(1), 227-257. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100356>

Mathews, T., Dempsey, M., & Overstreet, S. (2009). Effects of exposure to community violence on school functioning: The mediating role of posttraumatic stress symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 586-591. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.04.001>

Mathews, C. A., Kaur, N., & Stein, M. B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and anxiety*, 25(9), 742–751. <https://doi.org/10.1002/da.20316>

Maurović, I., Liebenberg, L., & Ferić, M. (2020). A review of family resilience: Understanding the concept and operationalization challenges to inform research and practice. *Child Care Practice*, 26, 337–357.

McCart, M. R., Zajac, K., Kofler, M. J., Smith, D. W., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (2012). Longitudinal examination of PTSD symptoms and problematic alcohol use as risk factors for

adolescent victimization. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 41(6)*, 822–836. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.717872>

McConnell, D., Breitzkreuz, R., & Savage, A. (2011). From financial hardship to child difficulties: Main and moderating effects of perceived social support. *Child: Care, Health & Development, 37(5)*, 679–691. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01185.x>

McGuire, R., Hiller, R. M., Cobham, V., Haag, K., & Halligan, S. L. (2019). A mixed-methods investigation of parent-child posttrauma discussion and the effects of encouraging engagement. *European Journal of Psychotraumatology, 10(1)*, 1644127. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1644127>

McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52(8)*, 815–830.e14. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.011>

McLaughlin, K. A., Busso, D. S., Duys, A., Green, J. G., Alves, S., Way, M., & Sheridan, M. A. (2014). Amygdala response to negative stimuli predicts PTSD symptom onset following a terrorist attack. *Depression and anxiety, 31(10)*, 834–842. <https://doi.org/10.1002/da.22284>

McLaughlin, K. A., Greif Green, J., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2012). Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Archives of general psychiatry, 69(11)*, 1151–1160. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2277>

McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*, 155–172. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.002>.

Measham, T., & Rousseau, C. (2010). Family disclosure of war trauma to children. *Traumatology, 16(2)*, 14–25. <https://doi.org/10.1177/1534765610365915>

Meiser-Stedman, R., Smith, P., Glucksman, E., Yule, W., & Dalgleish, T. (2007). Parent and child agreement for acute stress disorder, post-traumatic stress disorder and other psychopathology in a prospective study of children and adolescents exposed to single-event trauma. *Journal of abnormal child psychology, 35(2)*, 191–201. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9068-1>

Merriam, S. B. (2009). *Qualitative research: A guide to design and implementation*. SAGE.

Miché, M., Hofer, P. D., Voss, C., Meyer, A. H., Gloster, A. T., Beesdo-Baum, K., & Lieb, R. (2018). Mental disorders and the risk for the subsequent first suicide attempt: results of a community study on adolescents and young adults. *European child & adolescent psychiatry, 27(7)*, 839–848. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1060-5>

Milad, M. R., Pitman, R. K., Ellis, C. B., Gold, A. L., Shin, L. M., Lasko, N. B., Zeidan, M. A., Handwerker, K., Orr, S. P., & Rauch, S. L. (2009). Neurobiological basis of failure to recall extinction

memory in posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*, 66(12), 1075–1082.  
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.06.026>

Milad, M. R., & Quirk, G. J. (2012). Fear extinction as a model for translational neuroscience: ten years of progress. *Annual review of psychology*, 63, 129–151. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131631>

Miller, K. E., Chen, A., Koppenol-Gonzalez, G. V., Bakolis, I., Arnous, M., Tossyeh, F., El Hassan, A., Saleh, A., Saade, J., Nahas, N., Abboud, M., Jawad, L., & Jordans, M. J. D. (2023). Supporting parenting among syrian refugees in lebanon: A randomized controlled trial of the caregiver support intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(1), 71-82.  
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13668>

Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine (1982)*, 70(1), 7-16.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.029>

Ministère des Solidarités et de la Santé. INSTRUCTION N° DGOS/R4/R3/R2/2021/220 du 3 novembre 2021 relative à la structuration de parcours de soins pour les enfants victimes de violences. Accessible depuis : [https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/medias/documents/2021\\_220\\_0.pdf](https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/medias/documents/2021_220_0.pdf)

Moghnié L, Marranconi, F. (2017). Mental Health Strategy in Lebanon: An Anthropological Critique. The Legal Agenda. Retrieved from <https://english.legal-agenda.com/mental-health-strategy-in-lebanon-an-anthropological-critique/>

Mooney, M., Tarrant, R., Paton, D., Johal, S., & Johnston, D. (2017). Getting through : Children’s effective coping and adaptation in the context of the Canterbury, New Zealand, earthquakes of 2010-2012. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 21(1), 19-30.

Morgan, L., Scourfield, J., Williams, D., Jasper, A., & Lewis, G. (2003). The Aberfan disaster: 33-year follow-up of survivors. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 182, 532–536. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.6.532>

Morris, A. S., Robinson, L. R., Hays-Grudo, J., Claussen, A. H., Hartwig, S. A., & Treat, A. E. (2017). Targeting parenting in early childhood: A public health approach to improve outcomes for children living in poverty. *Child Development*, 88(2), 388-397.  
<https://doi.org/10.1111/cdev.12743>

Morris, A., Gabert-Quillen, C., & Delahanty, D. (2012). The association between parent PTSD/depression symptoms and child PTSD symptoms: a meta-analysis. *Journal of pediatric psychology*, 37(10), 1076–1088. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jss091>

Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Sessa, F. M., Avenevoli, S., & Essex, M. J. (2002). Temperamental vulnerability and negative parenting as interacting predictors of child adjustment. *Journal of Marriage and Family*, 64, 461–471. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00461.x>

- Morse, J. M. (2012). *Qualitative health research: Creating a new discipline*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Mueller, & Tronick, E. (2019). Early life exposure to violence: Developmental consequences on brain and behavior. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *13*. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00156>, 156–156.
- Murphy, K. M., Rodrigues, K., Costigan, J., & Annan, J. (2017). Raising children in conflict: An integrative model of parenting in war. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, *23*(1), 46–57. <https://doi.org/10.1037/pac0000195>
- Nash WP, Marino Carper TL, Mills MA, Au T, Goldsmith A, Litz BT. Psychometric evaluation of the moral injury events scale. *Mil Med*. (2013) 178:646–52. 10.7205/MILMED-D-13-00017
- Nagata, D. K., & Cheng, W. J. Y. (2003). Intergenerational communication of race-related trauma by Japanese American former internees. *American Journal of Orthopsychiatry*, *73*(3), 266–278. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.73.3.266>
- Nelson, C. A., Scott, R. D., Bhutta, Z. A., Harris, N. B., Danese, A., & Samara, M. (2020). Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *BMJ (Clinical research ed.)*, *371*, m3048. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3048>
- Nickerson A, Schnyder U, Bryant RA, Schick M, Mueller J, Morina N. Moral injury in traumatized refugees. *Psychother Psychosomat*. (2015) 84:122–3. 10.1159/000369353
- North, C. S., Suris, A. M., Davis, M., & Smith, R. P. (2009). Toward validation of the diagnosis of posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry*, *166*(1), 34–41. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050644>
- Nugent, N. R., Christopher, N. C., Crow, J. P., Browne, L., Ostrowski, S., & Delahanty, D. L. (2010). The efficacy of early propranolol administration at reducing PTSD symptoms in pediatric injury patients: a pilot study. *Journal of traumatic stress*, *23*(2), 282–287. <https://doi.org/10.1002/jts.20517>
- O'Donnell ML, Elliott P, Wolfgang BJ, Creamer M. Posttraumatic appraisals in the development and persistence of posttraumatic stress symptoms. *J Trauma Stress* (2007) 20:173–82. 10.1002/jts.20198
- Olliac, B., Birmes, P., Bui, E., Allenou, C., Brunet, A., Claudet, I., Sales de Gauzy, J., Grandjean, H., & Raynaud, J. P. (2014). Validation of the French version of the Child Post-Traumatic Stress Reaction Index: psychometric properties in French speaking school-aged children. *PloS one*, *9*(12), e112603. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112603>
- Orozco, R., Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M. E., & López-Carrillo, L. (2008). Traumatic life events and posttraumatic stress disorder among Mexican adolescents: results from a survey. *Salud publica de Mexico*, *50 Suppl 1*, S29–S37. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342008000700006>

- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *129*(1), 52-73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
- Papadatou, D., Metallinou O., Hatzichristou C., & Pavlidi, L. (2002). Supporting the bereaved child: Teacher's perceptions and experiences in Greece. *Mortality*, *7*(3), 324-339, DOI: [10.1080/1357627021000025478](https://doi.org/10.1080/1357627021000025478)
- Pat-Horenczyk, R., Peled, O., Miron, T., Brom, D., Villa, Y., & Chemtob, C. M. (2007). Risk-taking behaviors among Israeli adolescents exposed to recurrent terrorism: provoking danger under continuous threat?. *The American journal of psychiatry*, *164*(1), 66–72. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.1.66>
- Perkonigg, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *101*(1), 46–59. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x>
- Perkonigg, A., Pfister, H., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., Maercker, A., & Wittchen, H. U. (2005). Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *The American journal of psychiatry*, *162*(7), 1320–1327. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.7.1320>
- Perrin, S., Smith, P., & Yule, W. (2000). The assessment and treatment of Post-traumatic Stress Disorder in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *41*(3), 277–289.
- Phoenix Australia. (2021). Guidelines for the prevention and treatment of Acute Stress Disorder, Post-Traumatic Stress Disorder, and Complex PTSD. Last accessed September 30, 2024 available at <https://www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd/>
- Pina, A. A., Villalta, I. K., Ortiz, C. D., Gottschall, A. C., Costa, N. M., & Weems, C. F. (2008). Social support, discrimination, and coping as predictors of posttraumatic stress reactions in youth survivors of Hurricane Katrina. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, *37*(3), 564–574. <https://doi.org/10.1080/15374410802148228>
- Pine, D. S. & Cohen, J. A. (2002). Trauma in Children and Adolescents: Risk and Treatment of Psychiatric Sequelae. *Biological Psychiatry*, *51*, 519-531
- Pitman, R. K., Rasmusson, A. M., Koenen, K. C., Shin, L. M., Orr, S. P., Gilbertson, M. W., Milad, M. R., & Liberzon, I. (2012). Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nature reviews. Neuroscience*, *13*(11), 769–787. <https://doi.org/10.1038/nrn3339>
- Punamäki, R. -L., Qouta, S., & El-Sarraj, E. (2001). Resiliency factors predicting psychological adjustment after political violence among Palestinian children. *International Journal of Behavioral Development*, *25*, 256–267. <http://dx.doi.org/10.1080/01650250042000294>.

Putnam. (2006). The impact of trauma on child development. *Juvenile & Family Court Journal*, 57(1), 1–11. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6988.2006.tb00110.x>

Quirk G. J. (2002). Memory for extinction of conditioned fear is long-lasting and persists following spontaneous recovery. *Learning & memory (Cold Spring Harbor, N.Y.)*, 9(6), 402–407. <https://doi.org/10.1101/lm.49602>

Rabaia, Y., Saleh, M. F., & Giacaman, R. (2014). Sick or sad? supporting Palestinian children living in conditions of chronic political violence. *Children & Society*, 28(3), 172–181. <https://doi.org/10.1111/chso.12061>

Rescorla, L. A., Ginzburg, S., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Almqvist, F., Begovac, I., Bilenberg, N., Bird, H., Chahed, M., Dobrean, A., Döpfner, M., Erol, N., Hannesdottir, H., Kanbayashi, Y., Lambert, M. C., Leung, P. W., Minaei, A., Novik, T. S., Oh, K. J., Petot, D., ... Verhulst, F. C. (2013). Cross-informant agreement between parent-reported and adolescent self-reported problems in 25 societies. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 42(2), 262–273. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.717870>

Rescorla, L. A., Ewing, G., Ivanova, M. Y., Aebi, M., Bilenberg, N., Dieleman, G. C., Döpfner, M., Kajokiene, I., Leung, P. W., Plück, J., Steinhausen, H. C., Winkler Metzke, C., Zukauskienė, R., & Verhulst, F. C. (2017). Parent-Adolescent Cross-Informant Agreement in Clinically Referred Samples: Findings From Seven Societies. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 46(1), 74–87. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1266642>

Resick, P. A., Straud, C. L., Wachen, J. S., LoSavio, S. T., Peterson, A. L., McGeary, D. D., Young-McCaughan, S., Taylor, D. J., Mintz, J., & the STRONG STAR Consortium and the Consortium to Alleviate PTSD. (2023). A comparison of the CAPS-5 and PCL-5 to assess PTSD in military and veteran treatment-seeking samples. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2), Article 2222608. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.22>

Richmond-Rakerd, L. S., Trull, T. J., Gizer, I. R., McLaughlin, K., Scheiderer, E. M., Nelson, E. C., Agrawal, A., Lynskey, M. T., Madden, P. A. F., Heath, A. C., Statham, D. J., & Martin, N. G. (2019). Common genetic contributions to high-risk trauma exposure and self-injurious thoughts and behaviors. *Psychological medicine*, 49(3), 421–430. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001034>

Roberts, S. J., Chandler, G. E., & Kalmakis, K. (2019). A model for trauma-informed primary care. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 31(2), 139–144. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000116>

Røkholt, E. G., Schultz, J., & Langballe, Å. (2016). Negotiating a new day: Parents' contributions to supporting students' school functioning after exposure to trauma. *Psychology Research and Behavior Management*, 9(Issue 1), 81–93. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S97229>

Rolling, J., Rabot, J., Reynaud, E., Kolb, O., Bourgin, P., & Schroder, C. M. (2023). Nightmares and Sleep Disturbances in Children with PTSD: A Polysomnographic and Actigraphy Approach Evaluation. *Journal of clinical medicine*, 12(20), 6570. <https://doi.org/10.3390/jcm12206570>

Rosario, M., Salzinger, S., Feldman, R. S., & Ng-Mak, D. S. (2008). Intervening processes between youths' exposure to community violence and internalizing symptoms over time: The roles of social support and coping. *American Journal of Community Psychology*, 41, 43–62. <http://dx.doi.org/10.1007/s10464-007-9147-7>.

Rosenberg, L., Rosenberg, M., Sharp, S., Thomas, C. R., Humphries, H. F., Holzer, C. E., 3rd, Herndon, D. N., & Meyer, W. J., 3rd (2018). Does Acute Propranolol Treatment Prevent Post-traumatic Stress Disorder, Anxiety, and Depression in Children with Burns?. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 28(2), 117–123. <https://doi.org/10.1089/cap.2017.0073>

Ryan, D., Dooley, B., & Benson, C. (2008). Theoretical perspectives on post-migration adaptation and psychological well-being among refugees: Towards a resource-based model. *Journal of Refugee Studies*, 21(1), 1-18. <https://doi.org/10.1093/jrs/fem047>

Saechao, F., Sharrock, S., Reicherter, D., Livingston, J. D., Aylward, A., Whisnant, J., Koopman, C., & Kohli, S. (2012). Stressors and barriers to using mental health services among diverse groups of first-generation immigrants to the United States. *Community Mental Health Journal*, 48(1), 98-106. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9419-4>

Saile, R., Ertl, V., Neuner, F., & Catani, C. (2014). Does war contribute to family violence against children? findings from a two-generational multi-informant study in Northern Uganda. *Child Abuse & Neglect*, 38(1), 135-146. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.007>

Saunders, B. E., & Adams, Z. W. (2014). Epidemiology of traumatic experiences in childhood. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 23(2), 167–vii. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.003>

Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893-1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>

Sauvé, J.M. (2021). Rapport Sauvé de la CIASE. Les violences sexuelles dans l’Eglise Catholique en France 1950-2020. Commission indépendante sur les abus sexuels dans l’Eglise. Accessible depuis <https://www.ciase.fr/documents/>

Shannon, P. J., Wieling, E., McCleary, J. S., & Becher, E. (2015). Exploring the mental health effects of political trauma with newly arrived refugees. *Qualitative Health Research*, 25(4), 443-457. <https://doi.org/10.1177/1049732314549475>

Sharp, S., Thomas, C., Rosenberg, L., Rosenberg, M., & Meyer, W., 3rd (2010). Propranolol does not reduce risk for acute stress disorder in pediatric burn trauma. *The Journal of trauma*, 68(1), 193–197. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e3181a8b326>



- Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2001). A relational perspective on PTSD in early childhood. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 799–815. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1013002507972>.
- Shin, L. M., Wright, C. I., Cannistraro, P. A., Wedig, M. M., McMullin, K., Martis, B., Macklin, M. L., Lasko, N. B., Cavanagh, S. R., Krangel, T. S., Orr, S. P., Pitman, R. K., Whalen, P. J., & Rauch, S. L. (2005). A functional magnetic resonance imaging study of amygdala and medial prefrontal cortex responses to overtly presented fearful faces in posttraumatic stress disorder. *Archives of general psychiatry, 62*(3), 273–281. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.3.273>
- Shin, L. M., Lasko, N. B., Macklin, M. L., Karpf, R. D., Milad, M. R., Orr, S. P., Goetz, J. M., Fishman, A. J., Rauch, S. L., & Pitman, R. K. (2009). Resting metabolic activity in the cingulate cortex and vulnerability to posttraumatic stress disorder. *Archives of general psychiatry, 66*(10), 1099–1107. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.138>
- Shin, L. M., Bush, G., Milad, M. R., Lasko, N. B., Brohawn, K. H., Hughes, K. C., Macklin, M. L., Gold, A. L., Karpf, R. D., Orr, S. P., Rauch, S. L., & Pitman, R. K. (2011). Exaggerated activation of dorsal anterior cingulate cortex during cognitive interference: a monozygotic twin study of posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry, 168*(9), 979–985. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.09121812>
- Schomerus, G., Schindler, S., Rechenberg, T., Gfesser, T., Grabe, H. J., Liebergesell, M., Sander, C., Ulke, C., & Speerforck, S. (2021). Stigma as a barrier to addressing childhood trauma in conversation with trauma survivors: A study in the general population. *PloS one, 16*(10), e0258782. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258782>
- Sim, A., Fazel, M., Bowes, L., & Gardner, F. (2018). Pathways linking war and displacement to parenting and child adjustment: A qualitative study with syrian refugees in lebanon. *Social Science & Medicine (1982), 200*, 19-26. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.009>
- Sim, A., & Georgiades, K. (2022). Neighbourhood and family correlates of immigrant children's mental health: A population-based cross-sectional study in canada. *BMC Psychiatry, 22*(1), 1-447. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04096-7>
- Simon, V. A., Barnett, D., Smith, E., Mucka, L., & Willis, D. (2017). Caregivers' abuse stigmatization and their views of mental health treatment following child sexual abuse. *Child abuse & neglect, 70*, 331–341. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.024>
- Smith, P., Dalgleish, T., & Meiser-Stedman, R. (2019). Practitioner Review: Posttraumatic stress disorder and its treatment in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 60*(5), 500–515. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12983>
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2007). *Living well at every stage of life. Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. SAGE Publications.
- Southwick, S., M. (2011). *Resilience and Mental Health: Challenges across the Lifespan*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sriskandarajah, V., Neuner, F., & Catani, C. (2015). Parental care protects traumatized Sri Lankan children from internalizing behavior problems. *BMC Psychiatry*, *15*(1), 203-203. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0583-x>

Stallard, P., Velleman, R., & Baldwin, S. (2001). Recovery from post-traumatic stress disorder in children following road traffic accidents: The role of talking and feeling understood. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *11*(1), 37-41. <https://doi.org/10.1002/casp.610>

Stratton S. J. (2024). Purposeful Sampling: Advantages and Pitfalls. *Prehospital and disaster medicine*, *39*(2), 121–122. <https://doi.org/10.1017/S1049023X24000281>

Steinmetz SE, Gray MJ. Treatment for distress associated with accurate appraisals of self-blame for moral transgressions *Curr Psychiat Rev.* (2015) 11:207–19. 10.2174/1573400511666150629105709

Stoddard, F. J., Jr, Sorrentino, E. A., Ceranoglu, T. A., Saxe, G., Murphy, J. M., Drake, J. E., Ronfeldt, H., White, G. W., Kagan, J., Snidman, N., Sheridan, R. L., & Tompkins, R. G. (2009). Preliminary evidence for the effects of morphine on posttraumatic stress disorder symptoms in one-to four-year-olds with burns. *Journal of burn care & research : official publication of the American Burn Association*, *30*(5), 836–843. <https://doi.org/10.1097/BCR.0b013e3181b48102>

Storr, C. L., Ialongo, N. S., Anthony, J. C., & Breslau, N. (2007). Childhood antecedents of exposure to traumatic events and posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry*, *164*(1), 119–125. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.1.119>

Stover, C. S., Hahn, H., Maciejewski, K. R., Epstein, C., & Marans, S. (2022). The child and family traumatic stress intervention: Factors associated with symptom reduction for children receiving treatment. *Child abuse & neglect*, *134*, 105886. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105886>

Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death studies*, *23*(3), 197–224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>

Stupar, D., Stevanovic, D., Vostanis, P., Atilola, O., Moreira, P., Dodig-Curkovic, K., Franic, T., Doric, A., Davidovic, N., Avicenna, M., Multazam, I. N., Nussbaum, L., Thabet, A. A., Ubalde, D., Petrov, P., Deljkovic, A., Monteiro, A. L., Ribas, A., Jovanovic, M., Joana, O., ... Knez, R. (2021). Posttraumatic stress disorder symptoms among trauma-exposed adolescents from low- and middle-income countries. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *15*(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00378-2>

Summerfield D. (1999). A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Social science & medicine (1982)*, *48*(10), 1449–1462. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00450-x](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00450-x)

Summerfield D. (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *BMJ (Clinical research ed.)*, *322*(7278), 95–98. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7278.95>

Summerfield D. (2008). How scientifically valid is the knowledge base of global mental health?. *BMJ (Clinical research ed.)*, *336*(7651), 992–994. <https://doi.org/10.1136/bmj.39513.441030.AD>

Tarrier, M., Sommerfield, C., & Pilgrim, H. (1999). Relatives' expressed emotion (EE) and PTSD treatment outcome. *Psychological Medicine*, *29*, 801–811.

Ter Heide FJJ, Sleijpen M, van der Aa N. Posttraumatic world assumptions among treatment-seeking refugees. *Transcult Psychiatry* (2017) *54*:824–39. [10.1177/1363461517741811](https://doi.org/10.1177/1363461517741811)

Thabet, A. A., Ibraheem, A. N., Shrivram, R., Winter, E. A., & Vostanis, P. (2009). Parenting support and PTSD in children of a war zone. *The International Journal of Social Psychiatry*, *55*, 226–237. <http://dx.doi.org/10.1177/0020764008096100>

Tierney, K. (2015). Resilience and the neoliberal project: Discourses, critiques, Practices—And Katrina. *The American Behavioral Scientist*, *59*(10), 1327–1342. <https://doi.org/10.1177/0002764215591187>

Timshel, I., Montgomery, E., & Dalgaard, N. T. (2017). A systematic review of risk and protective factors associated with family related violence in refugee families. *Child Abuse & Neglect*, *70*, 315–330. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.023>

Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, *32*(2), 122. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.12.001>

Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2007). Family structure variations in patterns and predictors of child victimization. *The American journal of orthopsychiatry*, *77*(2), 282–295. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.2.282>

Udwin, O., Boyle, S., Yule, W., Bolton, D., & O'Ryan, D. (2000). Risk factors for long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: Predictors of post traumatic stress disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *41*, 969–979. <http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00685>

United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR]. (2024). Lebanon. Accessed May 26, 2024. <https://reporting.unhcr.org/operational/operations/lebanon#:~:text=The%20Government%20of%20Lebanon%20estimates,by%20the%20end%20of%202022>.

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2014). With 15 million children caught up in major conflicts, UNICEF declares 2014 a devastating year for children. [http://www.unicef.org/media/media\\_78058.html](http://www.unicef.org/media/media_78058.html) (Accessed on June 17, 2016).

- Valentino, K., Berkowitz, S., & Stover, C. S. (2010). Parenting behaviors and posttraumatic symptoms in relation to children's symptomatology following a traumatic event. *Journal of Traumatic Stress, 23*, 403–407. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20525>.
- VanBronkhorst, S. B., Abraham, E., Dambreville, R., Ramos-Olzagasti, M. A., Wall, M., Saunders, D. C., Monk, C., Alegría, M., Canino, G. J., Bird, H., & Duarte, C. S. (2024). Sociocultural Risk and Resilience in the Context of Adverse Childhood Experiences. *JAMA psychiatry, 81*(4), 406–413. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.4900>
- Van Ee, E., Kleber, R. J., & Mooren, T. T. M. (2012). War trauma lingers on: Associations between maternal posttraumatic stress disorder, parent-child interaction, and child development. *Infant Mental Health Journal, 33*(5), 459–468. <https://doi.org/10.1002/imhj.21324>
- Van Ommeren, M., Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Mental and social health during and after acute emergencies: Emerging consensus? *Bulletin World Health Organization, 83*, 71–75.
- Van Der Kolk, B. (2015). *The body keeps the score*. Penguin Books.
- Vermeiren, R., Schwab-Stone, M., Deboutte, D., Leckman, P. E., & Ruchkin, V. (2003). Violence exposure and substance use in adolescents: findings from three countries. *Pediatrics, 111*(3), 535–540. <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.535>
- Vernberg, E. M., Silverman, W. K., La Greca, A. M., & Prinstein, M. J. (1996). Prediction of post-traumatic stress symptoms in children after Hurricane Andrew. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 237–248. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.105.2.237>.
- Visser, H. A., van Minnen, A., van Megen, H., Eikelenboom, M., Hoogendoorn, A. W., Kaarsemaker, M., van Balkom, A. J., & van Oppen, P. (2014). The relationship between adverse childhood experiences and symptom severity, chronicity, and comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry, 75*(10), 1034–1039. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08825>
- Voderholzer, U., Schwartz, C., Thiel, N., Kuelz, A. K., Hartmann, A., Scheidt, C. E., ... Zeeck, A. (2014). A comparison of schemas, schema modes and childhood traumas in obsessive-compulsive disorder, chronic pain disorder and eating disorders. *Psychopathology, 47*(1), 24–31.
- Walker, J., & Cooper, M. (2011). Genealogies of resilience: From systems ecology to the political economy of crisis adaptation. *Security Dialogue, 42*(2), 143–160.
- Wendt, F. R., Garcia-Argibay, M., Cabrera-Mendoza, B., Valdimarsdóttir, U. A., Gelernter, J., Stein, M. B., Nivard, M. G., Maihofer, A. X., Post-Traumatic Stress Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, Nievergelt, C. M., Larsson, H., Mattheisen, M., Polimanti, R., & Meier, S. M. (2023). The Relationship of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With Posttraumatic Stress Disorder: A Two-Sample Mendelian Randomization and Population-Based Sibling Comparison Study. *Biological psychiatry, 93*(4), 362–369. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2022.08.012>

- Williamson, V., Butler, I., Tomlinson, M., Skeen, S., Christie, H., Stewart, J., & Halligan, S. L. (2017). Caregiver Responses to Child Posttraumatic Distress: A Qualitative Study in a High-Risk Context in South Africa. *Journal of traumatic stress, 30*(5), 482–490. <https://doi.org/10.1002/jts.22215>
- Williamson, V., Creswell, C., Fearon, P., Hiller, R. M., Walker, J., & Halligan, S. L. (2017bis). The role of parenting behaviors in childhood post-traumatic stress disorder: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 53*, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.005>
- Williamson, V., Creswell, C., Butler, I., Christie, H., & Halligan, S. L. (2016). Parental responses to child experiences of trauma following presentation at emergency departments: A qualitative study. *BMJ Open, 6*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012944>
- Wickrama, K., & Kaspar, V. (2007). Family context of mental health risk in tsunami-exposed adolescents: Findings from a pilot study in Sri Lanka. *Social Science and Medicine, 64*, 713–723. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.09.031>
- Wojciak, A. S., Powers, J., Chan, A. C. Y., Pleggenkuhle, A. L., & Hooper, L. M. (2022). ARCCH Model of Resilience: A Flexible Multisystemic Resilience Framework. *International journal of environmental research and public health, 19*(7), 3920. <https://doi.org/10.3390/ijerph19073920>
- Wolf, R. C., & Herringa, R. J. (2016). Prefrontal-Amygdala Dysregulation to Threat in Pediatric Posttraumatic Stress Disorder. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology, 41*(3), 822–831. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.209>
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W. -C., & Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 134–151. <http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00106>
- World Health Organization. (2019). International statistical classification of diseases and related health problems ( 11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Young, A. (1995) *The Harmony of Illusions: Inventing Posttraumatic Stress Disorder*. Princeton University Press, Princeton.
- Zaman, S., & Nahar, P. (2011). Search for a lost cow: Ethical dilemmas of doing medical anthropological research in Bangladesh. *Medische Antropologie, 23*, 153–163.
- Zatzick, Jurkovich, G. J., Fan, M.-Y., Grossman, D., Russo, J., Katon, W., & Rivara, F. P. (2008). Association between posttraumatic stress and depressive symptoms and functional outcomes in adolescents followed up longitudinally after injury hospitalization. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 162*(7), 642–648. <https://doi.org/10.1001/archpedi.162.7.642>
- Zatzick, D. F., Grossman, D. C., Russo, J., Pynoos, R., Berliner, L., Jurkovich, G., Sabin, J. A., Katon, W., Ghesquiere, A., McCauley, E., & Rivara, F. P. (2006). Predicting posttraumatic stress

symptoms longitudinally in a representative sample of hospitalized injured adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(10), 1188–1195.  
<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000231975.21096.45>

## **ANNEXES**

---

Annexe I. Critères diagnostiques du DSM-5 pour le Trouble de Stress Post Traumatique

Annexe II. Notice d'information et de consentement pour les parents sur le site de Montpellier

Annexe III. Notice d'information et de consentement pour les parents sur le site de Beyrouth

Annexe IV. Guide d'entretien

Annexe V. Autorisation du Comité d'Ethique du CHU de Montpellier

Annexe VI. Autorisation du comité d'Ethique de l'Hôtel-Dieu de France de Beyrouth

Annexe VII. Liste des productions scientifiques liées à la thèse

Annexe VIII. Article : Revue de littérature sur les interventions précoces pour prévenir le stress posttraumatique chez les enfants et les adolescents

Annexe IX. Article sur les résultats du site de Montpellier

Annexe X. Article sur les résultats du site de Beyrouth

# **ANNEXE I**

**Critères diagnostiques du DSM-5 pour le Trouble de Stress Post Traumatique**

## **Critères cliniques du DSM-5 pour diagnostiquer le TSPT chez les adultes, les adolescents et les enfants de plus 6 ans:**

### **Critère A :**

Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants.
2. En étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).

Remarque : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.

### **Critère B :**

Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. NB. chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme.
2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. NB chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel). NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux.
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant.
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

### **Critère C :**

Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants :

1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.



2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse.

**Critère D :**

Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues).
2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde entier est dangereux. », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente »).
3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui.
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte).
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection).

**Critère E :**

Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événement traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagéré.
5. Problèmes de concentration.
6. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).

**Critère F :** La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

**Critère G :** La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement.

**Critère H :** La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

## **Spécifier le type :**

### **Avec symptômes dissociatifs :**

Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. Dépersonnalisation : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti).
2. Déréalisation : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).

**Avec manifestation différée** : Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).

### **Pour les enfants de moins de 6 ans :**

#### **Critère A :**

Chez l'enfant de moins de 6 ans avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants.
2. En étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant. NB être témoin direct n'inclut pas les événements dont l'enfant a été témoin seulement par des médias électronique, TV, films, images.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou une personne prenant soin de l'enfant.

#### **Critère B :**

Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. NB les souvenirs spontanés et envahissants ne laissent pas forcément apparaître la détresse et peuvent s'exprimer par le biais reconstitutions dans le jeu.

2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. NB il peut être impossible de vérifier que le contenu effrayant est lié aux événements traumatiques.
3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles l'enfant se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel). Des reconstructions spécifiques du traumatisme peuvent survenir au cours de jeux.
4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant.
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

### **Critère C :**

Un ou plusieurs des symptômes suivants, représentant soit un évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, soit des altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'événement traumatisant, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, ou s'étant empiré après l'exposition traumatique :

#### **Evitement persistant de Stimuli**

1. Évitement ou tentative d'évitement des activités, des endroits ou des indices physiques qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques.
2. Évitement ou tentative d'évitement des personnes, conversations, ou des situations qui ramènent à l'esprit des souvenirs du ou des événements traumatiques

#### **Altérations des cognitions**

3. Augmentation nette de la fréquence des états émotionnels négatifs par exemple crainte, culpabilité, tristesse, honte, confusion.
4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à des activités y compris le jeu.
5. Comportement traduisant un retrait social.
6. Réduction persistante de l'expression des émotions positives

### **Critère D:**

Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants :

1. Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets (y compris les crises extrêmes de colère)
2. Hypervigilance ;
3. Réaction de sursaut exagéré ;
4. Problèmes de concentration ;

5. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).

**Critère E :** La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D ) dure plus d'un mois.

**Critère F :** La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération des relations avec les parents, la fratrie, les pairs, d'autres aidants ou une altération du comportement scolaire.

**Critère G :** La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

**Spécifier le type :**

**Avec symptômes dissociatifs :**

Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. Dépersonnalisation : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ;
2. Déréalisation : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).

**Avec manifestation différée :**

Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'évènement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).

# **ANNEXE II**

**Notice d'information et de consentement pour les parents sur le site de Montpellier**

# NOTE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LES PARENTS

## EXPÉRIENCES, ATTENTES ET BESOINS PERÇUS DES PARENTS D'ENFANTS EXPOSÉS À DES ÉVÉNEMENTS TRAUMATISANTS : UNE EXPLORATION QUALITATIVE

Madame, Monsieur,

Nous allons réaliser une recherche intitulée : « EXPÉRIENCES, ATTENTES ET BESOINS PERÇUS DES PARENTS D'ENFANTS EXPOSÉS À DES ÉVÉNEMENTS TRAUMATISANTS : UNE EXPLORATION QUALITATIVE » coordonnée par le Service de Médecine Psychologique de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Saint-Eloi, CHU de Montpellier. Pour cette recherche, nous allons avoir besoin de faire un entretien qualitatif avec vous afin de collecter des informations sur vos expériences, attentes et besoins au décours de l'exposition de votre enfant à un événement traumatique. **Nous n'aurons pas besoin pour cette recherche de voir votre enfant ni de consulter son dossier médical. Nous sommes intéressés uniquement à comprendre votre expérience et à évaluer vos besoins en termes de soins et d'accompagnement lors de cette période critique.**

Cette note d'information vous informe du but de cette recherche, de son déroulement, de ces objectifs et de vos droits.

### POURQUOI CETTE RECHERCHE ?

À la suite de l'exposition à un événement potentiellement traumatisant, l'enfant est fragilisé et a particulièrement besoin du soutien de ses parents. Mais parfois, les parents sont eux-mêmes encore en train d'assimiler ce qui s'est passé et ont besoin d'aide et de guidance pour soutenir efficacement leur enfant dans cette période difficile. Afin de pouvoir vous aider, nous avons au préalable besoin de comprendre votre expérience, perceptions du traumatisme et des réactions de votre enfant, besoins perçus en termes d'accompagnement psychologique, des problèmes rencontrés et des ressources à disposition. Cette exploration en profondeur de votre expérience et besoins nous permettra dans le futur (non dans le cadre de cette recherche), de vous proposer une intervention adéquate, vu le peu d'études disponibles sur ce sujet. Vous avez été référé à cette étude par le pédopsychiatre ou pédiatre qui suit votre enfant, ou par le médecin urgentiste, mais l'équipe de recherche n'aura pas besoin d'accéder au dossier de votre enfant ni de voir votre enfant.

### QUEL EST L'OBJECTIF DE CETTE RECHERCHE ?

L'objectif de cette recherche est d'explorer votre expérience au décours de l'exposition récente de votre enfant à un événement potentiellement traumatisant, vos perceptions des réactions de votre enfant, les principaux problèmes rencontrés dans cette période au niveau de la relation et de la communication avec votre enfant, vos besoins perçus et vos attentes en termes d'accompagnement psychologique, les ressources dont vous disposez.

### COMMENT VA SE DÉROULER CETTE RECHERCHE ?

Cette recherche va impliquer un entretien avec vous, d'une durée de 60 à 90 minutes afin de permettre une exploration en profondeur de votre expérience. Si vous le souhaitez, je peux aussi vous proposer un deuxième entretien de suivi de 60 minutes une à deux semaines plus tard.

**Cette recherche ne vise donc pas à modifier la prise en charge de votre enfant. Il n'y aura pas de consultation ou d'examen supplémentaires, ni de modifications du traitement prescrit par son médecin.**

### QUI PEUT PARTICIPER ?

Pour cette recherche, nous avons besoin d'un des deux parents, ou des deux parents ensemble. Vous disposez d'un droit d'opposition, sans conséquence sur la suite du traitement de votre enfant ni de la qualité des

soins qui lui seront fournis. De plus, votre participation à cette recherche est volontaire et vous pourrez l'interrompre à tout moment sans aucune justification.

### **QUELS SONT LES BÉNÉFICES ATTENDUS ?**

Aucun bénéfice individuel immédiat n'est attendu pour les participants à la recherche.

Cette recherche vise cependant à mieux comprendre vos expériences et vos besoins pour proposer dans l'avenir aux parents d'enfants exposés à des événements traumatiques une intervention adaptée à ces besoins.

### **QUELS SONT LES RISQUES POSSIBLES ?**

Il n'y a pas de risques encourus par la participation à cette étude, car cette étude n'implique pas une modification de la prise en charge de votre enfant.

### **ASPECTS RÉGLEMENTAIRES ET LÉGISLATIFS**

Cette recherche a obtenu un avis favorable de l'Institut Review Board (IRB) du CHU de Montpellier (2022\_IRB-MTP\_01--202100983) en date du (25/01/2022).

Cette recherche est en conformité avec la loi Informatique et Libertés à la méthodologie de référence MR-004 relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches dans le domaine de la santé (Conformité au Règlement Général sur la Protection des données).

### **QUELS SONT VOS DROITS ?**

Si vous ne vous opposez pas à cette recherche, nous allons fixer avec vous un rendez-vous pour un entretien pour la collecte de ces données qualitatives expliquées plus haut.

Durant cet entretien, et pour faciliter la retranscription de l'entretien et l'analyse qualitative des données, l'investigatrice prendra votre autorisation pour enregistrer l'entretien. En cas de refus de votre part pour enregistrer, elle prendra des notes manuelles ou sur l'ordinateur.

Les personnes destinataires des données nécessaires à la finalité de cette recherche sont les investigateurs : l'investigatrice principale qui fera aussi l'analyse de ces données, l'assistant de recherche, et le chef de service co-porteur du projet.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique des données personnelles recueillies lors de cet entretien de recherche va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté. Ces données seront anonymes et confidentielles, identifiées par un code et seront stockées dans un dossier sécurisé sur le serveur sécurisé du CHU de Montpellier, sous la responsabilité de l'investigateur principal du projet, le Dr Hala KERBAGE, et du chef de service, le Pr Diane Purper-OUakil, et pour une durée de six mois après la publication des résultats, suite à laquelle ces données seront entièrement détruites.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles) et au règlement général sur la protection des données (règlement UE 2016/679), vous disposez d'un droit **d'accès, de rectification, d'effacement ou de limitation** des informations collectées vous concernant dans le cadre de ce traitement.

Dans certains cas, vous pouvez également **refuser la collecte des données et vous opposer à ce que certains types de traitement des données soient réalisés**. Vous ou votre enfant disposez également d'un droit **d'opposition à la transmission des données** recueillies lors de cet entretien et couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Vous ou votre enfant pouvez également **accéder** directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble des données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de

la santé publique. Vous pourrez retirer à tout moment votre accord concernant la collecte des données dans le cadre de cette recherche. Le cas échéant, conformément à l'article L.1122-1-1 du Code de la Santé Publique, les données le concernant qui auront été recueillies préalablement à votre accord pourront ne pas être effacées et pourront continuer à être traitées dans les conditions prévues par la recherche.

Enfin, vous pouvez demander que les informations personnelles colligées vous soient fournies, à vous ou à un tiers, sous un format numérique (**droit de portabilité**).

Vos droits cités ci-dessus s'exercent auprès du médecin responsable de cette recherche et qui connaît votre identité

Si vous ou votre enfant avez d'autres questions au sujet du recueil, de l'utilisation des informations personnelles ou des droits associés à ces informations, vous ou votre enfant pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données du CHU de Montpellier (mail : [dpo@chu-montpellier.fr](mailto:dpo@chu-montpellier.fr)) ou le médecin investigateur de la recherche, [[hala.kerbage@chu-montpellier.fr](mailto:hala.kerbage@chu-montpellier.fr)].

Si malgré les mesures mises en place, vous ou votre enfant estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une plainte auprès de l'autorité de surveillance de la protection des données compétente en France, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Si le responsable de traitement des données souhaite effectuer un traitement ultérieur des données à caractère personnel le concernant pour une finalité autre que celle pour laquelle ses données à caractère personnel ont été collectées, vous et votre enfant serez informé(e) au préalable quant à cette autre finalité, à la durée de conservation de ses données, et toute autre information pertinente permettant de garantir un traitement équitable et transparent.

Si vous ou votre enfant le désirez, les résultats globaux de ce travail vous seront communiqués à sa conclusion par le médecin responsable de cette recherche.

Aucune donnée ne permettra l'identification de votre enfant ou de vous-mêmes dans les rapports ou publications scientifiques issus de cette recherche.

#### **A QUI DEVEZ-VOUS VOUS ADRESSER EN CAS DE QUESTIONS OU DE PROBLÈMES ?**

Pour tout renseignement concernant cette recherche, vous ou votre enfant pouvez contacter par mail/courrier/téléphone :

<b>Vos contacts dans la cadre de cette recherche</b>
Dr Hala KERBAGE <a href="mailto:hala.kerbage@chu-montpellier.fr">hala.kerbage@chu-montpellier.fr</a> 0467337080 Pr Diane PURPER-OUAKIL <a href="mailto:d-purper_ouakil@chu-montpellier.fr">d-purper_ouakil@chu-montpellier.fr</a> 0467337249
<b>Coordonnées du médecin référent du patient</b>
[A compléter]

**Soyez assuré(es) que votre participation est extrêmement précieuse. Nous vous remercions par avance de l'aide que vous apportez ainsi à la recherche.**

**Je certifie avoir lu et compris la notice d'information, que l'investigateur a répondu à toutes mes questions et je consens à participer à la recherche :**

**Nom et signature :**

**Date et lieu :**



# **ANNEXE III**

**Notice d'information et de consentement pour les parents sur le site de Beyrouth**

# FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités du projet de recherche cité ci-dessous. S'il y a des parties que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer, il vous est demandé de signer ce formulaire de consentement. Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations et réfléchir à votre participation.

## **Titre du Projet :**

Expériences, attentes et besoins perçus des parents d'enfants exposés à des événements potentiellement traumatisants : une exploration qualitative

## **Objectif du projet :**

A la suite de l'exposition à un événement potentiellement traumatisant (EPT), l'enfant est fragilisé et a particulièrement besoin du soutien de ses parents. Mais parfois, les parents sont eux-mêmes encore en train d'assimiler la révélation de l'EPT et ont besoin d'aide et de guidance pour soutenir efficacement leur enfant dans cette période difficile. Afin de pouvoir vous aider, nous avons au préalable besoin de comprendre votre expérience, perceptions du traumatisme et des réactions de votre enfant, besoins perçus en termes d'accompagnement psychologique, des problèmes rencontrés et des ressources à disposition. Cette exploration en profondeur de votre expérience et besoins nous permettra dans le futur (non dans le cadre de cette recherche), de vous proposer une intervention adéquate, vu le peu d'études disponibles sur ce sujet. Vous avez été référé à cette étude par le psychiatre qui vous suit ou suit votre enfant, mais l'équipe de recherche n'aura pas besoin d'accéder au dossier de votre enfant ni de voir votre enfant.

L'objectif de cette recherche est d'explorer votre expérience au décours de l'exposition ou de la révélation récente de votre enfant à un EPT, vos perceptions des réactions de votre enfant, les principaux problèmes rencontrés dans cette période au niveau de la relation et de la communication avec votre enfant, vos besoins perçus et vos attentes en termes d'accompagnement psychologique, les ressources dont vous disposez et votre expérience avec les services médicaux, légaux et sociaux concernant l'exposition de votre enfant à un EPT.

## **Démarche de l'étude**

Cette recherche va impliquer un entretien avec vous, d'une durée de 60 à 90 minutes afin de permettre une exploration en profondeur de votre expérience. Si vous le souhaitez, je peux aussi vous proposer un deuxième entretien de suivi de 60 minutes une à deux semaines plus tard.

## **Avantages/inconvénients pouvant découler de cette étude (préciser les risques connus,prévisibles et tous les avantages)**

Aucun bénéfice individuel immédiat n'est attendu pour les participants à la recherche. Cette recherche vise cependant à mieux comprendre vos expériences et vos besoins pour proposer dans l'avenir aux parents d'enfants exposés à des EPT une intervention adaptée à ces besoins.

Les risques encourus sont ceux pouvant être liés à la remémoration d'expériences traumatisantes. Compte tenu de la nature physiquement et émotionnellement difficile des EPT, remémorer des expériences autour de la situation de votre enfant peut être bouleversant. Pour en tenir compte, vous serez dirigés vers des services de soutien appropriés si nécessaire en urgence et vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment. **Tous les entretiens seront menés par une psychiatre clinicienne et chercheur, entraînée à ce genre d'entretien dans la pratique courante.** Elle prendra donc soigneusement en considération tout signe de détresse émotionnelle aiguë ayant besoin d'un support immédiat.

#### **Compensation financière :**

Votre participation à ce projet de recherche ne donne lieu à aucune compensation financière

#### **Liberté et droit de retrait du participant**

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous pourrez mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

#### **Confidentialité des informations**

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : nom, sexe, date de naissance, origine ethnique, enregistrements audio, habitudes de vie, etc. Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels et anonymes.

#### **Conservation des données et échéance de destruction**

Le chercheur principal s'engage à conserver toutes les données recueillies au cours du projet de recherche dans un endroit sûr et confidentiel. Ces données seront détruites après 6 mois de la fin de l'étude.

#### **Publication des données et enregistrement des données**

Vous serez informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront, si vous le souhaitez. Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier.

#### **Enregistrement vidéo et /ou prise de photographies (version avec enregistrement)**

Il est possible que certaines séances soient enregistrées pour faciliter la retranscription des entretiens. Il n'est cependant pas nécessaire de consentir à ce volet pour participer au présent projet. Si vous acceptez, les enregistrements audio de l'entretien seront détruits à la fin du projet après avoir retranscrit l'entretien dans le respect de la confidentialité

Nous autorisez-vous à enregistrer l'entretien?

Oui

Non

**Etudes ultérieures**

Il se peut que les résultats obtenus à la suite de cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, autorisez-vous les responsables de ce projet à vous contacter à nouveau et à vous demander si vous souhaitez participer à cette nouvelle recherche?

Oui

Non

**Compréhension de l'information**

Vous pouvez obtenir des informations supplémentaires concernant la recherche auprès du chercheur principal. Vous pouvez aussi à tout moment demander au représentant du comité d'éthique (Tel. 01421000- ext. 2335) des informations complémentaires, des explications sur vos droits et une aide en cas de conflit.

Date

**Consentement du participant**

Je déclare avoir pris connaissance de la recherche citée ci-dessus et déjà acceptée par le comité d'éthique de l'Université Saint-Joseph.

Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions, à ma satisfaction et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom \_\_\_\_\_

Signature

**Déclaration de l'investigateur**

Je certifie que j'ai expliqué aux participants le but de l'étude et le déroulement de l'étude. J'ai aussi répondu à leurs questions, et j'ai clairement souligné qu'ils sont libres de mettre un terme à leur participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu dans ce formulaire et à en remettre une copie signée au participant.

Nom \_\_\_\_\_

Signature

# **ANNEXE IV**

**Guide d'entretien**

**Guide d'entretien – Parents d'enfants âgés entre 11 et 16 ans ayant été exposés à un évènement traumatique dans les trois derniers mois**

**Information socio-démographique**

<b>Quel âge avez-vous?</b>	_____
<b>Genre</b>	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other
<b>Quel est votre plus haut niveau d'éducation ?</b>	<input type="checkbox"/> Diplôme universitaire <input type="checkbox"/> Diplôme d'Etudes Techniques <input type="checkbox"/> Baccalauréat <input type="checkbox"/> Brevet <input type="checkbox"/> Ecole primaire <input type="checkbox"/> Autre
<b>Quel est l'âge de votre enfant qui a été exposé?</b>	_____
<b>Quel est le genre de votre enfant qui a été exposé?</b>	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Autre
<b>Quel était le type d'évènement traumatisant ?</b>	<input type="checkbox"/> Violence sexuelle <input type="checkbox"/> Harcèlement scolaire ou de quartier sévère avec violence <input type="checkbox"/> Accident grave <input type="checkbox"/> Catastrophe naturelle <input type="checkbox"/> Perte soudaine et/ou violente d'un proche <input type="checkbox"/> Traumatisme de guerre ou de migration <input type="checkbox"/> Autre
<b>Votre enfant avait-il déjà un suivi psychiatrique et/ou psychologique avant l'exposition traumatique ?</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui      Raison et type de suivi :
<b>Etes vous né en France ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Double nationalité
<b>Votre enfant est-il né en France ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Double nationalité

**Statut marital et nombre d'enfants :**

## **Thème 1 - Expériences parentales et communication avec l'enfant dans la période péritraumatique.**

- Pouvez-vous me parler de votre expérience depuis que votre enfant a été exposé à l'événement traumatique ?
- Comment décririez-vous la communication et l'interaction avec votre enfant depuis l'exposition traumatique ? **Sujets complémentaires** : Pouvez-vous me donner un exemple ? Qu'avez-vous fait ? Comment vous êtes-vous senti dans cette situation ? Comment l'enfant a-t-il réagi ?
- Quels changements émotionnels et comportementaux avez-vous remarqués chez votre enfant depuis l'exposition traumatique? **Sujets complémentaires**: Comment l'expliquez-vous ? Que pensez-vous que ces changements signifient
- Comment réagissez-vous habituellement aux changements émotionnels et comportementaux de votre enfant que vous venez de décrire ? **Sujets complémentaires** : Pouvez-vous me donner un exemple ? Qu'avez-vous fait ? Que pensez-vous de votre capacité à gérer ces difficultés ? En quoi vos réactions diffèrent-elles de celles que vous aviez avant l'exposition traumatique ? Comment en discutez-vous avec votre partenaire et les autres enfants, le cas échéant ?
- Que pensez-vous de votre capacité et de celle de votre partenaire à soutenir votre enfant ? Comment vous soutenez-vous mutuellement ?
- Comment décririez-vous un traumatisme psychologique ? **Sujets complémentaires** : Pouvez-vous me donner un exemple ? Comment cela se manifeste-t-il dans les réactions de votre enfant ? Quelle est votre expérience concernant votre enfant et le traumatisme ?
- Comment décririez-vous la résilience psychologique ? **Sujets complémentaires**: Pouvez-vous me donner un exemple ? Comment cela se manifeste-t-il dans les réactions de votre enfant ? Comment décririez-vous votre propre résilience psychologique ? Quelle est votre expérience concernant votre enfant et la résilience ?

## **Thème 2 : Perception des facteurs de risque et des facteurs de protection**

- D'après votre expérience et votre opinion, quels sont les facteurs que vous percevez comme aidant ou facilitant la rémission post-traumatique de votre enfant et votre capacité à le soutenir ? **Sujets complémentaires par mots-clés** : soutien social, soutien familial, soutien scolaire, soutien des pairs, suivi psychologique.

- D'après votre expérience et votre opinion, quels sont les facteurs que vous percevez comme entravant et empêchant la rémission post-traumatique de votre enfant et votre capacité à le soutenir ? **Sujets complémentaires par mots-clés** : isolement social, honte, stigmatisation, détresse émotionnelle, problèmes familiaux, mauvaise communication.

### **Thème 3 : Besoins psychosociaux**

- Quel est le type de soutien dont vous pensez avoir le plus besoin actuellement? **Sujets complémentaires** : informations sur le traumatisme, conseils, besoins logistiques et de base, soutien pour reprendre l'école, gestion des symptômes post-traumatiques de l'enfant, soutien social, amélioration de la communication avec l'enfant...

### **CONCLUSION**

Avez-vous des commentaires que vous souhaitez ajouter ? Y a-t-il des aspects dont vous souhaitez parler que nous n'avons pas abordé ensemble ?

Merci de votre participation. Je vous rappelle que vous pouvez me contacter par mail après l'entretien si vous avez des questions, des commentaires, des inquiétudes particulières, par rapport à cet entretien. Je vous rappelle que vous pouvez choisir de changer d'avis par rapport au traitement des données de cet entretien dans le but de la recherche.



# **ANNEXE V**

**Autorisation du Comité d'Ethique du CHU de Montpellier**



# Institutional Review Board (I.R.B.)

## MONTPELLIER UNIVERSITY HOSPITAL

### IRB Secretary

Phone : 04.67.33.98.33 / 04.67.33.08.12

IRB Accreditation number : 198711

### President :

MOLINARI Nicolas

### Vice President :

JUNG Boris

PANARO Fabrizio

### Members :

AYRIGNAC Xavier

BOURGEY TROUILLET Marion

CHIRIAC Anca

GODREUIL Sylvain

MILLET Ingrid

MOREAU Johan

OLIE Emilie

### DRI Officials

### Data Protection Officer

*Research organized and practiced on the human being for the development of biological or medical knowledge known as 'research involving the human person' as defined in Article L. 1121-1 of the Public Health Code are to be reviewed by a committee Protection of Persons (CPP) and can not be reviewed by the IRB.*

### Project Title :

*Expériences attendues et besoins perçus des parents d'enfants exposés à des événements potentiellement traumatisants EPT : une exploration qualitative*

IRB ID : 202100983

### Applicant :

- Responsable de l'étude :

Mme LE PROFESSEUR PURPEROUAKIL DIANE (d-purper\_ouakil@chu-montpellier.fr)

- Contact pour le droit d'information des patients :

Mme LE DOCTEUR KERBAGE HALA (hala.kerbage@chu-montpellier.fr)

### Organizational Affiliation :

- UNIVERSITY HOSPITAL CENTER OF MONTPELLIER

### Opinion of the IRB :

**APPROVED**

### Documents sent to the summary of the IRB for the evaluation :

- Synopsis : 25/11/2021

- Comments : Réévaluation du dossier par les membres de l'IRB suite aux modifications apportées -> Avis favorable le 25/01/2022.

Approval Number assigned by the IRB : IRB-MTP\_2022\_01\_202100983

Date : 25/01/2022

Signature : Pr MOLINARI

MONTPELLIER UNIVERSITY HOSPITAL  
191, Avenue du Doyen Gaston GIRAUD  
34295 MONTPELLIER CEDEX 5

This notice does not relieve the Study principal investigator of the obligations under the processing of personal datum

# **ANNEXE VI**

**Autorisation du comité d’Ethique de l’Hôtel-Dieu de France de Beyrouth**

**Comité d'éthique**

Pr Sami Richa, *Président*  
 Pr Michel Scheuer s.j.  
 Pr Georges Abi Tayeh  
 Pr Claudia Khayat  
 Pr Nasri Diab  
 Mlle Soha Abdel Malak  
 Dr Jad Habib  
 Mme Hyam Kahi  
 Pr Ronald Moussa  
 Pr Marek Cieslik s.j.  
 Dr May Fakhoury  
 M. Ayad Wakim

Beyrouth, 2 novembre 2021

Madame le Docteur Hala KERBAGE  
 Service de psychiatrie  
 Hôtel-Dieu de France

**Dossier CEHDF 1904** (numéro à rappeler dans toute correspondance)

**Titre du protocole** : Expériences, attentes et besoins perçus des parents d'enfants exposés à des événements potentiellement traumatisants : une exploration qualitative.

Chère Collègue,

Lors de sa réunion du 28 octobre, le Comité a étudié ce projet initié en collaboration avec l'Hôpital Saint-Eloi, CHU de Montpellier, Service de Médecine Psychologique de l'Enfant et de l'Adolescent, du Pr PURPER-OUAKIL. Le Comité a pris acte de votre courriel daté du 17/09 ; ce courriel était accompagné du protocole de l'étude, du guide d'entretien en français et en arabe et des versions française et arabe du formulaire de consentement.

Après en avoir délibéré, le Comité estime à l'unanimité, à l'exception de S. RICHA qui ne prend pas part au vote, qu'il n'a aucune objection à la réalisation de cette première étape du projet ; il vous notifie donc bien volontiers son accord tout en vous invitant à solliciter en temps utile son approbation pour la suite du projet. Par ailleurs, le Comité vous informe que son autorisation à la réalisation de ce travail est valide pour une année renouvelable sous demande.

*Tous les membres du Comité étaient présents à cette réunion à l'exception des Professeurs Ronald MOUSSA et Salah ABOU JAOUDE, du Docteur Jad HABIB et de Madame Hyam KAHN, excusés. Le Comité agit en concordance avec les « Bonnes Pratiques Cliniques » (GCP) décrites dans la « Déclaration d'Helsinki » (version d'octobre 2013) et les « Lignes directrices internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains » du Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales (CIOMS) avec la collaboration de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).*

Avec nos meilleures salutations,

Professeur Michel SCHEUER  
 Secrétaire du Comité

**N.B.** Merci d'enregistrer votre étude sur le registre libanais des études cliniques en appuyant sur le lien <http://lbctr.moph.qob.lb>, et ceci après avoir obtenu l'approbation du CE et avant inclusion de tout patient. Prière d'aviser le CE de toute modification au protocole de recherche pouvant avoir une incidence sur le plan éthique et de l'informer des conclusions générales de l'étude.

# **ANNEXE VII**

**Liste des productions scientifiques liées à la thèse**

## Liste des productions scientifiques issues de la thèse

### Publications scientifiques dans des journaux indexés :

1. Kerbage, H., Elbejjani, M., El-Hage, W., & Purper-Ouakil, D. (2024). 'Life should go on': a qualitative inquiry of parental reactions, experiences, and perceived needs following adolescents' recent traumatic exposure. *European journal of psychotraumatology*, 15(1), 2299660. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2299660>
2. Kerbage, H., Bazzi, O., El Hage, W., Corruble, E., & Purper-Ouakil, D. (2022). Early Interventions to Prevent Post-Traumatic Stress Disorder in Youth after Exposure to a Potentially Traumatic Event: A Scoping Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(5), 818. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050818>
3. Kerbage, H., Elbejjani, M., Bazzi, O., El-Hage, W., BouKhalil, R., Corruble, E., & Purper-Ouakil, D. 'We are all children of war': parenting adolescents following recent traumatic exposure in a multiple crisis setting in Beirut, Lebanon. Article accepté dans *European journal of psychotraumatology*, avec des révisions mineures, resoumis le 31 Mai 2024 avec les révisions mineures effectuées.

### Chapitre dans un ouvrage collectif :

L'ABC des psychotraumas - Approches Biologiques et Cliniques des psychotraumas. Sous la direction de Canini Frédéric, El-Hage Wissam, Garcia René. Chapitre rédigé intitulé : Spécificités cliniques et thérapeutiques du psychotraumatisme à l'adolescence. A paraître aux Editions Ellipses. ISBN : 9782340089976

### Livre pour grand public :

Kerbage H (2022). *J'accompagne mon enfant face au traumatisme*, Paris, Éditions Ellipses – Décembre 2022

### Manifestations scientifiques sur invitation liées à la thèse :

1. Invitation à la 32ème Journée du Réseau ABC des Psychotraumas à Paris, le mardi 25 Juin 2024, pour donner une conférence sur le thème du psychotraumatisme et de la parentalité.
2. Invitation par le Comité Scientifique pour donner une conférence aux 9ème Rencontres Régionales de la FERREPSY à Toulouse sur le thème du psychotraumatisme de l'enfant et de l'adolescent le 20 mars 2024.
3. Invitation par le Département de Psychiatrie de la Faculté de Médecine de l'Université Saint-Joseph à Beyrouth, pour donner une conférence sur le psychotraumatisme et la parentalité, aux Journées d'Etudes en Psychiatrie, le 29 juin 2024.

Communications orales et posters liés à la thèse acceptés dans des congrès :

1. Journées Neurosciences Psychiatrie Neurologie (JNPN) , 13-14 Juin 2024, Paris : Poster commenté électronique accepté intitulé : A conceptual model for parental intervention following traumatic exposure in adolescents: A participatory multicenter study involving parents from Montpellier and Beirut.
2. The Normandy Landings Revisited: 80 Years of Traumatic Stress Studies, and Counting, 23-24 Mai 2024, Caen. Poster commenté affiché intitulé : “We are all children of war”: Parenting adolescents following recent traumatic exposure in a multiple crisis setting in Beirut, Lebanon.
3. Congrès Français de Psychiatrie, Rennes, 27 - 30 novembre 2024 : session acceptée dans la rubrique rencontre avec l'expert, intitulée : Peut-on renforcer les compétences parentales face à l'adversité ? Interventions, stratégies et perspectives.
4. 32nd European Congress of psychiatry, 6-9 Avril 2024, Budapest: acceptation du symposium soumis intitulé: Childhood trauma as a transdiagnostic risk factor: clinical implications and preventive interventions
5. Congrès Français de Psychiatrie, Lille, 30/11- 3/12 2022 : acceptation de la session thématique soumise intitulée "L'exposition à des événements traumatiques chez les enfants et les adolescents : Impact et spécificités diagnostiques et thérapeutiques", comprenant trois communications orales conjointement avec le CHU de Toulouse et l'Université de Bordeaux
6. 3ème colloque de pratiques en TCC, Louvain-la-Neuve, Belgique, 19-21 Mai 2022 : soumission acceptée d'une communication orale intitulée : « La CFTSI : Une intervention TCC précoce de prévention du psychotraumatisme chez les enfants et les adolescents »
7. Congrès de l'Encéphale, Paris, 19-22 Janvier 2022 : poster affiché : « La prévention secondaire des symptômes de stress post-traumatiques chez les adolescents : un projet pilote multicentrique à Montpellier et à Beyrouth”.

# **ANNEXE VIII**

**Article : Revue de littérature sur les interventions précoces pour prévenir le stress post-traumatique chez les enfants et les adolescents**



Review

# Early Interventions to Prevent Post-Traumatic Stress Disorder in Youth after Exposure to a Potentially Traumatic Event: A Scoping Review

Hala Kerbage <sup>1,2,\*</sup>, Ola Bazzi <sup>3</sup>, Wissam El Hage <sup>4</sup> , Emmanuelle Corruble <sup>5,6</sup> and Diane Purper-Ouakil <sup>6</sup>

- <sup>1</sup> Department of Child and Adolescent Psychiatry, Saint Eloi University Hospital, 34090 Montpellier, France  
<sup>2</sup> Center for Epidemiology and Population Health (CESP), INSERM U1018, Developmental Psychiatry Team, Paris-Saclay University, Villejuif CEDEX, 94807 Paris, France  
<sup>3</sup> Faculty of Health Sciences, American University of Beirut, Beirut 1107 2020, Lebanon; oab09@mail.aub.edu  
<sup>4</sup> Center of Clinical Investigation iBrain 1253, University of Tours, 37032 Tours, France; wissam.elhage@univ-tours.fr  
<sup>5</sup> CESP, MOODS Team, INSERM U1018, School of Medicine, Paris-Saclay University, Kremlin Bicetre, 94275 Paris, France; emmanuelle.corruble@aphp.fr  
<sup>6</sup> University Hospital of Bicetre, Department of Psychiatry, Paris-Saclay University Hospital, Kremlin Bicetre, 94275 Paris, France; d-purper\_ouakil@chu-montpellier.fr  
\* Correspondence: hala.kerbage@chu-montpellier.fr; Tel.: +33601819449

**Abstract:** The worldwide occurrence of potentially traumatic events (PTEs) in the life of children is highly frequent. We aimed to identify studies on early mental health interventions implemented within three months of the child/adolescent's exposure to a PTE, with the aim of reducing acute post-traumatic symptoms, decreasing long term PTSD, and improving the child's adjustment after a PTE exposure. The search was performed in PubMed and EMBASE databases resulting in twenty-seven articles meeting our inclusion criteria. Most non-pharmacological interventions evaluated had in common two complementary components: psychoeducation content for both children and parents normalizing early post-traumatic responses while identifying post-traumatic symptoms; and coping strategies to deal with post-traumatic symptoms. Most of these interventions studied yielded positive results on outcomes with a decrease in post-traumatic, anxiety, and depressive symptoms. However, negative results were noted when traumatic events were still ongoing (war, political violence) as well as when there was no or little parental involvement. This study informs areas for future PTSD prevention research and raises awareness of the importance of psychoeducation and coping skills building in both youth and their parents in the aftermath of a traumatic event, to strengthen family support and prevent the occurrence of enduring post-traumatic symptoms.

**Keywords:** trauma; PTSD; children and adolescent; early intervention; prevention; potentially traumatic events (PTEs); coping strategies; psychoeducation; traumatic exposure; parental support



**Citation:** Kerbage, H.; Bazzi, O.; El Hage, W.; Corruble, E.; Purper-Ouakil, D. Early Interventions to Prevent Post-Traumatic Stress Disorder in Youth after Exposure to a Potentially Traumatic Event: A Scoping Review. *Healthcare* **2022**, *10*, 818. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050818>

Academic Editor: Abraham Rudnick

Received: 9 March 2022

Accepted: 25 April 2022

Published: 28 April 2022

**Publisher's Note:** MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



**Copyright:** © 2022 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## 1. Introduction

The worldwide occurrence of potentially traumatic events (PTEs) in the life of children and adolescents is highly frequent, including maltreatment, neglect, abuse, bullying, as well as war, displacement, and armed conflict [1–5]. In a survey involving 24 countries across the globe, the World Mental Health (WMH) reported that 70% of the populations were exposed at least once in their life to a PTE, with higher rates of exposure among children, adolescents, and young adults [6]. Moreover, Post-traumatic stress disorder (PTSD) is shown to develop more frequently when the traumatic events occur during childhood and adolescence [7–9].

Most studies estimate that spontaneous recovery for both adults and youth after exposure to PTEs is the norm and that most trauma-exposed individuals manifest various levels of acute post-traumatic stress reactions and then regain their baseline functioning

over several weeks [10,11]. However, complex individual and contextual factors as well as the type of the PTE itself might lead to a failure of recovery, since a substantial 6–20% of individuals go on to develop PTSD [12–14]. Given the number of youths who encounter PTEs each year worldwide, the risk of developing PTSD is still high [15,16], leading to interpersonal and educational challenges as well as a significant impact on the child and family functioning [17–19]. Moreover, exposure to adverse and traumatic childhood experiences increases the risk of both physical and mental illnesses as well as substance use disorders in adult life, leading to reduced social and economic opportunity and impaired role functioning [20–24].

Emerging evidence on the dysfunctional brain circuits underlying PTSD focuses on the role of altered brain activity and connectivity in the fear extinction process that is commonly found in PTSD [25–30]. More specifically, a smaller volume and altered activity patterns in the ventromedial region of the prefrontal cortex (vmPFC) have been observed in patients with PTSD, suggesting the implication of frontal lobe circuitry in altered fear extinction features [25,26]. In a recent study conducted on patients with lesions in the ventromedial portion of the prefrontal cortex, the authors reveal that the vmPFC is involved in the acquisition of emotional conditioning, and assess how bilateral lesions of the vmPFC compromise the generation of a conditioned psychophysiological response during the acquisition of threat conditioning (i.e., emotional learning) which may lead to the perpetuation of PTSD and anxiety symptoms [25]. Another recent theoretical review discussed the distinct yet fundamental role of anterior/posterior subregions of the vmPFC in the processing of safety-threat information and in the evaluation and representation of stimulus-outcome's value needed to produce sustained physiological responses [26]. These functional and structural alterations of the neural networks that seem to underlie fear conditioning and learning, particularly in PFC, might contribute to the complex etiology of anxiety and traumatic stress syndromes and have important treatment implications [31].

The high rates of traumatic exposure and associated clinical and neurobiological manifestations, along with an elevated public health burden, indicate the importance of early efficient interventions at a secondary prevention level, that address acute posttraumatic stress reactions in the aftermath of a traumatic event and aim at decreasing the risk of developing long-term PTSD while increasing recovery and adjustment after exposure to a traumatic event [10,32–34].

Current international guidelines for early and acute post-traumatic interventions shift recommendations away from psychological debriefing and toward Psychological First Aid (PFA) [35,36]. However, evidence is lacking regarding the efficiency of PFA in preventing long term PTSD, despite being often recommended as a first line intervention in various trauma guidelines, especially in humanitarian settings and complex emergencies [37,38]. Psychological First Aid was developed by the World Health Organization with the aim of providing affordable first-line psychosocial support by any lay person participating in relief efforts for populations affected by complex emergencies within hours or days of the onset of traumatic events [39]. It is, therefore, a psychosocial intervention rather than a clinical one, and its aim is to provide safety and protection from further harm, assist in accessing basic needs, offer non-intrusive support, and link to available services and social support systems [37,39]. Although it seems relevant to implement it as immediate psychosocial assistance in acute settings, instead of psychological debriefing, it does not seem to be enough on its own as an early intervention to prevent the later occurrence of PTSD.

Controlled clinical trials among adults recently exposed to a PTE find that the risk of PTSD can be decreased by cognitive behavioral treatments targeting symptom reduction and the enhancement of adaptive coping strategies [40,41]. In youth, however, data on secondary prevention of trauma-related disorders are scarce. Epidemiological studies on risk and protective factors for PTSD in children and adolescents show that in the early periods following exposure to a traumatic event, family and social support are crucial in contributing to children's adjustment and coping with posttraumatic stress and in decreasing the risk of developing PTSD [42–44]. Family support consists of being actively

present and available to the child following the onset of the traumatic event, modeling to the child efficient coping, successfully maintaining routines and stability, and offering protection and reassurance as needed [45].

Other protective factors established are the quality of family relationships, particularly caregiver-child relationships, as well as child and caregiver emotional regulation skills [45,46]. Parents who can support effective coping through modeling and coaching, while being attentive to their children's needs and concerns, facilitate children's adjustment following a PTE exposure [45,47,48]. All these protective factors could be the targets of an early intervention to prevent PTSD in youth and highlight the need for clinical treatments complementary to PFA, that increase parental coping strategies and shift the focus from pure symptom reduction to skill development in secondary prevention objectives during the peri-traumatic period. In this review, we aimed to identify studies on early mental health interventions (pharmacological and non-pharmacological) implemented within three months of the child/adolescent's exposure to a PTE, with the goal of decreasing acute post-traumatic symptoms and the risk of long-term PTSD.

## 2. Methods

### 2.1. Eligibility Criteria

We searched for articles that met the below inclusion criteria:

*Population of interest.* Children and adolescents (ages 1 to 20 years old) were assigned to mental health interventions aiming at the secondary prevention of PTSD and provided within 3 months of the child or adolescent's exposure to a traumatic event. Interventions targeting adults aged 20 and above were excluded from the study. Interventions occurring more than 3 months after the exposure to a PTE were excluded from the study. Articles reporting on interventions targeting ongoing trauma (war/conflict/violence) were included in the review.

*Event of interest.* Potentially traumatic events included burn injuries, falls and sporting injuries, motor vehicle accidents, sexual or physical abuse, medical events, procedures, or treatments, natural disasters, war/conflict/violence, and various accidental and unintentional injuries.

*Types of intervention.* There were no restrictions on the type of mental health interventions provided, which ranged from pharmacological interventions to psychosocial and structured cognitive-behavioral interventions, among others.

*Study design.* There were no restrictions made on the design of the study.

We only included articles that were published in the English or French languages.

### 2.2. Information Sources

The electronic databases searched were PubMed and Embase. No restrictions were made on the dates of article publication. The research strategy was developed with a professional university librarian who assisted us in the exportation of retrieved records. We used both Medical Subject Headings (MeSH) terms and free-text words. We searched PubMed by using Medical Subject Headings (MeSH) terms and included the terms Stress Disorders, Post-Traumatic, prevention and control with the filters: "Child: birth-18 years", "Adolescent: 11–20 years". We searched Embase by using keywords and included 'post-traumatic stress disorder', with filters excluding Medline, and restricted to adolescents, children, infants, and newborns. No other restrictions were applied while conducting the search. The search yielded 1268 articles, with 27 articles meeting the inclusion criteria.

### 2.3. Study Selection

The research team developed screening guides for the specific purpose of this review, that were used by two team members to screen independently and in duplication, both the titles and abstracts of the identified citations, as well as the full text. Full texts were retrieved based on the title and abstract screening whenever it was evaluated as eligible by at least

one of the two reviewers. A third reviewer from the team member was consulted anytime there was a disagreement regarding the full-text screening by the two main reviewers.

#### 2.4. Data Abstraction

The research team initially developed standardized data abstraction forms that were tested and then used by the reviewers to abstract data from selected articles. Research characteristics abstracted included type of intervention, study design, intervention components, the timeframe between the exposure to the PTE and the intervention, type of traumatic event, target population characteristics, age of target population, targeted outcomes, and findings. We specifically looked at the rates of post traumatic symptoms and measures of coping/adaptive strategies following the interventions tested.

### 3. Results

The findings of our search are presented according to the 'Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols' (PRISMA) flowchart (Figure 1). The search on PubMed and Embase yielded 1268 records, and we retained 178 for the title and abstract screening. Out of those, 97 records did not meet our eligibility criteria, leaving 81 records for full-text screening, out of which 54 records were excluded for not satisfying the eligibility criteria (different population of interest, interventions occurring after more than 3 months of the trauma incident). Thus, only 27 papers were retained for analysis and review.

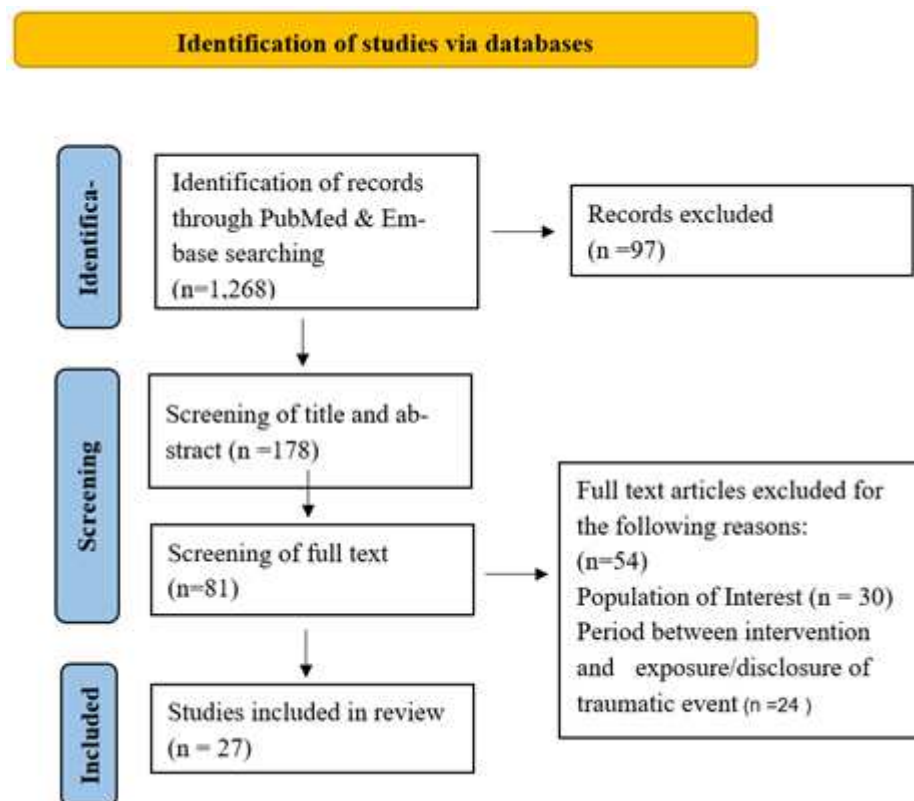


Figure 1. PRISMA Flowchart.

#### 3.1. Research Characteristics

The research characteristics and main findings for each article are presented in Tables 1 and 2. The design of the studies included 20 randomized control trials, three experimental studies, one prospective longitudinal study, one meta-analysis, one case report, and one retrospective review of medical records. Interventions implemented in the studies included pharmacotherapy, Child and Family Traumatic Stress Intervention

(CFTSI), music therapy, structured cognitive-behavioral intervention, information provisioning, stepped preventive care, web-based early intervention and psycho-educational intervention, provision of coping skills and coaching strategies, psychoeducation, structured debriefing process, psychosocial interventions consisting of cognitive-behavioral techniques and various other techniques, hypnosis, in addition to massage and humor therapy. The time of intervention after the traumatic event ranged between 6 h and 60 days. Four studies had interventions carried out during an ongoing traumatic event, which was either war or violent conflict. Traumatic events included burns, falls, motor vehicle accidents, sexual and physical abuse, sports injuries, physical assaults, animal bites, surgery, acute medical events, natural disasters, violence, and war. The target population's age ranged from 12 months to 20 years old.

**Table 1.** An overview of studies' research characteristics.

First Author, Year	Study Design	Type of Intervention	Intervention Components	Time of Intervention after Traumatic Event	Traumatic Event	Target Population Characteristics	Age of Target Population
Berkowitz, 2011 [10]	RCT	CFTSI	Four sessions targeting either the caregiver/child alone or the caregiver and child together. The sessions involved different components, such as psychoeducation, questionnaires administration, teaching relaxation techniques and coping strategies.	Within 30 days.	Motor vehicle accident, sexual abuse, witnessing violence, physical assaults, injuries, animal bite, and threats of violence.	Telephone screening based on a report of one new distressing posttraumatic stress symptom after a PTE	7 to 17 years old
Hildenbrand, 2020 [49]	Prospective, Longitudinal Study	Pharmacological	Administration of Opioid medications	Within 2 weeks	Unintentional injury	Children who had an injury requiring inpatient treatment	8 to 13 years old
Nugent, 2010 [50]	RCT (double blind)	Pharmacotherapy	Intervention: group Propranolol Control group: placebo	12 h postadmission	Physical injury	Pediatric injury patients	10 to 18 years old
Rosenberg, 2018 [51]	RCT (double blind)	Pharmacotherapy	Intervention group: Acute Propranolol Treatment Control group: non-propranolol treatment	5 ± 8 days after the burn trauma	Burn injury	Children hospitalized for large burns	6–13 years at the time of the burn incident
Saxe, 2001 [52]	Experimental	Pharmacotherapy	Morphine	After Hospital admission for an acute burn	Burn injury	Children Hospitalized for acute burns	6–16 years old
Sharp, 2010 [53]	Retrospective review of medical records	Pharmacotherapy	Propranolol	Average of 2 days postburn	Burn injury	Children with severe burn injuries	Mean age = 7 years old
Stoddard, 2011 [54]	RCT (double blind)	Pharmacotherapy	Intervention group: Sertraline Control group: Placebo	After admission to the burn center for an acute burn or for reconstructive burn surgery (no mentioning of exact time)	Burn injury	English- and Spanish-speaking children admitted to a pediatric burn center for acute burns or reconstructive burn surgery	6 to 20 years old
Stoddard, 2009 [55]	Experimental	Pharmacotherapy	Morphine	Within days of admission	Burn injury	Children with acute burns hospitalized in a major pediatric burn center as well as their parents	12–48-month-old
Hahn, 2019 [56]	Meta-analysis	CFTSI	Improving the capacity to self-observe and identify post traumatic reactions, recognize trauma reminders, learn strategies to manage trauma-related symptoms in both children and parents.	Following formal disclosure of abuse (no mentioning of exact time)	Sexual abuse Physical abuse Other PTEs	Child-Caregiver dyads	Majority 7 to 12 years

Table 1. Cont.

First Author, Year	Study Design	Type of Intervention	Intervention Components	Time of Intervention after Traumatic Event	Traumatic Event	Target Population Characteristics	Age of Target Population
Ugla, 2016 [57]	RCT	Music therapy	The child is invited to listen, sing, and play different musical instruments, during which the child may choose to express different sensations, emotions, and thoughts	After children undergo the hematopoietic stem cell transplants (HSCT) (no mentioning of exact time)	HSCT	Pediatric recipients of (HSCT)	Up to the age of 16
Pityaratstian, 2009 [58]	Experimental	Cognitive-behavioral.	Children are taught different methods to deal with the psychological impact of trauma including hyperarousal and avoidance	57th day after the tsunami	Tsunami	Children in a tsunami-hit area	9 to 15 years old
Jordans, 2010 [59]	Cluster-Randomized Trial	Classroom based Psychosocial intervention	Cognitive behavioral therapy, experiential and creative-expressive therapy, and cooperative play	Ongoing war at the time of intervention	War	School-going children, in southwestern Nepal	11 to 14 years old
O'Callaghan, 2014 [60]	RCT	Family focused, psychosocial intervention	A youth life skill leadership program, narrative and fictional mobile cinema clips, and relaxation techniques covering a wide variety of techniques derived from cognitive behavioral therapy and psychoeducation; communication and conflict resolution skills building.	Ongoing conflict at the time of intervention	Violent conflict	War-exposed youth at risk of attack	7 to 18 years old
Tol, 2012 [61]	Cluster Randomized Trial	Classroom based Psychosocial intervention	Cognitive behavioral techniques and creative expressive components	Ongoing war at the time of intervention	War	School-based children affected by war	9 to 12 years old
Tol, 2008 [62]	A Cluster Randomized Trial	Psychosocial	Cooperative play, activities that help in trauma processing, and creative-expressive components.	Ongoing conflict at the time of intervention	Political violence	Children attending schools in violence-affected communities	6 to 11 years old
Wood, 2020 [63]	Case Reports	Hypnosis	Different hypnotic techniques to help the child review the traumatic event	2–3 days after the accident	Motor vehicle accident	Four pediatric patients presenting early distressing symptoms after an accident	2 to 15 years old
Zehnder, 2010 [64]	RCT	Psychological intervention	Four step process including reconstruction of the traumatic event, the creation of a trauma narrative using aids, identification of trauma-related appraisals, and psychoeducation.	Within 10 days after the child's road accident	Road traffic accident	Children or adolescents receiving inpatient or outpatient medical treatment after a road traffic accident, who were fluent in German	7 to 16 years old
Phipps, 2012 [65]	RCT 171 patients and parents were assigned randomly to receive a child focused intervention; a child-parent intervention; or standard care	Complementary Intervention	Relaxation/imagery, humor therapy, and massage	Patients were recruited before admission for Stem Cell Transplantation (SCT)	SCT	Children under stem cell transplantation	6–18 years old

Table 1. Cont.

First Author, Year	Study Design	Type of Intervention	Intervention Components	Time of Intervention after Traumatic Event	Traumatic Event	Target Population Characteristics	Age of Target Population
Stallard, 2006 [66]	RCT	Structured debriefing process	A structured debriefing process involving a detailed reconstruction of the accident, helping the child identify thoughts about the trauma and discuss related emotions after which information about trauma feelings was provided to normalize reactions and help in coping with common problems.	4 weeks	Road traffic accidents	Youth who attended the accident and emergency department	7 to 18 years old
Kenardy, 2008 [67]	RCT	Information-provision	Three booklets aimed at normalizing traumatic stress response	Within 72 h	Motor Accidents, sporting injuries falls,	Children and their parents after an accidental injury	7 to 15 years old
Kenardy, 2015 [68]	RCT	Web-Based early intervention	Booklet aimed at relieving and normalizing trauma reactions by providing resiliency strategies, coping skills, and psychoeducation.	Within 72 h of the accident	Accidental injury.	Youth with elevated initial distress post injury	7 to 16 years old
Cox, 2010 [69]	RCT	Web-based psychoeducation intervention	Booklet with information aiming at relieving, and normalizing trauma reactions, with incorporated cognitive-behavioral practical tools, and resiliency strategies for both parents and children.	Within 2 weeks	Unintentional Injury	Children recruited from pediatric surgical units	7 to 16 years old
Kassam-Adams, 2011 [70]	RCT	Stepped Preventive Care	Two sessions incorporating assessment and psychoeducation with both parents and children	Baseline assessments completed within 2 weeks post- injury	Unintentional injury	Hospitalized injured children	8 to 17 years old
Marsac, 2013 [71]	RCT	Web-based psycho-educational intervention	Information and psychoeducation on trauma including videos, interactive features, and care plans involving both parents and children and aimed at increasing parental perceived self-efficiency in supporting their children.	Injury within the past 60 days	Pediatric injury	Children with injuries requiring medical attention and their parents	6 to 17 years old
Haag, 2020 [72]	Multi-site RCT	CARE intervention: Coping with Accident Reactions	Psychoeducation, trauma narrative, and coping strategies involving both parents and children.	6–8 days postaccident	unintentional injury (burns, animal bite, road accident)	Children requiring inpatient or outpatient treatment	1 to 6 years old
Kassam-Adams, 2016 [73]	RCT	Coping coaching intervention	An interactive, game-like format, aimed at teaching children adaptive coping strategies	Within 2 weeks	Acute medical event	Children admitted to the hospital for an acute medical event	8 to 12 years old
Melnyk, 2004 [74]	A Cluster Randomized Trial	The COPE Intervention program	Psychoeducation and support for parents during and after admission	6–16 h after Pediatric intensive care unit admission	Respiratory, neurological, hematologic or cardiac problems, accidental trauma, infections, ingestions), or other causes	2- to 7-year-old children and their mothers urgently hospitalized in the pediatric intensive care unit of 2 hospitals.	2 to 7 years old

**Table 2.** An overview of the studies' findings and statistical significance.

First Author, Year	Targeted Outcomes	Findings	Statistical Significance
Berkowitz, 2011 [10]	PTSD in youth at 3 months follow-up	Significantly lower posttraumatic and anxiety scores in the intervention group and decreased prevalence of PTSD at follow-up in the intervention group.	Significant group differences between CFTSI and comparison group at follow-up in relation to PTS ( $p = 0.04$ ) and anxiety ( $p = 0.009$ ) scores CFTSI significantly reduced the odds of partial or full PTSD by 73% ( $p = 0.008$ )
Hildenbrand, 2020 [49]	PTSS in children at 12 weeks follow-up	Morphine did not mediate the relationship between pain and post-traumatic stress	$p = 0.85$ , 95% confidence interval, $-0.09$ – $0.07$
Nugent, 2010 [50]	PTSD in children at 6 weeks follow up	Girls who had propranolol reported more PTSD symptoms compared to girls receiving placebo, however, a non-significant trend was reported among boys	More PTSD symptoms in girls receiving propranolol compared to placebo $R^2 = 0.44$ , and insignificant trend among boys $R^2 = 0.32$
Rosenberg, 2018 [51]	PTSD, anxiety, and depression 7 years post burn on average	No significant difference in the prevalence of PTSD, anxiety and depression between both groups.	PTSD: (Chi-square = 0.00, $p = 0.97$ ). Anxiety: (Chi-square = 0.31, $p = 0.58$ ) Depression: (Chi-square = 0.00, $p = 0.99$ )
Saxe, 2001 [52]	PTSD in children at 6 months follow up	Significant association is found between the dose of morphine received during hospitalization and the reduction in PTSD at 6-month follow-up.	$r = 0.44$ , $p < 0.05$
Sharp, 2010 [53]	Acute Stress Disorder (ASD) among children	Propranolol did not influence the risk for ASD	$X^2 = 0.456$ , $p = 0.4996$ , Fisher's exact test, $p = 0.3702$
Stoddard, 2011 [54]	PTSD in children at 8, 12 and 24 weeks follow-up	According to the parent's report, sertraline was moderately more effective in preventing PTSD symptoms than placebo	Decrease in parent-reported symptoms over 8 weeks ( $-4.1$ vs. $-0.5$ , $p = 0.005$ ), over 12 weeks ( $-4.4$ vs. $-1.2$ , $p = 0.008$ ), and over 24 weeks ( $-4.0$ vs. $-0.2$ , $p = 0.017$ ). Correlation between Morphine dose and amount of decrease in PTSD symptoms ( $r = -0.32$ )
Stoddard, 2009 [55]	PTSD in children at 1 month, 3 and 6 months	Morphine may be correlated with a decreasing number of post-traumatic stress symptoms	The correlation between morphine dose and amount of decrease in arousal cluster of the CSDC ( $R = -0.63$ , $p < 0.05$ )
Hahn, 2019 [56]	PTSD in children and caregivers at 3 months follow-up	The intervention was associated with significant changes in children's and caregiver's PTSS	Hedge's $g = 1.17$ , Child-rated; $g = 0.66$ , caregiver-rated
Ugla, 2016 [57]	Physiological parameters (heart rate, saturation, blood pressure) among children 4 to 8 h after the intervention	Lower heart rate in patients suggesting decreased levels of stress and potentially decreased risk of PTSD development according to authors	Music therapy group had reduced heart rates compared to control group $p < 0.001$
Pityaratstian, 2009 [58]	Post-traumatic symptoms at 2 weeks follow-up using the Children's Impact of Events Scale (CRIES-13).	Significant reduction in CRIES scores when the children were already prone to develop PTSD, but significant increase in the scores in other children.	Significant decreases in the CRIES + ve group ( $p = 0.00$ in all), while significant increase in the the CRIES-ve group ( $p = 0.00$ in all).
Jordans, 2010 [59]	Psychiatric symptoms among children post-intervention (depression, anxiety, posttraumatic stress disorder), psychological difficulties, resilience indicators (hope, prosocial behavior), and function impairment	The intervention did not reduce posttraumatic symptoms, however, it led to positive results for other indicators	For Child PTSD Symptom Scale: T (df); $p = -0.06$ (323) 0.951
O'Callaghan, 2014 [60]	PTSD, depression and anxiety symptoms, conduct problems, prosocial behavior among children at 3 months follow-up	Participants reported significantly fewer PTSS compared to controls	Cohen's $d = 0.40$



Table 2. Cont.

First Author, Year	Targeted Outcomes	Findings	Statistical Significance
Tol, 2012 [61]	PTSD, depressive, and anxiety symptoms in children at 1 week and 3 months follow-up	No significant effects on primary outcomes	<b>Boys: (Treatment vs. waitlist)</b> PTSD: $p = 0.997$ Depression: $p = 0.974$ Anxiety: $p = 0.38$ <b>Girls: (Treatment vs. waitlist)</b> PTSD: $p = 0.023$ Depression: $p = 0.343$ Anxiety: $p = 0.506$
Tol, 2008 [62]	PTSD symptoms, trauma idiom, anxiety symptoms, depressive symptoms, functional impairment, hope, aggression, coping, social support, and family connectedness at 1 week and 6 months follow-up	The intervention decreased posttraumatic stress symptoms and instilled hope. However, it did not reduce traumatic-stress related symptoms, depressive symptoms, anxiety symptoms, or functional impairment	Posttraumatic stress disorder symptoms (mean change difference, 2.78; 95% confidence interval [CI], 1.02 to 4.53) and hope (mean change difference, -2.21; 95% CI, -3.52 to -0.91)
Wood, 2020 [63]	PTSD in children	Hypnosis led to improvements in all patients after one or more Sessions	NA
Zehnder, 2010 [64]	PTSD symptoms, Depression, Behavior in children at 2 or 6 months follow-up	Children in both the intervention and control groups had no significant differences in posttraumatic symptoms	No significant between group differences were found at any time point for PTSS (T1: $t = 0.81$ , $p = 0.42$ ; T2: $t = 0.58$ , $p = 0.57$ ), depressive symptoms (T1: $t = -0.34$ , $p = 0.74$ ; T2: $t = -0.36$ , $p = 0.72$ ) or behavioral problems (T1: $t = -0.01$ , $p = 0.99$ ; T2: $t = -0.40$ , $p = 0.69$ ).
Phipps, 2012 [65]	Depression and posttraumatic stress, HRQL, among children at 24 weeks follow-up	Significant improvements in all outcomes for all three groups and no statistical differences between intervention arms for any of the measured outcomes.	PTSS declined significantly from admission to week + 24 ( $F = 21.3$ , $p = 0.001$ ). No difference between groups ( $F = 0.9$ , $p = 0.3$ ), and no intervention effect ( $F = 0.8$ , $p = 0.4$ )
Stallard, 2006 [66]	Self-reported psychological distress and diagnostic criteria for PTSD at 8 months follow up	No additional significant gains of the intervention, as both groups reported improvements during follow-up	No significant difference between The experimental or control Groups ( $X^2 = 0.263$ , $df = 1$ , $p = 0.608$ ).
Kenardy, 2008 [67]	Anxiety and PTSS symptoms in both children and parents at 1 and 6 month follow-up	Anxiety reduced in children at one-month follow-up, posttraumatic intrusion symptoms among parents, and overall PTSS, at 6 month follow-up	Treatment condition had an effect on children's total anxiety as measured by the SCAS ( $F$ (adj $df = 1.82$ ), $142.21 = 2.14$ , $p = 0.01$ ). Treatment condition had an significant effect on parent's IES intrusion symptoms ( $F$ (adj $df = 1.64$ , $99.72) = 2.09$ , $p = 0.02$ ).
Kenardy, 2015 [68]	PTS Reactions in children at 6 month follow-up	Children in the control group had significantly increased trauma symptoms at 6-month follow-up, only when initial distress was high	$d = 0.94$ , $p = 0.008$
Cox, 2010 [69]	PTSD symptoms, anxiety, depression in children and parents at baseline, 4–6 weeks, and 6 months follow-up	The intervention group reported improved symptoms in youth who had higher baseline trauma scores	Treatment condition had an effect on child anxiety $F(1, 52) = 4.18$ , $p < 0.05$ , $d = -0.34$ (CI = -0.86 to 0.19).
Kassam-Adams, 2011 [70]	PTSD in children at 6 months follow-up	No reduction in PTSD, depression severity, or increase in quality of life in the intervention group in comparison to the control group	No significant group by time Interaction (Wald $X^2 = 4.15$ ; $df = 2$ ; $p = 0.13$ )
Marsac, 2013 [71]	Posttraumatic stress in both children and parents at 6 weeks follow-up	The Intervention had no significant impact on parent knowledge or PTSS	Child report and PTSS at 6 months follow-up (SD): 6.05 (7.45). T value (-0.6), F value (0.02)
Haag, 2020 [72]	PTSD symptoms and severity; functional impairment, and behavioral problems in children at 3 and 6 months postinjury	The intervention had a significant effect on PTSS severity at follow up	Reduction of PTSS between intervention and control at 3 months follow-up ( $M = 17.30$ , $SD = 13.94$ , range 0–52; mean difference -6.97, 95% CI: -14.02 to 0.08, adj. 0.055, $d = 0.51$ ).

Table 2. Cont.

First Author, Year	Targeted Outcomes	Findings	Statistical Significance
Kassam-Adams, 2016 [73]	Persistent posttraumatic stress in children at 6 and 12 weeks follow-up	The intervention could prevent persistent posttraumatic stress	Change in PTSS severity from baseline to 6 weeks ( $d = -0.68$ ) or 12 weeks ( $d = -0.55$ )
Melnyk, 2004 [74]	Maternal anxiety, low mood, maternal beliefs, parental stress, and parent involvement in their children's care, child adjustment, at 1, 3, 6, and 12 months follow up	Mothers receiving COPE program had increased maternal functioning and coping resulting in better adjustment in children.	One – year post discharge there was a higher percentage of control group children (25.9%) with significant behavioral symptoms, compared with COPE group (2.3%) ( $X^2 = 1$ , $Df = 9.36$ , $p < 0.01$ ).

### 3.2. Pharmacological Interventions

Seven studies explored the efficiency of early pharmacotherapy in reducing the psychological impact of traumatic events [49–55]. The traumatic events that required intervention were burn injuries [51–55], and physical [50] or unintentional injuries [49]. Intervention components included opioid administration [49], propranolol treatment [50–52], morphine administration [52,55], and sertraline administration [54]. Outcomes targeted were PTSD [49–55], in addition to anxiety and depression [51]. Three studies were double blind randomized control trials [50,51,54] in which the control group received a placebo in place of the treatment under study [50,54] or a different type of intervention (non-propranolol treatment) [51]. Opioid medication overall, and morphine specifically, was evaluated in three studies based on previous research showing that increased endorsed pain is positively associated with current and future PTSS [49]. Opioid administration did not prove to mediate the association between the pain endured and post-traumatic stress (PTS) [49], while one study proved the effectiveness of morphine in decreasing PTSS, especially arousal symptoms [55]. The other study proved a positive association between the dose of morphine and reduction in PTSD symptoms [52]. Sertraline was another drug shown to be moderately effective in preventing PTSD symptoms in comparison to placebo. However, the change was only significant in symptoms reported by parents and not in symptoms perceived by the children themselves [54].

### 3.3. Non-Pharmacological Interventions

#### 3.3.1. Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI)

Two studies examined the efficiency of the CFTSI in reducing the psychological impact of traumatic events [10,56]. The traumatic events that required the intervention were different in nature and included among others, physical assaults [10,56], injuries [10], witnessing violence [10], animal bites [10], motor vehicle accidents [10], sexual abuse [10,56], and threats of violence [10]. Intervention components included sessions differently administered to the caregiver alone, the child alone, and the caregiver and child together. CFTSI sessions included various components, such as psychoeducation, case management, providing support and strengthening coping skills, improving child-caregiver communication, and normalizing symptoms and feelings [10]. Outcomes targeted were PTSD [10,56], and anxiety [10]. Both studies (one RCT and one multi-site meta-analysis) revealed that CFTSI had a positive impact on reducing PTSD following exposure to a PTE. The RCT showed that the intervention group presented fewer PTSD diagnoses in comparison with the control group and had significantly lower anxiety scores 3 months following the intervention [10]. In the other study, the authors used a multi-site meta-analytic approach to evaluate pooled and site-specific therapeutic effect sizes of the CFTSI for both caregivers and children, based on data from 10 community treatment sites trained in CFTSI. Findings reveal that CFTSI was significantly correlated with reductions in PTS in children, but also with significant improvements in post-traumatic stress scores in 62% of caregivers participating in the study [56].

### 3.3.2. Music Therapy

One RCT investigated the effect of music therapy on reducing the psychological impact of traumatic events compared to a control group receiving standard care [57]. The traumatic event that required the intervention was hematopoietic stem cell transplants (HSCT). The intervention follows a patient-centered approach where children choose the musical instrument and are solicited to interact by singing and listening with the therapist. The sessions may remain wordless, or the child may choose to express any emotions or sensations that emerge. The targeted outcome was physiological parameters (heart rate, blood pressure, oxygen saturation) used as a measure of stress level and post-traumatic arousal symptoms. The study revealed that the intervention lowered the heart rate of participating children, suggesting a decreased stress level, and potentially lower risk of PTSD development according to the authors 4 to 8 h after the intervention [57].

### 3.3.3. Structured Cognitive-Behavioral Intervention

One experimental uncontrolled study explored the effect of cognitive-behavioral intervention in reducing psychological harm following exposure to a tsunami in Thailand [58]. Intervention components included teaching children how to manage post-traumatic stress symptoms using cognitive behavioral techniques. The targeted outcome was the measure of post-traumatic symptoms using the Children's Impact of Events Scale (CRIES-13). Findings revealed that the CRIES score significantly decreased when the children were already prone to PTSD [58], and significantly increased in other children 2 weeks after the intervention.

### 3.3.4. Psychosocial Interventions

Three cluster RCTs [59,61,62] and one RCT [60] examined the effect of school-based, group format psychosocial interventions [59,61,62] and a family focused psychosocial intervention [60] on reducing psychological harm from war/conflict [59,61,62] and political violence [62]. Intervention components included cognitive-behavioral techniques [59,61], creative-expressive, experiential therapy, and cooperative play [59,61], leadership skills program, cinema clips, relaxation technique scripts [60], trauma-processing activities, and creative-expressive elements [62]. Outcomes targeted included PTSD [59–62], depressive symptoms [59–62], anxiety symptoms [59–62], psychological difficulties [59,61,62], function impairment [59,62], conduct problems [60], trauma idiom [62], aggression [62], coping [62], social support [62], and family connectedness [62]. A psychosocial intervention based in the schools in the context of Nepal's conflict indicated moderate beneficial effects in the short-term among the intervention group characterized by reduced aggression among boys and increased prosocial behaviors among girls, along with an increased sense of hope reported by older children. However, there was no reduction in posttraumatic symptoms [59]. An intervention with youth at risk of attack and exposed to war in the north-eastern Democratic Republic of Congo, and focusing on families, demonstrated decreased post-traumatic symptoms among participants in comparison to controls, in addition to significant improvements in depressive and anxiety symptoms, a moderate increase in pro-social scores, and moderate-large decrease in conduct problems 3 months after the intervention [60]. A study examining the effects of a preventive mental health school-based intervention for children living in war-affected Sri Lanka did not report any effects on primary outcomes of intervention after 1 week and 3 months besides conduct problems which were stronger for younger children and specific subgroups. Additionally, when children experienced fewer ongoing war-related stressors, the effects of the intervention were stronger on anxiety, PTSD, and functional impairment [61].

In a study among school aged children living in communities affected by violence in Indonesia, the intervention evaluated led to reductions in posttraumatic stress symptoms and helped instill self-reported hope after 1 week and 6 months. However, it did not lead to a decrease in traumatic-stress associated symptoms, functional impairment, or internalizing symptoms [62].

### 3.3.5. Hypnosis

One study of four case reports explored the effect of hypnotic therapy on reducing psychological impacts following exposure to a traumatic physical injury [63]. Intervention components included different hypnotic techniques. The targeted outcome was PTSD. The study revealed that patients clinically improved after several sessions of hypnosis [63]. It was not clearly presented how PTSD was measured or how symptoms were assessed as improvements were either self-reported by the patients or reported by the physicians. Throughout the cases, it is mentioned how patients reported better sleep without assisting medications, fewer nightmares and flashbacks.

### 3.3.6. Psychological Intervention

One RCT examined the efficiency of a single-session psychological intervention in decreasing psychological harm in children aged 7–16 recently exposed to road traffic accidents at 2 or 6 months post-intervention [64]. The intervention was a four step process that included reconstructing the accident, creating a narrative of the trauma, identifying appraisals related to the accident, and psychoeducation. A psychologist then presented helpful strategies and advice on dealing with acute stress reactions. The outcomes targeted included PTSD symptoms, depression, and behavior. The findings revealed no significant differences in post-traumatic symptoms, however, the intervention demonstrated effectiveness in decreasing depressive symptoms as well as externalized behaviors in preadolescent children [64].

### 3.3.7. Complementary Intervention

One RCT investigated the efficiency of a complementary intervention in decreasing psychological harm following stem cell transplantation (SCT) as opposed to standard care at week + 24 [65]. A total number of 171 children and their parents were recruited from four different sites and assigned randomly to either a child-focused intervention; a family intervention; or standard clinical care. The child focused intervention consisted of massage and humor therapy; the family intervention included relaxation/imagery. Depression, posttraumatic stress, HRQL, and benefit finding, were the targeted outcomes measured. The study revealed significant improvements in all outcomes for all three groups and there were no significant differences between the three intervention groups [65].

### 3.3.8. Debriefing

One RCT examined the effect of debriefing on reducing psychological harm following exposure to road traffic accidents [66]. The intervention was manualized and researchers guided the child through a structured debriefing where the trauma was reconstructed. The child was encouraged to express thoughts and emotional reactions and was given information on how to cope. The targeted outcomes were self-reported measures of psychological distress and diagnostic criteria for PTSD. The study revealed no significant gains in the debriefing group in comparison to the control group at 8 months follow-up [66].

### 3.3.9. Information Provisioning Intervention

Two RCTs examined the effect of information provisioning on reducing psychological harm following motor vehicle accidents [67], falls [67], sporting injuries [67], and accidental injuries [68]. Intervention components included booklets provided to parents [67,68], and children [68], aiming at normalizing traumatic stress response [67,68], and relieving trauma reactions through different strategies [68]. Outcomes targeted were anxiety and PTS symptoms in children and parents [67], and long-term PTS reactions [68]. One of the studies assessing outcomes after 1 and 6 months revealed a decrease in overall PTSS, parental posttraumatic intrusion symptoms, and anxiety symptoms among children in the intervention group [67]. The other study revealed that children in the control group had significantly higher post-traumatic symptoms at 6-month follow-up compared to children in the intervention group only when initial emotional distress was elevated [68].

### 3.3.10. Psychoeducation and Coping Interventions

Three RCTs examined the effect of psychoeducation [69–71], while three RCTs [72–74]—of which one multi-site RCT [72] and one cluster RCT [74] examined the effect of coping interventions, on reducing psychological harm following unintentional injuries [69,70,72,74], medical events [73,74], pediatric injuries [71], and other causes [74]. Psychoeducation components used included a booklet for parents and a web page for children aimed at normalizing and relieving trauma responses [69]; two sessions that incorporated psychoeducation and semi-structured interviews [70]; and practical information integrated into psychoeducation and methods for parents to assist children during post-injury [71]. Outcomes targeted were PTSD [69–71], anxiety [69,70], and depression [40,41]. One of the studies revealed that children in the intervention group manifested an improvement at 4–6 weeks and 6 months follow-up in anxiety symptoms, as well as a reduction in trauma symptoms in children with higher baseline trauma scores, while children in the control group had worsening symptoms [69]. However, the other two studies revealed that there was no reduction in depression [70], anxiety, PTSD [70,71], or an increase in health-related quality of life [70], or parent knowledge [42] in the intervention arm as opposed to control groups at follow-up at 6 months [70] and 6 weeks follow-up [71].

The other studies incorporated different components of coping, such as narrative [72], developmentally appropriate resources, and games [72,73], psychoeducation [72,74], and coping strategies [72]. Targeted outcomes were PTSD symptoms [72,73], and severity [72], PTSD diagnosis [72], functional impairment [72], behavioral difficulties at different points in time [72], maternal anxiety and beliefs [74], depression [74], parental stress [74], parent involvement in children's care [74], child adjustment [74]. One of the studies revealed a significant impact of the intervention on post-traumatic stress severity over time, PTSD diagnosis, functional impairment, and behavioral problems at 3- and 6-months follow-up [72]. The second study, which was online self-directed in nature also revealed that the intervention could have a preventive persistent effect on posttraumatic stress after 6 or 12 weeks [73]. The third study assessing outcomes at 1, 3, 6, and 12 months and which was intended for mothers and children revealed positive functional and emotional coping outcomes among mothers resulting in decreased adjustment problems in children [74].

## 4. Discussion

All articles selected for review were published after the year 2000, confirming that the subject of early intervention in the peritraumatic phase to prevent the occurrence of PTSD among children and adolescents is a relatively new and understudied phenomenon, in contrast with the abundant publications on the treatment of chronic PTSD. Our review included mental health interventions implemented within three months of a PTE, with the aim of preventing PTSD and improving the child's adjustment and functioning after a PTE exposure. We found 27 articles that met our eligibility criteria, of which seven studies evaluated pharmacological interventions and twenty studies assessed non-pharmacological interventions.

### 4.1. Pharmacological Interventions

Regarding pharmacological interventions, Sertraline was shown to be moderately effective in preventing PTSD symptoms in comparison to placebo on parent-reported symptoms [54], while morphine administration in the acute phase was shown to be associated with decreased PTSS arousal symptoms [55]. However, the results regarding morphine should be carefully interpreted, since it was administered in the context of burn injuries, and should not be generalized to all types of PTE. More specifically, morphine might play a preventive role by reducing endorsed pain caused by the burn injury, which was shown to be associated with a decrease in current and future PTSS [49]. Propranolol, however, was not shown to be efficient in reducing PSS or preventing PTSD in two RCTs and one retrospective review of medical records [50,51,53]. A deeper understanding of fear learning neural networks involved in traumatic exposure and PTSD may contribute to the advance-

ment and implementation of alternative treatments for traumatic stress symptoms [31]. For example, a recent review described the potential and effectiveness of non-invasive brain stimulation (NIBS) to interfere and modulate the abnormal activity of neural circuits (i.e., amygdala-mPFC-hippocampus) involved in the acquisition and consolidation of fear memories, which are altered in PTSD, depression and anxiety disorders [75]. Similarly, another recent study illustrated the therapeutic potential of NIBS as a valid alternative in the treatment of abnormally persistent fear memories that characterize patients with anxiety disorders that are resistant to psychotherapy and/or drug treatments [76]. Although this therapeutic technique might be more relevant in the context of enduring PTSD symptoms rather than as an early intervention in the peritraumatic phase, it is important to gain a better understanding of the alterations in neurobiological as well as endocrinological activity that can be a target for more precise and individualized innovative treatments [77]. In this regard, alterations in the hypothalamic-pituitary (HPA) axis and the involvement of inflammation seem to be implicated in the pathophysiology of PTSD [77,78] and might be a target for biological treatment. In a recent meta-analysis of hydrocortisone as a potential preventive or curative treatment for PTSD, hydrocortisone appears to be a promising and efficient low-cost medication for the prevention of PTSD among adults but there are no available studies among children and adolescents

#### 4.2. Non Pharmacological Interventions

In line with research on protective factors supporting recovery following a traumatic event, which asserts the role of family support [45–48], most non-pharmacological interventions evaluated involved parents as well as children [10,56,60,64,65,67–74]. Those interventions had in common the emphasis on two distinct but complementary components: psychoeducation content for both children and parents on trauma reactions, normalizing early post-traumatic responses while identifying post-traumatic symptoms and coping strategies to deal with post-traumatic symptoms through cognitive behavioral techniques and relaxation techniques. Most of these interventions studied yielded positive results on outcomes with a decrease in post-traumatic symptoms as well as anxiety and depression. However, Kassam-Adams et al., in an RCT examining the prevention of PTSD based on psychoeducation around incorporated into pediatric care [70], found no reduction in PTSD or depression severity, which reveals that psychoeducation alone may not be sufficient to prevent PTSD, especially since it was two-session interventions only. The other RCTs that had negative results evaluated psychosocial interventions in the context of ongoing traumatic events (war and armed conflicts) [59,61,62] and did not include parents as active participants in the intervention. These negative results may be due to the context of ongoing traumatic stressors and war, where international recommendations on mental health in complex crisis settings emphasize community-based approaches that help face everyday stressors rather than clinical, individual-based approaches focused on post-traumatic symptoms [36,79,80]. With this particular type of PTE (war and armed conflicts), mental health interventions that seem to be needed to buffer the effects of traumatic events are interventions that strengthen community and family support and networks, social engagement and help regain a sense of purpose amidst ongoing adversity.

One intervention that looks promising is the CFTSI, a brief early intervention elaborated at the Yale Child Study Center for children seven years old and older who have recently experienced a potentially traumatic event (PTE). CFTSI is a five to eight-session family-focused model that aims to strengthen parents' support of the child by facilitating the identification of common child reactions to potentially traumatic events, improving communication between the child and caregiver, and teaching the caregiver and child coping strategies and behavioral interventions to decrease acute posttraumatic reactions.

The model has been implemented with children who have been exposed to various PTEs, including sexual abuse, domestic and community violence, motor accidents, animal bites, and other injuries [10,56] but not in the context of war and political violence. CFTSI can be implemented shortly after the exposure to a PTE or in the context of later

disclosure of sexual abuse, which can trigger the emergence of post-traumatic reactions. Berkowitz et al., in an RCT comparing CFTSI with a five-session psychoeducational and supportive counseling model, found that children in the CFTSI group presented fewer full and partial PTSD diagnoses in comparison with the control group 3 months following the intervention [10].

Even more importantly, a multi-site meta-analysis studying the efficiency of CFTSI in various centers indicated significant improvement of post-traumatic symptoms in adult caregivers who participated in CFTSI with their children [56]. This is one of the few studies that specifically evaluated the effect of early intervention after a child's exposure to a PTE on parental symptoms and parental mental health, along with the COPE Intervention study [74], a mental health intervention provided to youth who are critically ill and their mothers, based on psychoeducation and coping. In this study, mothers in the intervention group reported increased maternal functional and emotional coping resulting in better adjustment in the child [74]. These findings are in line with research establishing correlations between the psychopathology of parents and that of children since family environment and parental functioning systematically influence the association between exposure and outcome for children. Moreover, the implication of events that affect their children, can traumatically affect parents themselves which may influence their capacity to efficiently provide their parental role to a child rendered vulnerable after a PTE exposure [56,81]. Parents going through high distress are less capable of displaying a sense of stability and safety to the child, and of supporting the child in progressing [82,83]. When parents are coping well themselves, however, this can facilitate the child's adjustment after a PTE exposure, through modeling efficient coping skills, maintaining balance through routine and regulation, and instilling self-efficacy and relatedness [45,84]. This emphasizes the importance of interventions to reinforce parental capacities in the aftermath of the child's exposure to a traumatic event and offer additional support to parents who are highly affected by the exposure of their child to a traumatic event, especially since parents' abilities to support their children are related to their own distress level [85]. Other members of the family, such as siblings, seem to influence the children's coping [85] although we did not find interventions in the early post-traumatic period involving siblings.

It has become clear to clinicians and researchers alike that alongside the specific nature of the traumatic events themselves, it is the subjective experience at the time of the traumatic event that determines the range of immediate posttraumatic reactions, as well as the degrees of recovery.

Each child's exposure and reactions to a PTE are unique and there is no definite answer or explanation when understanding children's adaptive capacity and resilience [86]. Moreover, qualitative studies exploring children's own subjective experiences from their own perceptions are scarce [45], even though previous research suggested that youth can be effective and informed partners in the research process [87,88]. The wide range of children's reactions to PTEs as well as the lack of understanding of children's own perceptions and experiences in the aftermath of the trauma exposure points to the importance of developing a more thorough assessment of their experiences of coping and adaptation and how they are affected by their social milieu and relationships. Children's coping abilities depend on the internal (feelings of self-efficiency) and external (e.g., family and social support networks) resources available in their ecological contexts [85,89] and their interaction with their proximal environment: family, school, and neighborhood [85]. Trauma research needs to shift the focus from children's symptomology to exploring processes allowing children to respond in an adaptive manner within their environmental settings [90].

#### 4.3. Limitations

Only two databases were used to search for articles, due to limited logistic resources. However, for scoping reviews the two databases that should be at least applied are MEDLINE and Embase. We searched PubMed using Mesh terms, which is equivalent to searching MEDLINE and searched Embase while excluding results of MEDLINE to avoid any

duplication. A larger review including databases, such as APA PsycInfo is warranted to expand the results, and the small number of included studies emphasize the need for further rigorous studies in the field.

## 5. Conclusions and Future Directions

Early psychological interventions combining psychoeducation content for both children and parents on trauma reactions, as well as coping strategies to deal with peritraumatic distress, seem to be efficient in specific settings in preventing the development of enduring posttraumatic stress. Exploring children's perspectives in this process is crucial, to have a better understanding of their adaptation processes and how they are affected by their social context and family relationships. Children's abilities to adaptively process a traumatic event are influenced by their developmental stage and the environment in which their development takes place. When we are better able to consider and appreciate the combination of these factors, we are better positioned to offer an effective clinical intervention that can help reduce traumatic stress reactions, prevent PTSD and associated conditions, and decrease suffering and interference with subsequent development.

**Author Contributions:** H.K. and D.P.-O. conceived the idea and wrote the review protocol. H.K. and O.B. performed the search, selected, and reviewed the papers and drafted the tables. H.K. and O.B. wrote the original draft of the paper. W.E.H., E.C. and D.P.-O. reviewed and edited the first draft and added substantial changes and revisions to the results and discussion. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

**Funding:** This research received no external funding.

**Institutional Review Board Statement:** Not applicable.

**Informed Consent Statement:** Not applicable.

**Conflicts of Interest:** The authors declare no conflict of interest.

## References

1. Youth Violence: Facts at a Glance. Available online: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/yv-datasheet.pdf> (accessed on 31 December 2021).
2. Hillis, S.; Mercy, J.; Amobi, A.; Kress, H. Global prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates. *Pediatrics* **2016**, *137*, e20154079. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
3. Schäfer, I.; Hopchet, M.; Vandamme, N.; Ajdukovic, D.; El-Hage, W.; Egreteau, L.; Javakhishvili, J.D.; Makhshvili, N.; Lampe, A.; Ardino, V.; et al. Trauma and trauma care in Europe. *Eur. J. Psychotraumatology* **2018**, *9*, 1556553. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
4. Leaning, J.; Guha-Sapir, D. Natural disasters, armed conflict, and public health. *N. Engl. J. Med.* **2013**, *369*, 1836–1842. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
5. Jensen, P.S.; Shaw, J. Children as victims of war: Current knowledge and future research needs. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* **1993**, *32*, 697–708. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
6. Benjet, C.; Bromet, E.; Karam, E.G.; Kessler, R.C.; McLaughlin, K.A.; Ruscio, A.M.; Shahly, V.; Stein, D.J.; Petukhova, M.; Hill, E.; et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the world mental health survey consortium. *Psychol. Med.* **2016**, *46*, 327–343. [[CrossRef](#)]
7. Brewin, C.R. Risk factor effect sizes in PTSD: What this means for intervention. *J. Trauma Dissociation* **2005**, *6*, 123–130. [[CrossRef](#)]
8. Koenen, K.C.; Ratanatharathorn, A.; Ng, L.; McLaughlin, K.A.; Bromet, E.J.; Stein, D.J.; Karam, E.G.; Meron Ruscio, A.; Benjet, C.; Scott, K.; et al. Posttraumatic stress disorder in the world mental health surveys. *Psychol. Med.* **2017**, *47*, 2260–2274. [[CrossRef](#)]
9. McLaughlin, K.A.; Koenen, K.C.; Hill, E.D.; Petukhova, M.; Sampson, N.A.; Zaslavsky, A.M.; Kessler, R.C. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* **2013**, *52*, 815–830. [[CrossRef](#)]
10. Berkowitz, S.J.; Stover, C.S.; Marans, S.R. The child and family traumatic stress intervention: Secondary prevention for youth at risk of developing PTSD. *J. Child Psychol. Psychiatry* **2011**, *52*, 676–685. [[CrossRef](#)]
11. Foa, E.B.; Meadows, E.A. Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annu. Rev. Psychol.* **1997**, *48*, 449–480. [[CrossRef](#)]
12. Kahana, S.Y.; Feeny, N.C.; Youngstrom, E.A.; Drotar, D. Posttraumatic stress in youth experiencing illnesses and injuries: An exploratory meta-analysis. *Traumatology* **2006**, *12*, 148–161. [[CrossRef](#)]
13. Patton, G.C.; Olsson, C.A.; Skirbekk, V.; Saffery, R.; Wlodek, M.E.; Azzopardi, P.S.; Stonawski, M.; Rasmussen, B.; Spry, E.; Francis, K.; et al. Adolescence and the next generation. *Nature* **2018**, *554*, 458–466. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]



14. Alisic, E.; Zalta, A.K.; van Wesel, F.; Larsen, S.E.; Hafstad, G.S.; Hassanpour, K.; Smid, G.E. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* **2014**, *204*, 335–340. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
15. Breslau, N.; Wilcox, H.C.; Storr, C.L.; Lucia, V.C.; Anthony, J.C. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder: A study of youths in urban america. *J. Urban Health* **2004**, *81*, 530–544. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
16. Davydow, D.S.; Richardson, L.P.; Zatzick, D.F.; Katon, W.J. Psychiatric morbidity in pediatric critical illness survivors: A comprehensive review of the literature. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* **2010**, *164*, 377–385. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
17. Brown, D.W.; Anda, R.F.; Tiemeier, H.; Felitti, V.J.; Edwards, V.J.; Croft, J.B.; Giles, W.H. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *Am. J. Prev. Med.* **2009**, *37*, 389–396. [[CrossRef](#)]
18. Cappa, C.; Jijon, I. COVID-19 and violence against children: A review of early studies. *Child Abus. Negl.* **2021**, *116*, 105053. [[CrossRef](#)]
19. Watson, P. PTSD as a public mental health priority. *Curr. Psychiatry Rep.* **2019**, *21*, 61. [[CrossRef](#)]
20. McCart, M.R.; Zajac, K.; Kofler, M.J.; Smith, D.W.; Saunders, B.E.; Kilpatrick, D.G. Longitudinal examination of PTSD symptoms and problematic alcohol use as risk factors for adolescent victimization. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* **2012**, *41*, 822–836. [[CrossRef](#)]
21. Vermeiren, R.; Schwab-Stone, M.; Deboutte, D.; Leckman, P.E.; Ruchkin, V. Violence exposure and substance use in adolescents: Findings from three countries. *Pediatrics* **2003**, *111*, 535–540. [[CrossRef](#)]
22. Petruccelli, K.; Davis, J.; Berman, T. Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abus. Negl.* **2019**, *97*, 104127. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
23. Dube, S.R.; Anda, R.F.; Felitti, V.J.; Chapman, D.P.; Williamson, D.F.; Giles, W.H. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the adverse childhood experiences study. *JAMA* **2001**, *286*, 3089–3096. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
24. Sonu, S.; Post, S.; Feinglass, J. Adverse childhood experiences and the onset of chronic disease in young adulthood. *Prev. Med.* **2019**, *123*, 163–170. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
25. Battaglia, S.; Garofalo, S.; di Pellegrino, G.; Starita, F. Revaluing the role of vmPFC in the acquisition of pavlovian threat conditioning in humans. *J. Neurosci.* **2020**, *40*, 8491–8500. [[CrossRef](#)]
26. Battaglia, S.; Harrison, B.J.; Fullana, M.A. Does the human ventromedial prefrontal cortex support fear learning, fear extinction or both? A commentary on subregional contributions. *Mol. Psychiatry* **2021**. [[CrossRef](#)]
27. Lonsdorf, T.B.; Haaker, J.; Kalisch, R. Long-term expression of human contextual fear and extinction memories involves amygdala, hippocampus and ventromedial prefrontal cortex: A reinstatement study in two independent samples. *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.* **2014**, *9*, 1973–1983. [[CrossRef](#)]
28. Fullana, M.A.; Harrison, B.J.; Soriano-Mas, C.; Vervliet, B.; Cardoner, N.; Àvila-Parcet, A.; Radua, J. Neural signatures of human fear conditioning: An updated and extended meta-analysis of fMRI studies. *Mol. Psychiatry* **2016**, *21*, 500–508. [[CrossRef](#)]
29. Quirk, G.J.; Milad, M.R. Neurons in medial prefrontal cortex signal memory for fear extinction. *Nature* **2002**, *420*, 70–74. [[CrossRef](#)]
30. Dunsmoor, J.E.; Kroes, M.C.W.; Li, J.; Daw, N.D.; Simpson, H.B.; Phelps, E.A. Role of human ventromedial prefrontal cortex in learning and recall of enhanced extinction. *J. Neurosci.* **2019**, *39*, 3264–3276. [[CrossRef](#)]
31. Battaglia, S. Neurobiological advances of learned fear in humans. *Adv. Clin. Exp. Med. Off. Organ Wroc. Med. Univ.* **2022**, *31*, 217–221. [[CrossRef](#)]
32. Qi, W.; Gevonden, M.; Shalev, A. Prevention of post-traumatic stress disorder after trauma: Current evidence and future directions. *Curr. Psychiatry Rep.* **2016**, *18*, 20. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
33. Horn, S.R.; Feder, A. Understanding resilience and preventing and treating PTSD. *Harv. Rev. Psychiatry* **2018**, *26*, 158–174. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
34. Wright, L.A.; Sijbrandij, M.; Sinnerton, R.; Lewis, C.; Roberts, N.P.; Bisson, J.I. Pharmacological prevention and early treatment of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Transl. Psychiatry* **2019**, *9*, 334. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
35. Eifling, K.; Moy, P. Evidence-based EMS: Psychological first aid during disaster response. What’s the best we can do for those who are suffering mentally? *EMS World* **2015**, *44*, 32–34. [[PubMed](#)]
36. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Available online: [https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/guidelines\\_iasc\\_mental\\_health\\_psychosocial\\_june\\_2007.pdf](https://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf) (accessed on 31 December 2021).
37. Dieltjens, T.; Moonens, I.; Van Praet, K.; De Buck, E.; Vandekerckhove, P. A systematic literature search on psychological first aid: Lack of evidence to develop guidelines. *PLoS ONE* **2014**, *9*, e114714. [[CrossRef](#)]
38. Shultz, J.M.; Forbes, D. Psychological first aid: Rapid proliferation and the search for evidence. *Disaster Health* **2014**, *2*, 3–12. [[CrossRef](#)]
39. Ruzek, J.I.; Brymer, M.J.; Jacobs, A.K.; Layne, C.M.; Vernberg, E.M.; Watson, P.J. Psychological first aid. *J. Ment. Health Couns.* **2007**, *29*, 17–49. [[CrossRef](#)]
40. Kearns, M.C.; Ressler, K.J.; Zatzick, D.; Rothbaum, B.O. early interventions for ptsd: A review. *Depress. Anxiety* **2012**, *29*, 833–842. [[CrossRef](#)]
41. Shalev, A.Y.; Ankri, Y.; Israeli-Shalev, Y.; Peleg, T.; Adessky, R.; Freedman, S. Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: Results from the jerusalem trauma outreach and prevention study. *Arch. Gen. Psychiatry* **2012**, *69*, 166–176. [[CrossRef](#)]

42. Cox, C.M.; Kenardy, J.A.; Hendrikz, J.K. A meta-analysis of risk factors that predict psychopathology following accidental trauma. *J. Pediatr. Nurs.* **2008**, *13*, 98–110. [[CrossRef](#)]
43. Trickey, D.; Siddaway, A.P.; Meiser-Stedman, R.; Serpell, L.; Field, A.P. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clin. Psychol. Rev.* **2012**, *32*, 122. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
44. Vernberg, E.M.; la Greca, A.M.; Silverman, W.K.; Prinstein, M.J. Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after hurricane andrew. *J. Abnorm. Psychol.* **1996**, *105*, 237–248. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
45. Wisner, B.; Paton, D.; Alisic, E.; Eastwood, O.; Shreve, C.; Fordham, M. Communication with children and families about disaster: Reviewing multi-disciplinary literature 2015–2017. *Curr. Psychiatry Rep.* **2018**, *20*, 73. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
46. Atiyeh, C.; Cunningham, J.N.; Diehl, R.; Duncan, L.; Kliwer, W.; Mejia, R.; Neace, B.; Parrish, K.A.; Taylor, K.; Walker, J.M. Violence exposure and adjustment in inner-city youth: Child and caregiver emotion regulation skill, caregiver-child relationship quality, and neighborhood cohesion as protective factors. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* **2004**, *33*, 477–487.
47. Sriskandarajah, V.; Neuner, F.; Catani, C. Parental care protects traumatized sri lankan children from internalizing behavior problems. *BMC Psychiatry* **2015**, *15*, 203. [[CrossRef](#)]
48. Howell, K.H.; Barrett-Becker, E.P.; Burnside, A.N.; Wamser-Nanney, R.; Layne, C.M.; Kaplow, J.B. Children facing parental cancer versus parental death: The buffering effects of positive parenting and emotional expression. *J. Child Fam. Stud.* **2016**, *25*, 152–164. [[CrossRef](#)]
49. Hildenbrand, A.K.; Kassam-Adams, N.; Barakat, L.P.; Kohser, K.L.; Ciesla, J.A.; Delahanty, D.L.; Fein, J.A.; Ragsdale, L.B.; Marsac, M.L. Posttraumatic stress in children after injury: The role of acute pain and opioid medication use. *Pediatr. Emerg. Care* **2020**, *36*, e549–e557. [[CrossRef](#)]
50. Nugent, N.R.; Christopher, N.C.; Crow, J.P.; Browne, L.; Ostrowski, S.; Delahanty, D.L. The efficacy of early propranolol administration at reducing PTSD symptoms in pediatric injury patients: A pilot study. *J. Trauma. Stress* **2010**, *23*, 282–287. [[CrossRef](#)]
51. Rosenberg, L.; Rosenberg, M.; Sharp, S.; Thomas, C.R.; Humphries, H.F.; Holzer, C.E.; Herndon, D.N.; Meyer, W.J. Does acute propranolol treatment prevent posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in children with burns? *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* **2018**, *28*, 117–123. [[CrossRef](#)]
52. Saxe, G.; Stoddard, F.; Courtney, D.; Cunningham, K.; Chawla, N.; Sheridan, R.; King, D.; King, L. Relationship between acute morphine and the course of PTSD in children with burns. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* **2001**, *40*, 915–921. [[CrossRef](#)]
53. Sharp, S.; Thomas, C.; Rosenberg, L.; Rosenberg, M.; Meyer, W. Propranolol does not reduce risk for acute stress disorder in pediatric burn trauma. *J. Trauma.* **2010**, *68*, 193. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
54. Stoddard, F.J.; Luthra, R.; Sorrentino, E.A.; Saxe, G.N.; Drake, J.; Chang, Y.; Levine, J.B.; Chedekel, D.S.; Sheridan, R.L. A randomized controlled trial of sertraline to prevent posttraumatic stress disorder in burned children. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* **2011**, *21*, 469–477. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
55. Stoddard, F.J.; Sorrentino, E.A.; Sheridan, R.L.; Tompkins, R.G.; Ceranoglu, T.A.; Saxe, G.; Murphy, J.M.; Drake, J.E.; Ronfeldt, H.; White, G.W.; et al. Preliminary evidence for the effects of morphine on posttraumatic stress disorder symptoms in one-to four-year-olds with burns. *J. Burn Care Res.* **2009**, *30*, 836–843. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
56. Hahn, H.; Putnam, K.; Epstein, C.; Marans, S.; Putnam, F. Child and family traumatic stress intervention (CFTSI) reduces parental posttraumatic stress symptoms: A multi-site meta-analysis (MSMA). *Child Abus. Negl.* **2019**, *92*, 106–115. [[CrossRef](#)]
57. Uggla, L.; Bonde, L.; Svahn, B.; Remberger, M.; Wrangsjö, B.; Gustafsson, B. Music therapy can lower the heart rates of severely sick children. *Acta Paediatr.* **2016**, *105*, 1225–1230. [[CrossRef](#)]
58. Pityaratstian, N.; Liamwanich, K.; Ngamsamut, N.; Narkpongphun, A.; Chinajitphant, N.; Burapakajornpong, N.; Thongphitakwong, W.; Khunchit, W.; Weerapakorn, W.; Rojanapornthip, B.; et al. Cognitive-behavioral intervention for young tsunami victims. *J. Med. Assoc. Thail.* **2007**, *90*, 518.
59. Jordans, M.J.D.; Komproe, I.H.; Tol, W.A.; Kohrt, B.A.; Luitel, N.P.; Macy, R.D.; De Jong, J.T.V.M. Evaluation of a classroom-based psychosocial intervention in conflict-affected nepal: A cluster randomized controlled trial. *J. Child Psychol. Psychiatry* **2010**, *51*, 818–826. [[CrossRef](#)]
60. O’Callaghan, P.; Branham, L.; Shannon, C.; Betancourt, T.S.; Dempster, M.; McMullen, J. A pilot study of a family focused, psychosocial intervention with war-exposed youth at risk of attack and abduction in north-eastern democratic republic of congo. *Child Abus. Negl.* **2014**, *38*, 1197–1207. [[CrossRef](#)]
61. Tol, W.A.; Komproe, I.H.; Jordans, M.J.D.; Vallipuram, A.; Sipsma, H.; Sivayokan, S.; Macy, R.D.; Jong, J.T. Outcomes and moderators of a preventive school-based mental health intervention for children affected by war in sri lanka: A cluster randomized trial. *World J. Psychiatry* **2012**, *11*, 114–122. [[CrossRef](#)]
62. Tol, W.A.; Komproe, I.H.; Susanty, D.; Jordans, M.J.D.; Macy, R.D.; De Jong Joop, T.V.M. School-based mental health intervention for children affected by political violence in indonesia: A cluster randomized trial. *JAMA* **2008**, *300*, 655–662. [[CrossRef](#)]
63. Wood, C.; Bioy, A. Early hypnotic intervention after traumatic events in children. *Am. J. Clin. Hypn.* **2020**, *62*, 380–391. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
64. Zehnder, D.; Meuli, M.; Landolt, M.A. Effectiveness of a single-session early psychological intervention for children after road traffic accidents: A randomised controlled trial. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health* **2010**, *4*, 7. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

65. Phipps, S.; Peasant, C.; Barrera, M.; Alderfer, M.A.; Huang, Q.; Vannatta, K. Resilience in children undergoing stem cell transplantation: Results of a complementary intervention trial. *Pediatrics* **2012**, *129*, e762–e770. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
66. Stallard, P.; Velleman, R.; Salter, E.; Howse, I.; Yule, W.; Taylor, G. A randomised controlled trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. *J. Child Psychol. Psychiatry* **2006**, *47*, 127–134. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
67. Kenardy, J.; Thompson, K.; Le Brocque, R.; Olsson, K. Information–provision intervention for children and their parents following pediatric accidental injury. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* **2008**, *17*, 316–325. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
68. Kenardy, J.A.; Cox, C.M.; Brown, F.L. A web-based early intervention can prevent long-term PTSD reactions in children with high initial distress following accidental injury. *J. Trauma. Stress* **2015**, *28*, 366–369. [[CrossRef](#)]
69. Cox, C.M.; Kenardy, J.A.; Hendrikz, J.K. A randomized controlled trial of a web-based early intervention for children and their parents following unintentional injury. *J. Pediatr. Psychol.* **2010**, *35*, 581–592. [[CrossRef](#)]
70. Kassam-Adams, N.; Felipe García-España, J.; Marsac, M.L.; Kohser, K.L.; Baxt, C.; Nance, M.; Winston, F. A pilot randomized controlled trial assessing secondary prevention of traumatic stress integrated into pediatric trauma care. *J. Trauma. Stress* **2011**, *24*, 252–259. [[CrossRef](#)]
71. Marsac, M.L.; Hildenbrand, A.K.; Kohser, K.L.; Winston, F.K.; Li, Y.; Kassam-Adams, N. Preventing posttraumatic stress following pediatric injury: A randomized controlled trial of a web-based psycho-educational intervention for parents. *J. Pediatr. Psychol.* **2013**, *38*, 1101–1111. [[CrossRef](#)]
72. Haag, A.; Landolt, M.A.; Kenardy, J.A.; Schiestl, C.M.; Kimble, R.M.; De Young, A.C. Preventive intervention for trauma reactions in young injured children: Results of a multi-site randomised controlled trial. *J. Child Psychol. Psychiatry* **2020**, *6*, 988–997. [[CrossRef](#)]
73. Kassam-Adams, N.; Marsac, M.L.; Kohser, K.L.; Kenardy, J.; March, S.; Winston, F.K. Pilot randomized controlled trial of a novel web-based intervention to prevent posttraumatic stress in children following medical events. *J. Pediatr. Psychol.* **2016**, *41*, 138–148. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
74. Melnyk, B.M.; Alpert-Gillis, L.; Feinstein, N.F.; Crean, H.F.; Johnson, J.; Fairbanks, E.; Small, L.; Rubenstein, J.; Slota, M.; Corbo-Richert, B. Creating opportunities for parent empowerment: Program effects on the mental Health/Coping outcomes of critically ill young children and their mothers. *Pediatrics* **2004**, *113*, e597–e607. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
75. Borgomaneri, S.; Battaglia, S.; Sciamanna, G.; Tortora, F.; Laricchiuta, D. Memories are not written in stone: Re-writing fear memories by means of non-invasive brain stimulation and optogenetic manipulations. *Neurosci. Biobehav. Rev.* **2021**, *127*, 334–352. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
76. Borgomaneri, S.; Battaglia, S.; Avenanti, A.; di Pellegrino, G. Don't hurt me no more: State-dependent transcranial magnetic stimulation for the treatment of specific phobia. *J. Affect. Disord.* **2021**, *286*, 78–79. [[CrossRef](#)]
77. Kothgassner, O.D.; Pellegrini, M.; Goreis, A.; Giordano, V.; Edobor, J.; Fischer, S.; Plener, P.L.; Huscsava, M.M. Hydrocortisone administration for reducing post-traumatic stress symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology* **2021**, *126*, 105168. [[CrossRef](#)]
78. Amos, T.; Stein, D.J.; Ipser, J.C.; Amos, T. Pharmacological interventions for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Libr.* **2014**, *2014*, CD006239. [[CrossRef](#)]
79. Silove, D. The ADAPT model: A conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings. *Intervention* **2013**, *11*, 237–248. [[CrossRef](#)]
80. van Ommeren, M.; Saxena, S.; Saraceno, B. Mental and social health during and after acute emergencies: Emerging consensus? *Bull. World Health Organ.* **2005**, *83*, 71–75. [[CrossRef](#)]
81. Knott, T.; Fabre, A. Maternal response to the disclosure of child sexual abuse: Systematic review and critical analysis of the literature. *Issues Child Abus. Accusations* **2014**, *20*, 1–6.
82. Banks, D.M.; Weems, C.F. Family and peer social support and their links to psychological distress among hurricane-exposed minority youth. *Am. J. Orthopsychiatry* **2014**, *84*, 341–352. [[CrossRef](#)]
83. Kerns, C.E.; Elkins, R.M.; Carpenter, A.L.; Chou, T.; Green, J.G.; Comer, J.S. Caregiver distress, shared traumatic exposure, and child adjustment among area youth following the 2013 boston marathon bombing. *J. Affect. Disord.* **2014**, *167*, 50–55. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
84. MacPhee, D.; Lunkenheimer, E.; Riggs, N. Resilience as regulation of developmental and family processes. *Fam. Relat.* **2015**, *64*, 153–175. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
85. Mooney, M. Getting through: Children's effective coping and adaptation in the context of the canterbury, New Zealand, earthquakes of 2010–2012. *Australas. J. Disaster Trauma. Stud.* **2017**, *21*, 19–30.
86. La Greca, A.M.; Lai, B.S.; Joormann, J.; Auslander, B.B.; Short, M.A. Children's risk and resilience following a natural disaster: Genetic vulnerability, posttraumatic stress, and depression. *J. Affect. Disord.* **2013**, *151*, 860–867. [[CrossRef](#)]
87. Gibbs, L.; MacDougall, C.; Mutch, C.; O'Connor, P. Child citizenship in disaster risk and affected environments. In *Disaster Resilience: An Integrated Approach*, 2nd ed.; Paton, D., Johnston, D., Eds.; Charles Thomas Publishers: Springfield, IL, USA, 2017; pp. 138–157.

88. King, L.S.; Osofsky, J.D.; Osofsky, H.J.; Weems, C.F.; Hansel, T.C.; Fassnacht, G.M. Perceptions of trauma and loss among children and adolescents exposed to disasters a mixed-methods study. *Curr. Psychol.* **2015**, *34*, 524–536. [[CrossRef](#)]
89. Hamwey, M.; Allen, L.; Hay, M.; Varpio, L. Bronfenbrenner's bioecological model of human development: Applications for health professions education. *Acad. Med.* **2019**, *94*, 1621. [[CrossRef](#)]
90. Pfefferbaum, B.; Noffsinger, M.A.; Wind, L.H.; Allen, J.R. Children's coping in the context of disasters and terrorism. *J. Loss Trauma* **2014**, *19*, 78–97. [[CrossRef](#)]

# **ANNEXE IX**

**Article sur les résultats du site de Montpellier**

# 'Life should go on': a qualitative inquiry of parental reactions, experiences, and perceived needs following adolescents' recent traumatic exposure

Hala Kerbage, Martine Elbejjani, Wissam El-Hage & Diane Purper-Ouakil

**To cite this article:** Hala Kerbage, Martine Elbejjani, Wissam El-Hage & Diane Purper-Ouakil (2024) 'Life should go on': a qualitative inquiry of parental reactions, experiences, and perceived needs following adolescents' recent traumatic exposure, *European Journal of Psychotraumatology*, 15:1, 2299660, DOI: [10.1080/20008066.2023.2299660](https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2299660)

**To link to this article:** <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2299660>



© 2024 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group




[View supplementary material](#) 



Published online: 29 Jan 2024.



[Submit your article to this journal](#) 



[View related articles](#) 



[View Crossmark data](#) 



# 'Life should go on': a qualitative inquiry of parental reactions, experiences, and perceived needs following adolescents' recent traumatic exposure

Hala Kerbage <sup>a,b</sup>, Martine Elbejjani<sup>c</sup>, Wissam El-Hage<sup>d</sup> and Diane Purper-Ouakil<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry, Saint-Eloi University Hospital, Montpellier, France; <sup>b</sup>Center for Epidemiology and Population Health (CESP) INSERM U1018, Developmental Psychiatry Team, Paris-Saclay University, Paris, France; <sup>c</sup>Clinical Research Institute, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, American University of Beirut, Beirut, Lebanon; <sup>d</sup>UMR 1253, iBrain, University of Tours, INSERM, Tours, France

## ABSTRACT

**Background:** Parents have a significant role in supporting children who have been exposed to traumatic events. Little is known about parental experiences and needs in the wake of traumatic exposure, which could help in designing tailored early interventions.

**Objective:** This qualitative study explored experiences, perceived needs, and factors impacting those needs being met, in parents of adolescents aged 11–16 years who had been exposed in the past 3 months to a potentially traumatic event, in the city of Montpellier, France.

**Method:** We purposively sampled 34 parents of 25 adolescents aged 11–16 years meeting the inclusion criteria and used semi-structured in-depth interviews. Thematic analysis was applied using a multistage recursive coding process.

**Results:** Parents lacked trauma-informed explanations to make sense of their child's reduced functioning. They experienced stigma attached to the victim label and were reluctant to seek help. School avoidance and lack of collaboration with schools were major obstacles experienced by parents. Parents trying to navigate conflicting needs fell into two distinct categories. Those who experienced distressing levels of shame and guilt tended to avoid discussing the traumatic event with their child, pressuring them to resume life as it was before, despite this perpetuating conflictual interactions. Others adapted by revisiting their beliefs that life should go on as it was before and by trying to come up with new functional routines, which improved their relationship with their child and helped them to restore a sense of agency and hope, but at the cost of questioning their parental role.

**Conclusions:** Key domains of parental experiences could provide potential early intervention targets, such as psychoeducation on traumatic stress, representations about recovery and the victim status, parent-child communication, and involvement of schools and primary caregivers. Further research is needed to validate the impact of these domains in early post-traumatic interventions.

## 'La vida debe continuar': Una consulta cualitativa de las reacciones parentales, experiencias y necesidades percibidas después de una exposición traumática reciente de los adolescentes

**Antecedentes:** Los padres tienen un rol significativo en apoyar a los niños expuestos a eventos traumáticos. Poco se sabe sobre las experiencias parentales y las necesidades al comienzo de una exposición traumática, las cuales podrían ayudar a diseñar intervenciones tempranas hechas a la medida.

**Objetivo:** Llevamos a cabo un estudio cualitativo explorando las experiencias, necesidades percibidas, y los factores que influyen en la satisfacción de esas necesidades, entre los padres de adolescentes de 11 a 16 años que habían estado expuestos a un evento potencialmente traumático en los últimos tres meses en la ciudad de Montpellier, Francia.

**Método:** De forma intencionada tomamos una muestra de 34 padres de 25 adolescentes de edades entre 11 y 16 años que cumplieron con el criterio y usamos entrevistas semi-estructuradas en profundidad. Se aplicó un análisis temático usando un proceso de codificación recursivo de múltiples etapas.

**Resultados:** Los padres carecieron de explicaciones informadas en el trauma para darle sentido al funcionamiento reducido de sus hijos. Ellos experimentaron estigma asociado a la etiqueta de víctima y estaban reticentes a buscar ayuda. La evitación escolar y la carencia de colaboración con los colegios emergieron como los mayores obstáculos experimentados por los padres. Mientras tratan de navegar las necesidades conflictivas, los padres caen en dos categorías distintivas: aquellos que experimentan niveles preocupantes de vergüenza y culpa tendieron a evitar discutir el evento traumático con el hijo, presionándolos a retomar

## ARTICLE HISTORY

Received 13 June 2023

Revised 11 December 2023

Accepted 19 December 2023

## KEYWORDS

Post-traumatic stress; adolescents; early interventions; parental experiences; qualitative study

## PALABRAS CLAVE

Estrés postraumático; adolescentes; apoyo parental; experiencias parentales; exposición traumática; intervención temprana; período peritraumático; estudio cualitativo

## HIGHLIGHTS

- Parents of teenagers exposed to traumatic events struggle to understand trauma and feel isolated.
- Parents feel pressured to resume life as it was before, leading to conflictual child-parent interaction.
- Psychoeducation, stigma, and school involvement could be early intervention targets.

**CONTACT** Hala Kerbage ✉ [hala.kerbage@chu-montpellier.fr](mailto:hala.kerbage@chu-montpellier.fr) Saint-Eloi Hospital, 80 Avenue Augustin Fliche, 34090 Montpellier, France

Supplemental data for this article can be accessed at <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2299660>

© 2024 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. The terms on which this article has been published allow the posting of the Accepted Manuscript in a repository by the author(s) or with their consent.

sus vidas como eran antes, aunque esto perpetuara las interacciones conflictivas. Otros se adaptaron al revisar sus creencias que la vida debería continuar como era antes y tratando de crear nuevas rutinas funcionales, las cuales mejoraron su relación con sus hijos, y los ayudaron a restaurar un sentido de agencia y esperanza. Esto sin embargo vino con el costo de cuestionarse su rol parental.

**Conclusión:** Los dominios claves de las experiencias parentales podrían ser potenciales objetivos de intervención temprana, como psicoeducación en eventos traumáticos, las representaciones sobre la recuperación y el estatus de víctima, la comunicación padre e hijo, y el involucramiento de los colegios y cuidadores primarios. Se necesitan futuras investigaciones para validar el impacto de estos dominios en intervenciones post traumáticas tempranas.

## 1. Introduction

Children and adolescents worldwide are subject to alarmingly high rates of sexual abuse, physical assaults, violent accidents, and other potentially traumatic events (PTEs), such as war and displacement (Finkelhor et al., 2015; Lewis et al., 2019). Childhood traumatic exposure represents a menace to children's development (Dye, 2018; Mueller & Tronick, 2019; Putnam, 2006), and is associated with increased risk for adult psychiatric, physical, and behavioural health, especially in the case of chronic and cumulative traumatic exposure in childhood (Anda et al., 2006; Green et al., 2010; McLaughlin et al., 2012).

In contrast, following exposure to a single traumatic event, there is evidence of spontaneous recovery for some (Berkowitz et al., 2011; Hiller et al., 2016). However, the rate of post-traumatic stress disorder (PTSD) at 1 year following traumatic exposure among children aged 5–18 years is still substantial, with a prevalence of 11% (Hiller et al., 2016). It is well established that child and adolescent PTSD can negatively impact social, emotional, educational, and developmental outcomes (Alisic et al., 2008; Bellis & Zisk, 2014; Mathews et al., 2009). Moreover, while some children and adolescents may eventually recover spontaneously from their traumatic exposure, symptoms occurring in the acute phase, which can include intrusive thoughts, hyperarousal, irritability, fearfulness, sleep difficulties, and concentration problems, are important sources of immediate suffering for the child and family and can cause significant functional impairment and derail optimal development (Garfin et al., 2018; Stover et al., 2022; Zatzick et al., 2008).

It is therefore crucial to better understand individual and contextual factors that might alleviate early post-traumatic reactions and their negative impact, as well as facilitate post-traumatic recovery at an early stage following exposure, to design clinical interventions tailored to address these factors.

One recognized major protective factor facilitating recovery in the aftermath of traumatic experiences is social support (Ozer et al., 2003). More particularly, family support and caregiver–child relationship quality are significant factors contributing to children's success

in managing post-traumatic reactions (Cox et al., 2008; Trickey et al., 2012) and developing emotional self-regulation in response to adversity (Hahn et al., 2019; Kliewer et al., 2004). A meta-analytic review of the role of parenting behaviours in childhood post-traumatic stress symptoms (PTSS) found that negative parenting (hostility, overprotection) was significantly associated with child PTSD (Williamson et al., 2017b). Moreover, involvement in (or reactions to) events that impact their children can traumatically affect caregivers themselves, which may in turn influence their ability to serve effectively in a caregiving role at a time when a child is particularly vulnerable (Rakovec-Felser & Vidovič, 2016). This emphasizes the importance of early interventions that strengthen parental capacities in the aftermath of children's traumatic exposure (Kerns et al., 2014; Mooney et al., 2017). In a recent scoping review investigating early interventions to prevent PTSD in youth within 3 months of a PTE exposure, we found that interventions that yielded positive results on outcomes such as post-traumatic, anxiety, and depression symptoms involved parents as well as children, and combined psychoeducational content on trauma reactions with coping strategies to deal with PTSS through cognitive behavioural and relaxation techniques (Kerbage et al., 2022).

Although these early interventions focusing on strengthening individuals and families' abilities to cope in the aftermath of trauma look promising, recent resilience research highlights the need to shift the focus from a symptomatology paradigm to exploring processes allowing children and parents to respond in an adaptive manner within their environmental settings, in line with a multisystemic and ecological framework of risk and resilience (Ellis & Dietz, 2017; Iacoviello & Charney, 2014). This implies understanding children's and parents' own perceptions and experiences of coping following traumatic exposure, and how they interact with their social milieu, including resources available in their ecological contexts and their interaction with their proximal environments in the family, school, and neighbourhood (Bronfenbrenner & Morris, 2007; Mooney



et al., 2017). Exploring these experiences as well as perceived factors facilitating or preventing these adaptive processes is crucial to a successful implementation of early interventions to prevent post-traumatic psychopathology and increase adaptation in the face of adversity. Such knowledge is essential to inform a systemic approach that would consider environmental obstacles as well as resources, instead of only focusing on individual psychological attributes, and is mainly acquired through a qualitative design that allows the in-depth understanding of behavioural patterns, lived experiences, perceived needs, and subjective reactions, which may otherwise go unnoticed by close-ended questionnaires and quantitative measures (Renjith et al., 2021).

Qualitative data investigating the experiences, reactions, and perceived needs of parents while supporting their child in the wake of traumatic exposure are scarce. Available studies suggest that parents are usually actively supportive of their children and sensitive to their distress (Røkholt et al., 2016; Williamson et al., 2016). However, they struggle with structural obstacles such as lack of collaboration with schools and social isolation, as well as lack of access to adequate professional support (Røkholt et al., 2016; Williamson et al., 2017a). Furthermore, parents report having difficulties recognizing post-traumatic stress and struggle with conflicting demands, especially regarding the reinstatement of pre-trauma routines (Røkholt et al., 2016; Williamson et al., 2016). They express the need for peer support, experiential knowledge sharing, and professional support to understand and deal with their children's reactions (Foster et al., 2017; Heath et al., 2018). Other qualitative studies reveal that parents feel uncertain about the best way to approach the subject of the traumatic event with their child, and tend to avoid trauma-related discussions, fearing that non-avoidant approaches may worsen the child's post-traumatic symptoms (McGuire et al., 2019; Williamson et al., 2016, 2017a). In the case of a traumatic event involving child sexual abuse (CSA), available qualitative studies suggest that parents' beliefs and stigma surrounding CSA shape their reactions and experiences following the child's disclosure of sexual abuse and can promote the avoidance of trauma-related discussions (Alaggia et al., 2019; Simon et al., 2017). Clearly, these studies highlight important needs experienced by parents that can be targets for early interventions, such as structural obstacles and lack of perceived adequate professional support, problems identifying post-traumatic stress, and avoidance of trauma-related conversations. However, they also emphasize crucial gaps regarding how trauma shapes the family dynamic and parent-child relationships, along with the family adjustments needed in the wake of the traumatic exposure, which could be targeted through family interventions. Furthermore, little

is known about the more complex representations and beliefs of parents regarding post-traumatic stress and adjustment, and how these representations impact their reactions, relationships with the child, and social roles following traumatic exposure. A conceptual model integrating all of these various psychological and socioecological aspects of parents' lived experiences in the aftermath of trauma is lacking and could be best achieved by an in-depth qualitative exploration of all of these closely intertwined elements.

Adolescence is a critical developmental period characterized by marked psychological transformations in cognition, identity, self-consciousness, and relationships with others. One important facet underlying these changes is the maturation of the social and emotional brain (Blakemore, 2012). Traumatic exposure in adolescence can therefore interfere with this brain maturation, altering developmental acquisition of emotion regulation abilities, stable sense of self, identity, and cognitive flexibility. Further, adolescents' needs for parental contact and comfort following traumatic exposure may contrast with their need for independence, leading to ambivalence and conflict regarding parental involvement (Lattanzi-Licht, 1996) and impacting family relationships (Alisic et al., 2008; Røkholt et al., 2016). This developmental period, however, also provides benefits and opportunities in terms of young people's increased potential to communicate their needs and form trusting relationships. To our knowledge, few studies have explored the specific needs of teenagers' parents, and no study has been conducted in Montpellier regarding the experiences and psychosocial needs of parents while supporting their adolescents in the aftermath of traumatic exposure.

This study aims to explore the experiences of parents of adolescents aged 11–16 years who had been exposed to a PTE in the past 3 months, and to identify early parental reactions to the child's traumatic stress, changes in the family dynamic, and perceived factors that contribute to or impede their needs being met during the peritraumatic period.

## 2. Method

This study forms part of a multicentre study conducted in France and Lebanon investigating the experiences and needs of parents of adolescents aged 11–16 years who had been exposed to a PTE in the past 3 months. This article describes the qualitative findings from the site in the city of Montpellier, France. An interpretive qualitative approach was used to investigate parents' subjective experiences and needs. This design is useful for understanding how people interpret and make meaning of their experiences, and is appropriate when little is known about a phenomenon (Merriam & Tisdell, 2009).

## 2.1. Participant recruitment

Data collection was carried out from December 2021 to July 2022 in Saint-Eloi University Hospital in Montpellier. Participants were recruited following purposive sampling targeting parents of adolescents aged between 11 and 16 years old had been exposed to a PTE in the past 3 months. Exclusion criterion included suspicion of child neglect or abuse by one or both parents, suspicion of domestic violence, and a current severe parental mental health episode or the presence of suicidal ideations. Parents of children who were previously known by the principal investigator (PI) as their main child psychiatrist were excluded from the study. Participants needed to speak, read, and write French.

The definition of a PTE endorsed in our study was that of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), requiring 'direct personal exposure, in person witnessing of trauma to others (and not solely through social media), and indirect exposure through trauma experience of a family member, to an event involving actual or threatened death, serious injury, or sexual violence' (American Psychological Association, 2013). This definition excludes stressful events not involving an immediate threat to life or physical injury, such as psychosocial stressors (North et al., 2009), and non-immediate, non-catastrophic life-threatening illness, such as terminal cancer (APA, 2013). Examples of PTEs include physical and sexual violence or assault, community or school violence, serious accidents, natural disaster, terrorism, sudden or violent loss of a loved one, and refugee or war experiences.

Participant recruitment was carried out through the paediatric emergency department, and through child mental health professionals working at the clinics of the Child and Adolescent Psychiatry Department of Saint-Eloi University Hospital of Montpellier, whenever they encountered in their practice a recent traumatic exposure among their patients, whether as a chief complaint in an initial consultation or throughout the follow-up of a child for a different complaint. The emergency room (ER) staff and mental health professionals were previously briefed by the PI to screen for eligible parents and inform them about the aim and procedures of the study. Voluntary parents were subsequently contacted by the PI to gather consent and check for inclusion/exclusion criteria. This recruitment procedure was facilitated by the involvement of the Child and Adolescent Psychiatry Department and the paediatric ER Department in the regional network of paediatric health structures, along with weekly staff meetings to discuss suitability for enrolment and inclusion.

## 2.2. Study design

We used semi-structured in-depth interviews to capture subjective experiences, personal narratives, and

meaning making (Hennink et al., 2011). The interview guide was developed and implemented using both a deductive and an inductive conceptual approach. The initial interview guide was designed deductively based upon existing literature on parental perceptions of the child's trauma and coping, perceived change in parenting styles, and child-parent interactions following the child's traumatic stress reactions, along with trauma-specific parental responses and perceived needs in the peritraumatic period (Cobham & McDermott, 2014; Foster et al., 2017; Gil-Rivas & Kilmer, 2013; Røkholt et al., 2016; Stallard et al., 2001). Questions were developed to explore the themes that have already been identified in the literature in consultation with academics and child mental health professionals, as detailed in Supplementary Material 1. Further revisions were made after each interview to refine the questions. The initial interview guide was piloted with a small group of participants ( $n = 5$ ) and adjusted based on their feedback. The adjustments consisted of reformulating some questions, especially regarding the perception of risk and protective factors, to render them more open ended and less directive towards specific answers, to gather as much information as possible.

One semi-structured interview averaging 60–90 min in length was conducted with each participant. Participants were offered a face-to-face interview at the PI's office in a calm setting or an online interview. The option of an online interview was suggested in case it would be more convenient for parents regarding their schedule and transportation logistics, as well as owing to coronavirus disease 2019 (COVID-19) sanitary restrictions. By the time of the study, the full lockdown had been lifted in France, but preventive measures were still mandatory, such as wearing masks and social distancing. Each participant was offered the option of a second interview, which consisted of a 20–30 min encounter to follow up on any impact that the first meeting might have had on their mental health, to allow a deeper exploration of their experience, and to gather feedback.

Although semi-structured, the interviews were open-ended in the style of questions to provide an understanding of the informants' subjective experiences (Marvasti, 2010; Morse, 2012). Initially, the interviewer invited participants to share their experiences by asking the following opening question: 'Can you tell me about your experience since your child has been exposed to the traumatic event?', before seeking additional information by following the semi-structured interview guide. However, when participants broached interesting subjects, even if not mentioned in the interview guide, the interviewer allowed for the participant to determine the flow of information by probing more follow-up details, such as 'Can you tell me more about this?' and 'How did

you feel about that?’ (Johnson, 2001), or through keywords such as social support, coping, trauma, family support, and school support. All interviews were carried out in French by the PI. Interviews were audio-recorded with participants’ consent.

### 2.3. Ethics

Montpellier University Hospital Institutional Review Board granted ethical clearance for this study. All participants signed a written consent form. All data were made anonymous, and recordings were destroyed following analysis. Participants were informed of their right to withdraw from the study and cease the interview at any time. All participants were given contact details for follow-up emotional support if required. Respondents were also offered the opportunity to receive a summary of findings and discuss it with the PI.

During the initial meeting of consent gathering, the PI, a psychiatrist, carefully evaluated participants for signs of severe emotional distress or suicidal ideas. In this case, parents were excluded from the study to prevent any exacerbation of their mental health condition caused by recounting upsetting experiences and were referred to appropriate mental health services. Furthermore, given the expected high rates of post-traumatic stress in this peritraumatic period, all participants were offered during this initial meeting the opportunity to be provided with the Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI), which is an evidence-based brief intervention provided within 3 months of the child’s exposure to a traumatic event, founded at the University of Yale, and recently implemented at Saint-Eloi University Hospital. The CFTSI aims to increase understanding of common child post-traumatic reactions, improve communication between the child and caregiver about the child’s reactions to the event, and teach the caregiver and child coping strategies to reduce post-traumatic reactions (Berkowitz et al., 2011; Hahn et al., 2019).

### 2.4. Data analysis

Interviews were transcribed verbatim and anonymized, substituting names with functional codes. Transcripts were imported into NVIVO 10, and an inductive thematic approach was used to analyse data and allow for themes and patterns to emerge from the triangulated data (Morse, 2012). Preliminary data analysis and collection were conducted concurrently, allowing us to cease recruitment upon achieving coding saturation (Saunders et al., 2018). Data were compiled, disassembled, and reassembled, following a multistage recursive coding process (Braun & Clarke, 2006). Following repeated data immersion

to gain analytic insight into the data, transcripts were inductively coded separately by two researchers. Coding was redone as a group to reach a consensus on coding discrepancies and refine the codes. The framework for this study was developed using a bottom-up approach based on key themes emerging from the data (Braun & Clarke, 2006), with broad, overarching themes divided into subthemes. Within each theme and subtheme, the researchers drew comparisons, looking for overlap and differences, as well as newly emerging topics and patterns. The themes and subthemes were checked by asking five participants for feedback. Relevant suggestions were incorporated into the results.

## 3. Results

### 3.1. Sample characteristics

Throughout the recruitment period, 18 parents were referred by the ER and 26 by child mental health specialists, yielding a total of 44 potentially eligible participants. Among them, seven were excluded for the following reasons: suspicion of child abuse by the parents ( $n = 2$ ), presence of parental severe emotional distress and suicidal ideas ( $n = 3$ ), and having a child who was previously followed by the PI as their main child psychiatrist ( $n = 2$ ). Among the 37 remaining respondents, three withdrew from the study by not showing up to the first interview, resulting in a total of 34 parents of 25 children who participated in the study. Parents included 26 mothers and eight fathers, with a mean age of 43.8 years. Most parents were French born ( $n = 31$ ), with three parents born in another country. All parents held a university degree.

Children were aged from 11 to 16 years and included 16 girls. Most children were French born. Nine children had both their parents interviewed separately (18 parents) and 16 children had one parent interviewed (16 parents). In the latter cases, the other parent declined to participate. At the time of the study, nine children had already had a mental health follow-up that preceded the traumatic exposure, while only three had their child under a specific follow-up related to the traumatic exposure. The most predominant type of traumatic event found was exposure to sexual abuse. See Table 1 for the children’s demographics.

### 3.2. Themes and subthemes

The most recurrent themes and subthemes that emerged from our inductive analysis of the parents’ perceptions and experiences are summarized in Table 2. Themes 1–4 are related to the consequences of the traumatic exposure experienced by parents,

**Table 1.** Characteristics of the children.

	No. of children (n = 25)
Girls	16
Age (years), range (mean)	11–16 (14.7)
Type of traumatic event	
Sexual violence or assault	17
Community or school violence	4
Serious accident	2
Sudden loss of a loved one	2
Mental health follow-up before traumatic exposure	
ADHD	5
Anxiety disorder	2
Depressive disorder	0
Emotional difficulties and emotional dysregulation	1
Behavioural disorder	1
French nationality	21
Time since child's traumatic exposure	
0–1 month	2
1–2 months	10
2–3 months	13
No. of siblings	
0	2
1	14
2	7
3	2
Situation of parents	
Married and/or living together	18
Separated and/or divorced	7

Note: ADHD = attention deficit hyperactivity disorder.

and themes 5 and 6 are related to mechanisms to which they resorted to deal with these consequences.

### 3.2.1. Theme 1: Identifying the child's behavioural and emotional changes following the traumatic exposure

All participants reported a wide range of behavioural and emotional problems manifested by the child following the traumatic exposure.

**3.2.1.1. Subtheme: Difficulties with emotion regulation.** All parents reported a change in their child's ability to regulate emotions and noticed exaggerated responses to uncomfortable emotions as well as an irritable mood. Oppositional behaviours were also

prominently reported, with refusal to follow house rules, slamming doors, and provoking fights: 'She becomes easily frustrated and overreacts. I feel she is always angry [...]' (P2: 12yF). 'She cannot stand a remark or a comment and challenges even the simplest house rules that were once a given' (P4: 14yF). 'When I remind him of a house rule, he slams doors and makes inappropriate verbal comments' (P3: 11yM). Parents of children with a pre-existing mental health diagnosis noticed that their previous symptoms worsened: 'He already had difficulties regulating emotions and anger because of his ADHD [attention deficit hyperactivity disorder] but I feel it is much worse now, the ADHD medications have no effect any more (P16: 15yM). Parents reported that their child seemed to be in a persistent underlying uncomfortable emotional state: 'She often appears as she is on the verge of exploding into tears or screaming' (P7: 14yF). 'I feel he is constantly in a fragile emotional state, crying very suddenly or often being angry' (P22: 13yM).

**3.2.1.2. Subtheme: Hypervigilance state.** Parents described that their children lived in a constant state of hypervigilance and hyperawareness: 'She is jumpy and easily frightened' (P21: 13yF). 'He seems to be always on the lookout, checking to see if someone is walking behind him' (P5: 13yM). This hypervigilance state ultimately affected their sleep, since parents noticed increased difficulties with sleep. 'She stays up a lot more often, scrolling her phone' (P20: 16yF). 'She has sleep problems and is waking up very early' (P32: 13yF). Nightmares were also preventing teenagers from sleeping through the night: 'I know he is having nightmares because I hear him scream at night and he suddenly wakes up' (P5: 13yM).

Parents observed that even though their child displayed more oppositional behaviours and rejected their support at times, they had some form of

**Table 2.** Emergent themes and subthemes extracted from the interviews with parents.

	Theme	Subthemes	Frequency
1	Identifying the child's behavioural and emotional changes following the traumatic exposure	Difficulties with emotion regulation	All participants
		Hypervigilance state	26/34
		Withdrawal	23/34
2	Experiencing shame, emotional distress, and a negative impact on the parent-child relationship	Dealing with guilt, shame, and feelings of parental inadequacy	25/34
		Impact on the parent-child relationship: increased conflict	22/34
		Remembering earlier personal experiences	13/34
3	Struggling to understand trauma	Questioning social role after trauma	15/34
		Stigma around the victim label and social isolation	25/34
4	Struggling with the child's school refusal and lack of school collaboration	School avoidance	29/34
		Perceived lack of appropriate support and collaboration from the school	27/34
5	Resorting to avoidance to deal with conflicting needs and demands	Avoiding discussing the traumatic event with the child	22/34
		Avoiding facing new challenges: pressure to keep the normal house and school routines	23/34
6	Finding ways to cope	Dealing with the present situation and needs: 'One thing at a time'	12/34
		Risk of overaccommodation	5/34
		Restoring a sense of agency	6/34
		Seeking help from family, friends, and professionals	9/34

separation anxiety and requested more than usual the presence of their parents, especially at bedtime. 'He requests I sleep next to him because he fears falling asleep alone and that something bad would happen' (P8: 12yM). 'I must go in her bedroom every ten minutes until she falls asleep' (P11: 14yF). Moreover, the hyperawareness/hypervigilance state also manifested in eight girls who had experienced sexual assault as obsessive and compulsive-type behaviours, such as engaging in rituals of bathing, cleaning multiple times a day. 'She spends hours in the bathroom washing herself' (P4: 14yF). 'She must wash her hands multiple times a day every time she touches something' [...] (P28: 15yF). Parents also reported that they felt their children wanted things done in a certain way or they would become upset: 'She can't stand not having things done in a certain way, in a certain order, especially regarding her personal items and clothes' (P24: 12yF).

**3.2.1.3. Subtheme: Withdrawal.** Parents noticed that their children began to withdraw and did not want to engage in activities that they once found pleasurable. 'She does not want to go outside any more and do fun things' (P30: 13yF). 'She spends hours in her room alone and gets angry if I try to intervene or engage with her' (P26: 16yF).

### **3.2.2. Theme 2: Experiencing shame, emotional distress, and a negative impact on the parent-child relationship**

Many parents reported how their child's traumatic exposure and emotional changes impacted their own emotional state and feelings of parental efficiency, as well as their relationship with their child. Others reported being reminded of their own history of trauma as an emotional experience.

**3.2.2.1. Subtheme: Dealing with guilt, shame, and feelings of parental inadequacy.** Parents described a high sense of emotional burden along with worries about the future: 'I feel sad, irritable, angry as to why this has happened to my child' (P16: 15yM). 'I can't sleep at night, replaying in my head all the events prior to the aggression' (P3: 11yM). 'The worry is killing me. Will she forget this? Will she overcome it? What should I do?' (P14: 13yF). A common concern that occurred among parents whose child was sexually assaulted was the potential long-term impact of the sexual aggression on their child's relational and sexual development: 'I have so many concerns about the future, I try to go online and read about the potential impact of sexual assault on a child's development, I am afraid she won't have normal relationships' (P28: 15yF).

Furthermore, parents reported feeling inadequate in dealing with their child's distress and behavioural

changes: 'I feel completely overwhelmed when she shuts down and I don't know what to do. I feel I can't handle her any more the way I used to' (P33: 13yF). 'When she throws inexplicable tantrums, I lose it completely, it's like I am paralysed, whereas I used to deal calmly with this kind of situation' (P27: 15yF). 'No manual tells you what to do in these situations. I feel like a total failure as a parent' (P22: 13yM). Parents also struggled with shame, guilt, and remorse while trying to construct meaning about the event and how it occurred: 'I keep replaying the events of that day in my head and what I could have done to prevent [the sexual aggression] from happening' (P19: 14yM). 'I feel guilty that I was not able to protect my child. I hear people tell me these things happen, and I can't prevent it, but there must be something I could have done to prevent this. It keeps me awake at night' (P24: 12yF).

This meaning-making process varied depending on the traumatic event, who was involved, and who parents viewed as responsible. This was particularly influenced by whether they blamed themselves and/or others for the traumatic event. Since most incidents involved sexual assault (17 out of 25), parents usually did not blame the teenager, but blamed the assaulter, and also blamed themselves for not having fulfilled their parental role of protecting and keeping their child safe, for not setting stricter rules for going out at night (most assaults happened during parties and sleepovers at friends). In the case of the sudden death of a loved one ( $n = 2$ ) or serious car accidents ( $n = 2$ ), there was less expressed guilt, and they interpreted the event as being beyond anyone's control.

**3.2.2.2. Subtheme: Impact on the parent-child relationship: increased conflict.** Participants reported that the traumatic exposure and the subsequent behavioural and emotional changes in their child impacted the family dynamic and their relationship with their child. They notably described that their child seemed to take out their anger on them and that whatever they did seemed insufficient or inadequate.

I can't seem to get it right. Whatever I say or do [...] If I try to engage with her, she rejects me. If I get too close it's a problem and if I distance myself, she comes and searches for me, trying to pick a fight or blaming me for not being here to support her. Sometimes I feel she just needs a punching bag ... So, I end up getting angry myself, blaming her for being so irritable and selfish, I end up saying horrible things ... (P18: 15yF)

Parents also reported not being able to bond with their child or efficiently communicate with him or her:

I can't seem to be able to connect with her like I used to [...] For example, we used to love going shopping together. Now she is in her room all the time and does not want to engage with me [...] I can't help myself

feeling angry at her, and frustrated that she does not want to talk, I get this weird feeling that she is blaming me for what happened ... (P17: 13yF)

Furthermore, some participants described that there was often a discrepancy between parents in the way in which they dealt with their child's emotional and behavioural problems, and that this created additional tension in the family:

Her father can get very harsh at her when she shuts down or provokes us [...] He loses patience and tells me I am too lenient, that this does not help her ... He said it's not because she was sexually assaulted that she can allow herself to talk to us like this ... that it does not help her that I act with her like a poor victim ... I am just trying to be patient but I end up fighting with my husband too. (P29: 14yF)

Her mother and I are fighting all the time because of her [...] I think she should move on with what happened [referring to the sexual assault] and resume her normal life ... Her mother is acting with her like she is disabled or something ... I think it does not help her to be viewed as a victim. (P18: 15yF)

Parents also mentioned how these conflictual relations affected the siblings and the family dynamic, while disrupting family routines. They found it hard to respond to the siblings' needs, which further added to their feelings of guilt and inadequacy.

**3.2.2.3. Subtheme: Remembering earlier personal experiences.** A few parents reported being reminded of their own history of trauma as an emotional experience, especially regarding sexual assault. Nine mothers said that their child's sexual assault reactivated memories of their own sexual abuse during childhood, which overwhelmed them and made them less available for their child. However, this reactivation also provided them with the motivation to look after the child's needs and avoid the pitfalls that they had encountered in their own experience. The following quotation illustrates this:

When she told me what happened with her, how this guy assaulted her at the party, I was immediately reminded of the sexual abuse I had to go through in my childhood ... at multiple times, when he was supposed to take care of me when my parents were away, my uncle would touch me inappropriately ... when I told my parents about it they would not believe me and it hurt me so much I figured I was the one who has done something wrong ... [...] All the anger was reactivated again but then I said I will not let this happen to my daughter ... I am going to tell her and show her that I believe her and support her no matter what ... even though sometimes it's easier to ignore it ever happened ... (P17: 13yF)

### 3.2.3. Theme 3: Struggling to understand trauma

Many parents struggled to understand the consequences of traumatic stress and to make sense of

their child's behaviour. They expressed and experienced stigma surrounding the victim status, which led to feelings of social isolation and reluctance to seek social support.

**3.2.3.1. Subtheme: Questioning social role after trauma.** Parents seemed to have an unclear understanding of the possible consequences of traumatic stress. The major concerns were related to how to communicate with their child and what to do about the problems that have emerged since the event, especially refusal to go to school and oppositional behaviours. However, the connection was not clearly established by participants between symptoms of traumatic stress and the traumatic event. This raised questions about social roles after trauma, and the extent to which the child might use the traumatic event as an excuse for 'laziness' and 'poor performance'.

Sometimes I feel she is trying to take advantage of the situation ... using what happened to her [referring to the sexual assault] to obtain adjustments and adaptations at school [...] She only accepted to go see our family physician when we told her he could justify to the school her absence and ask for special accommodations. (P13: 12yF)

Many parents expressed uncertainty and confusion while interpreting their child's behaviour, linking it to a lack of willpower or a way to take advantage of a situation, as illustrated by these quotations:

I threaten and tell him that if you don't go to school [...] you are clearly using what happened to you as an excuse and missing school will destroy your life, and your future ... You should have some willpower. Everyone goes through hard things, will you stop your life and ruin your education because of this? [...]. But I am really confused: how far should I push? (P19: 14yM)

I feel she victimizes herself a lot, she may even find some comfort in this ... look how she is missing school now [...] while she is fine going out with her friends again ... ! [...] so convenient, don't you think? She is not making any effort any more ... (P17: 13yF)

Five parents mentioned that they could not make sense of some of their daughter's behaviours, following sexual assault. They described that their daughter was only interested in going out with her friends, missing school, and wearing 'provoking and slutty' outfits. While they did not blame their daughters for the sexual assault per se, they struggled to understand how a girl could wear these outfits after having been sexually assaulted. The following quotation illustrates this:

Call me old-fashioned but I don't get it ... how can she wear these outfits after being sexually assaulted? I mean ... is she searching for it again? I am really confused [...] when I tell her this, she gets angry

and mad or withdraws for several days in her room, refusing to talk to me [...] I don't get it ... (P1: 15yF)

**3.2.3.2. Subtheme: Stigma around the victim label and social isolation.** The vast majority of participants (28 out of 34) reported feeling socially isolated and struggling to share what happened to their child with family and friends, mainly because of the stigma attached to the victim status. They feared that it would 'label' their child as a 'victim', maintain the child in this social role, and preventing him or her from moving on. They also explained it by the lack of availability of their friends and families, who all had busy lives, or lived in other cities hours away from them, and their reluctance to 'burden' them with what they perceived as a very private matter. However, this came at the cost of parents feeling alone and isolated, with limited possibilities for sharing and reflecting on their problems with their child outside their couple. More specifically, since parents mentioned repetitively the uncertainty towards the 'right' attitude, between being demanding and being protective, as their most prominent concern regarding their parental role, they expressed that it would be easier if they knew parents living in the same situation with their children. The following quotations illustrate this notion:

We cannot talk to our family and friends about what happened, they will always look at her as 'the victim' ... and also we feel a lot of guilt and we don't want to answer people's questions ... so we're very isolated, and we often fight about the right attitude to have with her [...] I didn't find the answer in any book, or website, I tried to search ... we feel we are very lonely in this experience, if only we could meet other people going through the same thing it would be easier to talk about, to share our experiences and know we are not alone ... (P24: 12yF)

You feel like you are the only person it has ever happened to, like I was the only person that felt like this. So maybe it would help if you knew other people in the same situation. (P17: 13yF)

### **3.2.4. Theme 4: Struggling with the child's school refusal and lack of school collaboration**

A major theme that emerged distinctively was the child's refusal to go to school and a perceived lack of support from the school, which prevented parents from providing optimal support for their child.

**3.2.4.1. Subtheme: School avoidance.** A major problem reported by most parents (29 out of 34) was the impact of the traumatic event on school attendance. Parents described that children tried to avoid school, often missing classes, and either refused to go to school or were sent back home from school after multiple physical complaints. 'The school nurse would call me every day to tell me to come bring my

child home because she is sick' (P2: 12yF). 'Her school performance dropped, she was always late at school [after the event happened] until she declared she would not attend school any more and that we cannot force her' (P24: 12yF).

**3.2.4.2. Subtheme: Perceived lack of appropriate support and collaboration from the school.** Another important topic that parents pointed out as a structural obstacle in supporting their child was the lack of adequate school-home collaboration. Parents reported a considerable need for supportive collaboration between school and home since their child manifested difficulties in and refusal over school attendance. New needs for adjustment emerged, such as arrangements about workload, deadlines, and absence. Only one parent said that their adolescent carried on where they had left off and that academic functioning stayed the same. Another three adolescents' performance levels stayed the same according to their parents, but it involved compensating with enormous efforts at home that ultimately led to more parent-child conflict. For the remaining 21 adolescents, parents reported considerable changes in school attendance and performance that required extensive support from home and arrangements in their own work schedule to be more present with their child (for example, taking unpaid leave or sick leave from their employment).

Some parents reported that they had to initiate or pressure the school into collaboration regarding educational adjustment measures (18 parents), as illustrated by this quotation:

We had to talk to the principal time and again about what happened, even though it was not easy for us ... I really believe that if the school hadn't come under so much pressure from the psychiatric team and family physician to make adaptations available, they would have done nothing ... (P19: 14yM)

Nine participants questioned the role of the teachers, wondering if they were sufficiently prepared for teaching students who had been exposed to traumatic events.

My son is absent a lot from school, he does not sleep at night and can't get up in the morning ... I asked the school what measures they could offer, but they had no ideas [...] After heavy pressure from our family physician, they finally became generous with adjustments. [...] Still, I think they could have been more supportive, talk to him at least, ask him, ask us, instead we had to go look for all the solutions. It's like they had no clue how to deal with children in these situations ... (P8: 12yM)

Seven parents perceived the lack of understanding and absence of flexibility in the school setting as a hopeless situation where they had to fight for credibility. They described that this lack of understanding

from the school added further pressure to an already strained situation.

My daughter and we talked about the need for flexibility regarding adaptations, even though the school psychologist backed us up, the school administration remained very rigid about it, insisting on her making more effort instead of supporting her to regain functionality progressively ... we had many heated discussions with them and we were accused of being too lenient [...] it feels like a fight for credibility and it only adds to our exhaustion ... (P4: 14yF)

My son gets extremely panicky every time he leaves home because he fears it will happen again to him on the streets, and the school refuses to take this into consideration ... so I told my husband I prefer that he drops school this year, subscribe into a home-schooling programme because really I don't see any solution with them ... (P12: 13yM)

### **3.2.5. Theme 5: Resorting to avoidance to deal with conflicting needs and demands**

Most parents felt challenged in finding 'the right attitude' and a good balance regarding several conflicting needs. Most of the time, they resorted to avoiding sensitive topics while navigating antagonistic demands.

**3.2.5.1. Subtheme: Avoiding discussing the traumatic event with the child.** Participants expressed confusion and doubt as to whether they should focus on the traumatic event that happened with their child or put all of their efforts into helping their child resume a normal life. They avoided talking to or asking their child about the event, or how she or he feels about it, or giving them too much attention, because they felt that 'life should go on', as found in 25 transcripts and as illustrated by this quotation:

I struggle to find a good balance between giving too much attention to what happened, and just go on with normal life ... I fear that if I focus too much on the incident, she will stay stuck in a victim position, and she would not be able to move on [...] I mean, after all, life should go on ... I want her to focus on other aspects of life rather than be caught in this unfortunate incident [referring to a sexual assault]. (P14: 13yF)

Other parents preferred avoiding discussing the traumatic event altogether because they felt uncomfortable and believed that they lacked the knowhow to bring up the subject.

I don't know how to approach the subject with him, what to tell him, how to comfort him ... I am not a psychologist after all, I am afraid to say or do something that would worsen his situation [...] And I don't want to focus too much on what happened, I prefer to help him forget about what happened [...] after all, life should go on [...] (P12: 13yM)

This was also emphasized by the fact that the child often avoided talking and thinking about the event and reacted strongly to any reminder of it: 'She refuses to talk about what happened, when I try to initiate the discussion, she shuts down completely or gets angry' (P23: 13yF); 'She refuses to see her friends that were at the party where it happened' [referring to the sexual aggression] (P11: 14yF); 'He does not want to talk about it. He reacted very strongly the few times we tried to bring up the subject' (P12: 13yM).

Even though most participants emphasized the importance of resuming normal routines and focusing on other aspects of life, they felt confused at times as to whether avoiding the subject might minimize the experience of the child:

I try not to focus too much on what happened and help her to get back to her normal life ... I don't know if it is the right attitude after all, maybe she needs to talk about it, maybe she is waiting for me to open the subject? [...] I don't feel comfortable asking her ... and she does not want to talk about it also ... so better focus on moving on ... (P15: 13yF)

### **3.2.5.2. Subtheme: Avoiding facing new challenges: pressure to keep the normal house and school routines.**

Another area of conflicting needs was the dilemma faced by parents about keeping the usual house and school routines versus being flexible in the aftermath of traumatic exposure. Parents expressed struggling to achieve what they perceived as general advice to help their teenagers to get 'back to normal', in line with their own expectations that 'life should go on'. Yet, their arduous attempts to restore performance and normality were hindered by the fact that their adolescents now behaved differently, had different needs, and were barely functional. Participants pointed to enormous efforts in trying to build completely new functioning daily lives and routines. As one parent described it:

We heard we have to get to a normal everyday routine as soon as possible, our daughter has to keep attending school all the time, do her normal extracurricular activities, we have to keep going, like if nothing happened ... Ok I get it, we have to get an everyday life going, but how do you do that really when you have a child who refuses to get up from the bed in the morning, who's not mentally ready to learn anything [...] well in that case just going for a short walk with her is an achievement and has to be negotiated for hours ... (P20: 16yF)

This quotation is an example of parents perceiving a strong requirement to restore life to as near as possible how it was before the trauma and to avoid adaptations and overaccommodation to the post-traumatic phase. It was not explicitly cited who provided such advice to parents or in what context, but 23 out of 34 parents expressed this pressure to avoid focusing on the



trauma and instead ‘get back to normal everyday routines’ and for the adolescents to ‘get back to school’. Some of them persisted in insisting on the child resuming normal functioning, despite the negative impact of this pressure on the child–parent relationship:

You could say that I force her into a routine, what else can you do? I know it may sound brutal to you, it is brutal to me too to force my child to get up and go to school [...] but neither her father nor I would give in [...] we would practically pull her physically out from bed while she is screaming, but it did result in her going back to school and doing some exercise again [...] It’s a war field every morning, her siblings witness these horrible starts of the day, her screaming that she hates us, that she will never forgive us ... . But we do this for her, we are convinced it is positive to maintain her normal routine and it is a goal for us ... . You could say we coerce her into it ... (P6: 12yF)

### 3.2.6. Theme 6: Finding ways to cope

Less than half of the participants tried to actively find ways to cope and navigate through the conflicting needs and demands of their children in the aftermath of traumatic exposure. They adapted to the situation by setting realistic objectives and dealing with present needs, restoring a sense of meaning and agency, accepting, at times, help from family and friends, and seeking professionals’ advice. Parents who were able to find these ways to cope were distinct from those who resorted to avoidance as the main mechanism to deal with the child’s traumatic stress.

**3.2.6.1. Subtheme: Dealing with the present situation and needs: ‘One thing at a time’.** Twelve parents described how they came to admit that they would not be able to achieve resuming normal house and school routines and ‘getting back to normal’, only weeks after the traumatic event, and that they had adjusted to that situation. They were able to let go of the performance-oriented perspective and had shifted the focus to helping and supporting the adolescent in just ‘surviving the day’. They tried to respond to the challenges of sleeping, eating, and finding some daily structure, even if this involved letting go of the usual ‘normal routines’ requirements. They opposed the general advice of getting back to normal as soon as possible, saying that it did not match their new reality or their children’s needs. They revised their expectations from their child and tried to adapt to his or her current needs and situation, while setting minimalistic goals every day; for example, getting the adolescent out of the bed each morning and doing some meaningful tasks. They adopted a practical approach aiming at mobilizing the necessary logistic support to meet the daily basic needs:

My wife and I, we decided to accept that she cannot come back to school now ... we agreed we would not force her into it, we said ok, let’s first try to make her get up every morning and do something, like walking the dog became an achievement, or playing a game together ... . We had to revise our expectations and decided to give her the time, to do one thing at a time [...]. (P30:13yF)

Parents who were able to resort to this pragmatic approach described that it helped them to appreciate every small piece of progress and improved their relationship with their child, since they were not forcing them into attending school, for example.

#### 3.2.6.2. Subtheme: Risk of overaccommodation.

Despite the improvement in the parent–child relationship following parents’ adjustments to their child’s current needs, parents who resorted to this mechanism reported that it necessitated their ongoing involvement and continuous presence, assisting and compensating for the adolescent’s lack of daily functioning. The following quotation illustrates this:

But one of us must be continuously with her or she would isolate herself in her room again. We had to make huge adaptations at work, I am self-employed so I manage, but my wife she will end up having problems with her employer [...]. (P18: 15yF)

Moreover, five among them (five out of 12) did not feel that these new measures fell naturally into the parental role.

Since I stopped fighting with her and forcing her to do things, like cleaning her room and attending school, you could say that many of our conflictual interactions improved and I am able to connect with her at times ... she smiles to me again, we go for a walk together, I feel she is opening up a bit more [...] but you know it doesn’t feel normal, it doesn’t feel it is what a parent should do, I still feel a lot of guilt, and wonder if I should do anything differently [...]. (P30: 13yF)

#### 3.2.6.3. Subtheme: Restoring a sense of agency.

Among those parents who dealt with the present situation and needs, without avoiding the necessary subsequent adaptations, six demonstrated and expressed agency, a sense that they had control over their lives, and the ability to impact their environment and their child’s remission, no matter how hard the current situation was. They expressed determination in the face of obstacles and in supporting their child. Agency was mutually reinforcing with two other factors that contributed to those parents coping with the situation: hope and self-esteem; more specifically, a positive perception of themselves as parents. A belief in their own parental efficiency supported parents’ beliefs that they were of value and that they had reason

to be hopeful about the future of their child, as illustrated in the following quotations:

I am hopeful things will get better [...] I am doing everything I can to support my child after this horrible event and I believe she will be able to move on with time and with our support. I show her and tell her that I am not afraid, this assault will not determine our lives, her future and our future as a family, I keep taking care of myself so she sees I can handle it, I will not collapse with her, but I will hold her through it [...]. (P29: 14yF)

It is all about regaining control over your life, whatever you had gone through [...] he is not there yet, but I know I can help him with time realizing it. (P5: 13yM)

**3.2.6.4. Subtheme: Seeking help from family, friends, and professionals.** The same parents who explicitly expressed a sense of agency, along with three others, described that they could reach out to their family, friends, and neighbours. They were mostly open to accepting help for their practical and logistic needs, while they were more reluctant to accept emotional support. They described that turning to these relationships and seeing people positively answering to their needs for support further enhanced their agency and hope and promoted help-seeking behaviours. These parents expressed less stigma around the victim status.

I was reluctant at first to reach out to my friends and family [...] I mean you know how it is, everyone has his own life, issues and problems you don't want to overwhelm people with yours [...] but then I realized I will not be able to support my child if I myself am not supported [...] my sister she lives in another city in France but I called and told her everything, told her I needed some presence and practical support [...]. Within a week she came to visit and stayed for three weeks, helping me with basic logistics of daily life, but it made all the difference to me, it made me feel valued, it relieved me from all the logistic constraints to be able to be more emotionally present to my daughter and also my other children [...] when she had to leave, I felt more comfortable asking a friend for help and reiterate the experience [...]. (P34: 16yF)

Another source of help mentioned was that of professionals to whom parents turned, when possible, for advice and guidance. The most cited professionals were the family physician, the school counsellor, and, in cases where the child had a previous mental health follow-up, their regular psychologist or psychiatrist. Parents reported that professionals had a compassionate ear, tried to alleviate their guilt, and helped with providing recommendations for adjustments and special arrangements at school. However, they still felt that professionals did not provide them with practical tools and solutions to deal with the conflicting needs and demands or to understand and

cope with their child's emotional and behavioural problems. They also described them as giving vague or elusive answers to the parents' pressing questions, as to how long these problems would last and how the traumatic event would affect the child in the long term.

## 4. Discussion

### 4.1. Overview

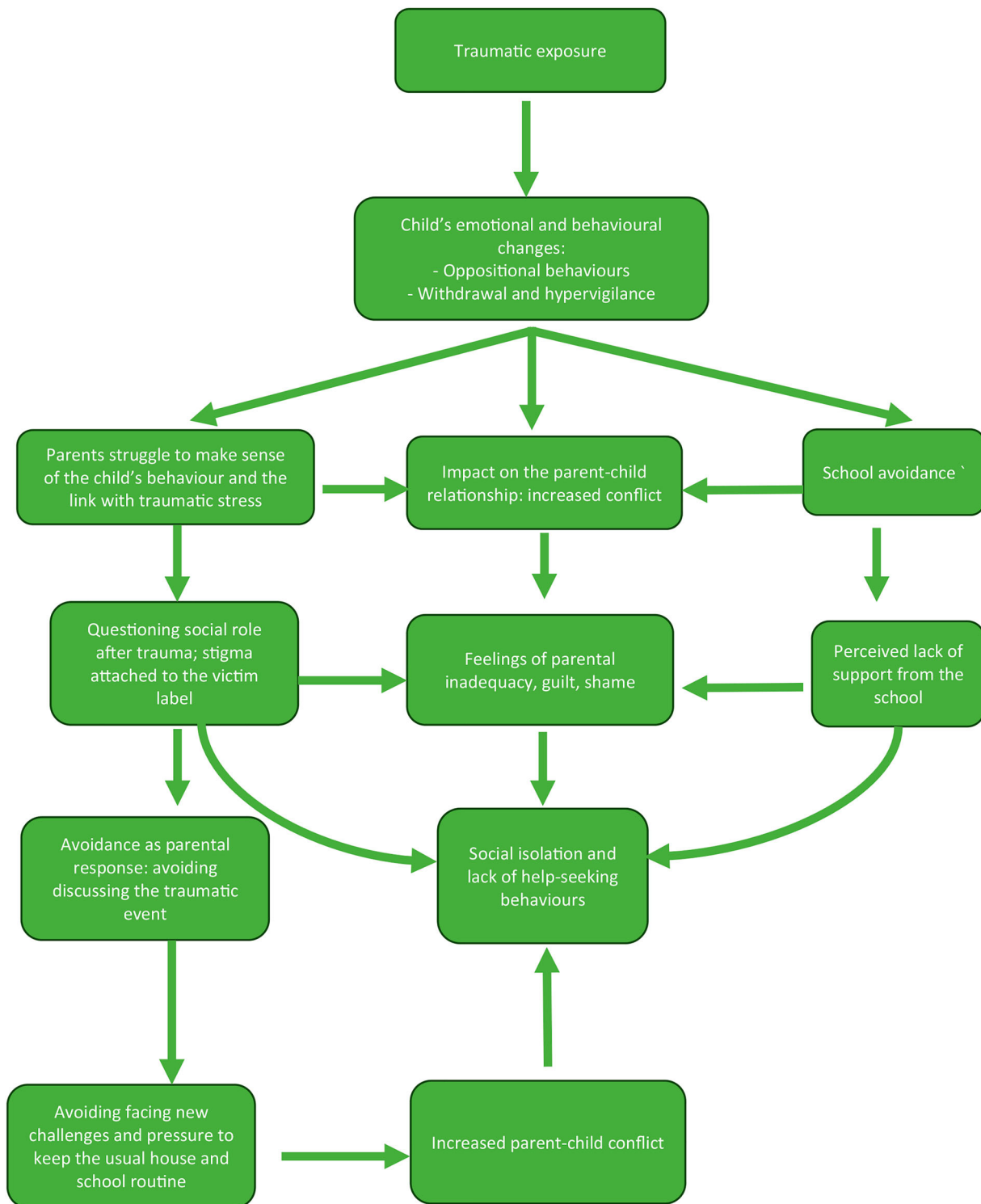
We aimed to understand the experiences, reactions, and perceived needs of 34 parents of 25 adolescents who had been exposed to a traumatic event in the past 3 months, with 17 out of 25 of the traumatic events being sexual assaults. Our findings reveal that parents struggled to understand the behavioural and emotional changes that they identified in their children. They reported that their relationship with their child had become conflictual, and struggled with feelings of guilt, shame, and inadequacy. They questioned their social role after trauma and felt socially isolated, mainly because of the stigma attached to the 'victim status'. The issue of school avoidance and lack of collaboration with the school emerged as major structural obstacles experienced by parents while trying to support their child.

In trying to navigate conflicting needs brought by the traumatic exposure, parents fell into two distinct categories. Those who experienced distressing levels of shame and guilt tended to resort to avoidance as a coping mechanism, avoiding discussing the traumatic event with their child, and pressuring them instead to resume life as it was before, even though it did not conform to their real experience and needs, while perpetuating conflictual relationships. Fewer parents adapted by revisiting their beliefs and expectations that life should go on as if nothing happened and by trying to come up with new functional routines, with nevertheless a perceived risk of overaccommodating the child's maladaptive behaviours. Parents who adapted to the functional consequences of traumatic stress and revisited their daily routines, however, were able to restore some level of connection with their child, and a sense of agency and hope, and to seek help from family, friends, and professionals.

Figure 1 summarizes the connections between the themes and subthemes related to family consequences of traumatic exposure and avoidance as a parental response.

### 4.2. Parents tended to identify externalized rather than internalized symptoms

In line with previous studies (Rescorla et al., 2013, 2017), parents' observations of their child's difficulties



**Figure 1.** Themes and subthemes related to family consequences of traumatic exposure and avoidance as parental response.

emphasize externalized behaviours rather than internalized ones and therefore do not necessarily reflect the emotional experience of children themselves. The symptoms observed fit into the category of post-traumatic stress, according to the DSM-5 criteria (APA, 2013). Flashbacks and intrusive symptoms, however, were not reported by parents, which may be explained by children not sharing these symptoms because it might involve talking about the traumatic event, which could trigger further post-traumatic reactions (Meiser-Stedman et al., 2007).

Dissociative states per se were not reported by parents, even though they might be experienced in post-traumatic reactions; however, parents may not recognize dissociative symptoms if they lack knowledge about them, and these symptoms may be hindered by other symptoms, such as 'shutting down for hours' or 'withdrawing in the room for several hours'.

One striking observation by parents was the emergence of obsessive-compulsive disorder (OCD)-like behaviours in eight girls who had been sexually assaulted, while these symptoms were not noted

prior to the assault. At this point, it is unclear whether these symptoms are part of an acute post-traumatic reaction and would resolve with time, or whether they constitute inaugural symptoms of long-term OCD. Studies investigating the association between CSA and OCD yield contradictory findings, with some having shown an increased rate of CSA among patients with OCD (Caspi et al., 2008; Grisham et al., 2011), while others have not (Carpenter & Chung, 2011). Adults with OCD and a history of CSA, however, have higher OCD symptom severity and more treatment resistance than those without a history of trauma (Boger et al., 2020; Visser et al., 2014). There is also some evidence that childhood trauma may play a role in the development of OCD, particularly cleanliness and washing behaviours (Lochner et al., 2002; Mathews et al., 2008). More prospective research is needed on this subpopulation of children who develop OCD-like behaviours following sexual abuse. An important clinical implication of this finding is to highlight the importance of screening OCD-like behaviours in children and adolescents following CSA exposure to provide early interventions.

#### ***4.3. Parents struggled to understand trauma and questioned their child's social role after trauma, while experiencing shame and stigma, which impacted the parent-child relationship, increased feelings of parental inadequacy, and affected help-seeking behaviours***

It was striking how few trauma-informed explanations were used by parents when describing their child's reduced functioning, while seeking to attribute the causes of the changes within a moral framework rather than a trauma framework: Is my child lying or telling the truth? Is he taking advantage or the situation and using it as an excuse to be lazy? This parental attitude towards children exposed to a traumatic event and their suspicion that their children might be lying or taking advantage of the situation has been observed elsewhere (Røkholt et al., 2016) and seems to reveal a lack of knowledge about the functional consequences of traumatic stress. This poor understanding of trauma appears to fuel miscommunication between parents and children and lead to more conflictual relationships and more parental distress. This misunderstanding can also be explained by the fact that parents did not have access to their child's inner thoughts or feelings, but instead had to deal with externalized symptoms that they struggled to make sense of.

This finding has an important implication in clinical practice as it emphasizes the importance of integrating psychoeducation on traumatic stress beginning at the primary care and paediatric emergency level. Psychoeducation allows the identification

of post-traumatic symptoms and the understanding of trauma. This, in turn, can help to normalize reactions, seeing them as understandable and expected, which would help the teenager to feel validated and understood rather than judged and controlled (Smith et al., 2019; Stallard et al., 2001), and improve parent-child communication while reducing both the parent's and child's anxiety levels (Kerbage et al., 2022). Furthermore, the parental process of normalizing and validating expectable and intense emotionally dysregulated states while explicitly linking the behavioural change to the traumatic exposure can promote children's abilities to regulate emotions and develop more adaptive strategies (Hobfoll et al., 2007; Kerbage et al., 2022). In addition, a more in-depth understanding of trauma beyond the basic knowledge of symptoms may be warranted to make sense of some behaviours that can seem confusing, such as oppositional behaviours, taking out the anger on family members, or wearing provocative outfits following sexual assaults. Understanding loss of control and helplessness as central to the traumatic experience may help parents to understand these behaviours as a maladaptive attempt to regain control over oneself after trauma and to grasp why traumatized children may experience rules and directives as a repetition of the experience of being controlled (Herman, 1997; Van Der Kolk, 2015).

More broadly, this parental doubt regarding the authenticity of symptoms was found to be related to the stigma attached to the victim status. Parents of children who were sexually assaulted expressed feelings of shame and were reluctant to seek help from friends and family members because of this stigma, which ultimately contributed to their feeling socially isolated. The representation of a 'victim' was that of a person who finds some kind of complacency in their situation, taking advantage of the attention and arrangements brought by this situation, while lacking the willpower and sense of responsibility deemed necessary to be able to 'move on'. This stigma around the 'victim' status may reflect a broader societal representation around victims of sexual abuse and lead to internalized stigma in survivors, increasing their feelings of shame, guilt, and self-blame, perpetuating their post-traumatic symptoms, and mediating their long-term adverse outcomes (Coffey et al., 1996; Gibson & Leitenberg, 2001; Schomerus et al., 2021). It is important for health professionals to be aware of the impact of stigma and shame around the victim status, and to address it clinically through an honest conversation with parents about social representations surrounding sexual assault survivors, and how these stereotypes can be deleterious and prevent them from seeking support. This awareness of stigma, coupled with psychoeducation about traumatic stress and enhancing social support, can increase parents'

understanding of their children's behaviours as well as their capacity to efficiently support them.

#### **4.4. School avoidance and lack of perceived support from schools highlight the importance of promoting trauma-informed approaches among teachers**

Of particular concern was the frequent report of considerable changes in school attendance, which can be explained in many intricate ways. There is evidence that post-traumatic stress alters learning processes by inducing impairments in verbal memory, along with complex attention and executive skills, all of which lead to cognitive impairment (Elzinga & Bremner, 2002; Johnsen & Asbjørnsen, 2008). This drop in school performance can further affect the self-esteem of teenagers who have just been impacted by a traumatic event, which, in turn, leads to their missing school. This can be particularly marked in children with pre-existing school difficulties, with the traumatic exposure further affecting their school performance. In addition, refusal to go to school can be a post-traumatic avoidant symptom. A third explanation can be post-traumatic oppositional behaviour and an attempt to regain control after the traumatic event by opposing usual routines (Perrin et al., 2000).

In dealing with this school avoidance, one of the major structural obstacles reported by participants was the perceived lack of appropriate support from the school. According to the French Education Act, schools have the responsibility for providing accommodations and revised learning goals and methods for children with chronic disabilities; however, trauma is not cited in the list of eligible conditions, and this may have constituted an administrative obstacle when considering school accommodations. Some parents ended up dropping the issue of school and shifting to home-schooling to avoid altogether the difficulty of implementing adjustments. However, this may have a deleterious long-term effect since it increases avoidant behaviours in young people, which can perpetuate post-traumatic symptoms (Smith et al., 2019). In addition, parents felt that teachers were not equipped to deal with trauma-exposed children, which is in line with several qualitative studies reporting that teachers felt unsure about their role while dealing with students exposed to trauma and lacked understanding about the educational consequences of traumatic stress (Alisic, 2012; Dyregrov et al., 2013; Papadatou et al., 2002). Since negative social experiences in the aftermath of traumatic exposure are strong risk factors for PTSD (Kithakye et al., 2010; Ozer et al., 2003), our findings have practical implications by highlighting the need to raise awareness about the concept of trauma and its functional consequences in schools, building

capacities among teachers to help them to support trauma-exposed children, and anticipate reduced learning capacity following traumatic exposure.

#### **4.5. Parents fell into two distinct categories while dealing with their child's behaviour: avoidance/shame/social isolation versus dealing with present situations and needs/agency/social support**

Two distinct parental responses emerged in facing the challenges brought by the aftermath of the traumatic exposure: In the first case, which was the majority, parents experienced high levels of shame and stigma and tended to avoid discussing the trauma altogether. They believed that 'life should go on' as it was before the incident and pressured their child to resume 'life as usual', leading to more conflictual interactions. In the second category, parents tried to resolve this paradox of conflicting needs and the pressure of moving on by coming to terms with their new reality and dealing with 'one thing at a time, one day at a time'. This coping mechanism has already been observed in other settings (Foster et al., 2017; Røkholt et al., 2016), and allowed parents to restore broken relationships with their children by displaying more realistic expectations and decreasing pressure on the child. However, it did not fall naturally into the parental role and required extensive logistic accommodations. Parents wondered how long these adaptations would last, and whether they were harming their child by accommodating too much and dealing with them as a special case. This dilemma has practical implications in clinical practice regarding psychoeducation content on post-traumatic recovery. In earlier understandings of grief and trauma, the bereavement process was believed to develop in separate stages, with the goals being to forget, finish with the pain within a few months, and resume normal life (Lindeman, 1944). A newer grief theory, however, sees bereavement as a process of oscillation between focusing on loss and focusing on restoration over a long period of time, which is closer to real experience (Bugge et al., 2012; Stroebe & Schut, 1999). More recent theories of post-traumatic recovery also emphasize this ongoing interaction between the stabilization of post-traumatic symptoms, processing of traumatic memories, and post-traumatic remission (Southwick et al., 2011). Including this knowledge on post-traumatic recovery as a dynamic and evolving process, rather than a rigid, linear task, in the psychoeducation of parents would allow them to normalize and expect that there might be difficult moments and relapse amid the recovery process. Acquiring more cognitive flexibility through knowledge about trauma and recovery would facilitate distress tolerance and the development of healthy coping strategies (Gil-Rivas & Kilmer, 2013;

Wojciak et al., 2022). In our study, few parents were able to reach this conclusion by themselves, displaying a sense of agency in the face of stress by revisiting their expectations, normalizing their experiences, setting realistic daily goals, adapting to the present needs, and focusing on restoring communication with their child.

#### **4.6. A conceptual model of early intervention to promote parental support in the wake of the child's traumatic exposure**

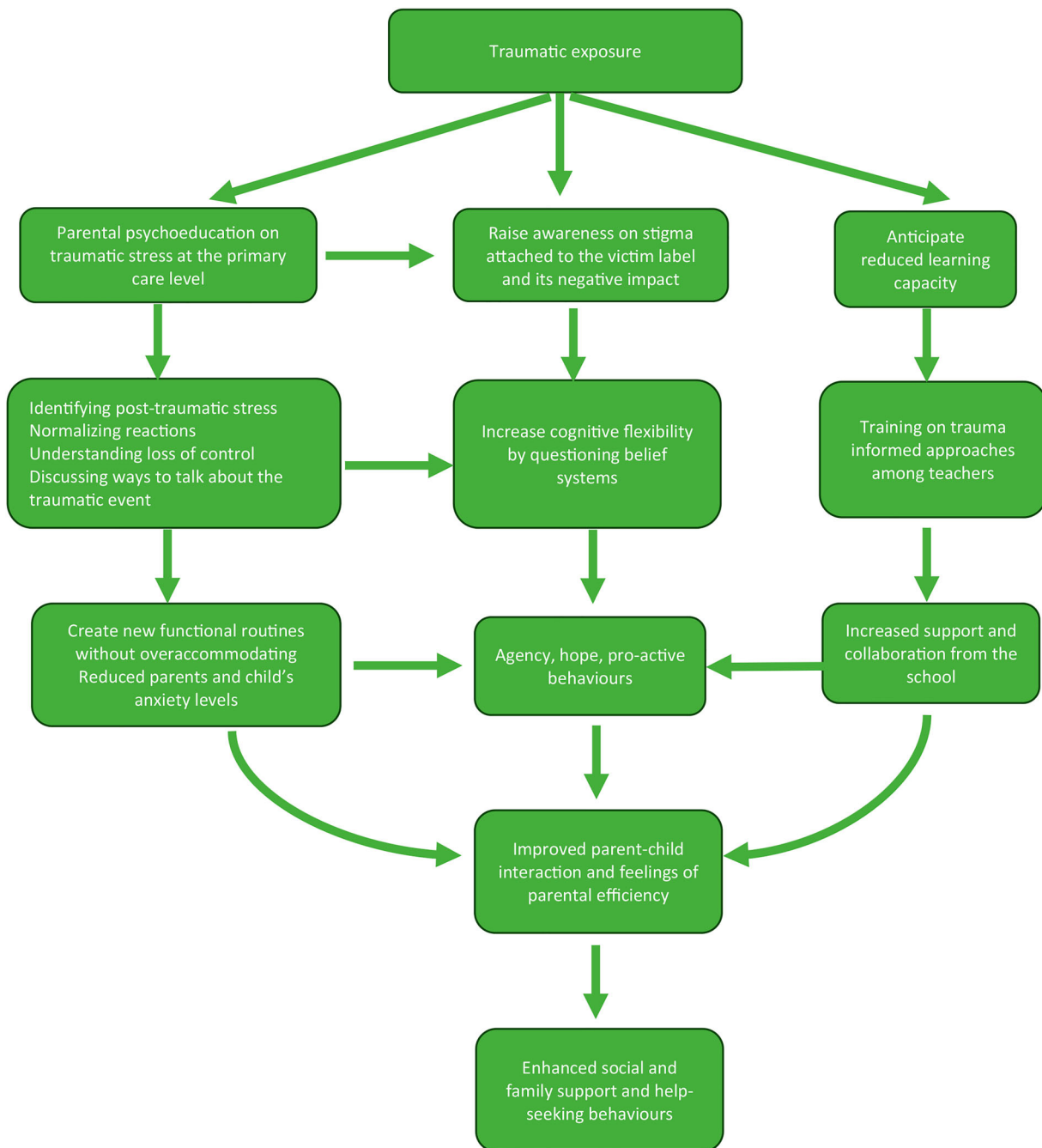
Our findings can be best interpreted through a multi-systemic and ecological framework, where trauma and resilience are implicated in both individuals and systems (Centers for Disease Control and Prevention, 2021; Ellis & Dietz, 2017). This best explains why resilience and recovery after trauma do not rely solely on a child's attribute or trait (Bonanno, 2021) but depend closely on resilient families and communities. The multiple layers of resilience therefore include individual resilience, family resilience, and community resilience. Individual resilience is best described as a process by which an individual utilizes their internal and environmental resources to overcome stressful situations or adversity (Baker et al., 2021). Family resilience is conceptualized as a process consisting of mobilizing interpersonal family resources and strengths within the family to facilitate good outcomes despite risk exposure within a family system (Maurović et al., 2020). Community resilience can be defined 'by the process by which a community can anticipate risk, limit effects, and rapidly recover through adaptation to community-wide trauma and adversity' (Ellis & Dietz, 2017). In addition, our findings reveal that one important component impacting how parents supported their child was their belief systems about the validity of their child's behaviours, the victim status, how recovery should be, and their role in the process. Participants who demonstrated cognitive flexibility were able to question their belief systems that things should get back to normal as soon as possible, and adapt to their child's needs by prioritizing the restoration of the relationship with their child over expectations of performance and functionality. This improved the parent-child relationships, which, in turn, enhanced agency by promoting self-esteem, and feelings of parental efficiency and hope, and facilitated more help-seeking behaviours. Furthermore, the concept of resilience and post-traumatic growth implies acquiring new adaptive strategies, rather than just resuming life and functionality exactly as they were before the traumatic exposure (Kilmer et al., 2014).

In addition, parents who resorted to health professionals for guidance did not feel that they got the help they needed to deal with their child's problems.

Since most of the professionals mentioned were primary healthcare workers, this points to the importance of increasing awareness and training about trauma-informed approaches at the primary healthcare level. Indeed, being trauma informed and resilience oriented should not only be a matter for highly specialized mental health professionals; it should involve frontline workers at all levels of the pyramid of interventions, as conceptualized by the Interagency Standing Committee (IASC), from basic needs up to specialized clinical services (IASC, 2007). (See Supplementary Material 2, adapted from Bah et al., 2018, for the IASC pyramid.) Even though the IASC pyramid of services was initially conceptualized for mental health and psychosocial support in crisis settings (war, natural disaster, migration crisis, etc.), we believe, based on our findings, that it can apply to situations involving other types of traumatic events such as sexual assaults, since trauma disrupts social, family, and community networks, as well as the basic sense of security and safety, all of which need to be addressed at an early stage with multiple overlapping layers of interventions, and not only through specialized clinical services. Trauma-informed approaches do not necessarily mean trauma-focused clinical specialized approaches; they encompass being sensitive to the needs of people who have recently been affected by trauma, by ensuring that they can meet their basic needs, strengthening their family and community support networks, helping them to identify post-traumatic stress, and reinforcing coping strategies, emotion regulation, and parent-child communication, all of which are protective factors in the face of adversity (Kerbage et al., 2022; Levenson, 2017; Roberts et al., 2019). Figure 2 suggests a model for practical early post-traumatic interventions to promote adaptive parental responses, such as cognitive flexibility and agency, and enhance social support.

#### **4.7. Limitations**

Our sample was mainly composed of white French nationals with moderate to high socioeconomic status, as reflected by their educational attainment, and therefore cannot be representative of the population of parents in Montpellier. This socioeconomic status may have allowed parents to make the necessary time and work accommodations to adjust to their children's need for support, where economic constraints might have constituted a structural obstacle. It is important to consider social inequities in accessing and implementing accommodations and adaptive measures. Most of the traumatic events were sexual assaults and all of them were individually targeted in nature, which did not allow us to explore difficulties or coping mechanisms that would be specific to collective traumas (Kerbage et al., 2022), such as exposure to



**Figure 2.** Conceptual model for practical early post-traumatic interventions to promote adaptive parental responses.

war and migration. These limitations point to the importance of conducting further qualitative research sampling a larger and more heterogeneous population.

Several demographic and trauma-related factors, such as prior traumatic experiences for both child and parent, the presence of siblings, the length of time since the child's trauma exposure, differences in parental reactions depending on the child's age (young teenage or late teenage), gender differences for both child and parent, the parent/child relationship prior to the traumatic exposure, and the child's prior mental health/academic functioning, are likely to be relevant in understanding the parents' responses. However, the small sample size and qualitative design of the study did not allow us to draw significant

conclusions regarding the association of these factors with parental reactions. Larger quantitative studies are warranted to examine and measure the correlations between these factors and parental responses.

Moreover, investigating the teenagers' own experiences is crucial, since young people can be effective and informed partners in the research process (King et al., 2015). The scope of our study aimed at understanding parental perceptions, needs, and coping following the child's traumatic exposure; however, further research triangulating findings from various respondents (parents, young people affected by trauma, and their siblings) would allow a more systemic understanding of individual and family resilience.

Finally, it is useful to acknowledge that there is a large amount of literature that critiques the western-centred approach to trauma, and that people from various cultural and social contexts may respond in different ways, and not necessarily within a global discourse on mental health. It is therefore important to contextualize our findings within the population of white French nationals with moderate to high socioeconomic status and to avoid generalization to other cultural contexts where parenting may differ and parents may have other collective social and community resources.

#### 4.8. Conclusion

Children experience trauma not in isolation but in interaction with close relationships (family, peers), communities (schools, neighbourhoods), and society broadly (societal representations about trauma and the victim status). Our findings reveal that parents are challenged in supporting their teenagers following trauma exposure because of structural obstacles, belief systems, stigma, and a lack of understanding on traumatic stress and recovery, all of which alter the child–parent relationship and further increase distress. Since trauma disrupts social and interpersonal bonds, restoring communication and the capacity to relate to close ones seems central to post-traumatic recovery (Charuvastra & Cloitre, 2008). Promoting resilience in children and young people in the face of trauma is closely intertwined with the capacity of their families and communities to display adaptation and resilience in the face of adversities. This has important public health and clinical implications through strengthening families and school systems to enable them to efficiently support children affected by trauma.

#### Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the authors.

#### ORCID

Hala Kerbage  <http://orcid.org/0000-0002-5509-6471>

#### References

- Alaggia, R., Collin-Vézina, D., & Lateef, R. (2019). Facilitators and barriers to child sexual abuse (CSA) disclosures: A research update (2000–2016). *Trauma, Violence and Abuse, 20*(2), 260–283. <https://doi.org/10.1177/1524838017697312>
- Alisic, E. (2012). Teachers' perspectives on providing support to children after trauma: A qualitative study. *School Psychology Quarterly, 27*(1), 51–59. <https://doi.org/10.1037/a0028590>
- Alisic, E., van der Schoot, T. A., van Ginkel, J. R., & Kleber, R. J. (2008). Looking beyond posttraumatic stress disorder in children: Posttraumatic stress reactions, posttraumatic growth, and quality of life in a general population sample. *The Journal of Clinical Psychiatry, 69*(9), 1455–1461. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0913>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. H., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood – A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256*(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Bah, A. J., Idriss, A., Wurie, H., Bertone, M., Elimian, K., Horn, R., & Samai, M. (2018). A scoping study on mental health and psychosocial support (MHPSS) in Sierra Leone. Retrieved April 27, from file:///Users/halakerbage/Downloads/MHPSSinSierraLeone.pdf.
- Baker, F. R. L., Baker, K. L., & Burrell, J. (2021). Introducing the skills-based model of personal resilience: Drawing on content and process factors to build resilience in the workplace. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 94*(2), 458–481. <https://doi.org/10.1111/joop.12340>
- Bellis, D., & Zisk, A. (2014). The biological effects of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 23*(2), 185–222. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.002>
- Berkowitz, J., Stover, C., & Marans, S. (2011). The Child and Family Traumatic Stress Intervention: Secondary prevention for youth at risk youth of developing PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(6), 676–685. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02321.x>
- Blakemore, S. J. (2012). Development of the social brain in adolescence. *Journal of the Royal Society of Medicine, 105*(3), 111–116. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.110221>
- Boger, S., Ehring, T., Berberich, G., & Werner, G. G. (2020). Impact of childhood maltreatment on obsessive-compulsive disorder symptom severity and treatment outcome. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), 1753942. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1753942>
- Bonanno, G. A. (2021). The resilience paradox. *European Journal of Psychotraumatology, 12*(1), 1942642. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1942642>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2007). The bioecological model of human development. In W. Damon, R. M. Lerner, & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology*. Wiley Online Library. <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0114>
- Bugge, K. E., Haugstvedt, K. T., Røkholt, E. G., Darbyshire, P., & Helseth, S. (2012). Adolescent bereavement: Embodied responses, coping and perceptions of a body awareness support programme. *Journal of Clinical Nursing, 21*(15–16), 2160–2169. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04141.x>
- Carpenter, L., & Chung, M. C. (2011). Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84*(4), 367–388. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2010.02003.x>
- Caspi, A., Vishne, T., Sasson, Y., Gross, R., Livne, A., & Zohar, J. (2008). Relationship between childhood sexual abuse and obsessive-compulsive disorder: Case control



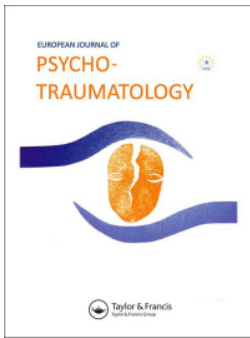
- study. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 45(3), 177–182.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). The Social-Ecological Model: A framework for prevention. Retrieved April 27, 2023, from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/about/social-ecologicalmodel.html>.
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 59(1), 301–328. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085650>
- Cobham, V. E., & McDermott, B. (2014). Perceived parenting change and child posttraumatic stress following a natural disaster. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 24(1), 18–23. <https://doi.org/10.1089/cap.2013.0051>
- Coffey, P., Leitenberg, H., Henning, K., Turner, T., & Bennett, R. T. (1996). Mediators of the long-term impact of child sexual abuse: Perceived stigma, betrayal, powerlessness, and self-blame. *Child Abuse & Neglect*, 20(5), 447–455. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(96\)00019-1](https://doi.org/10.1016/0145-2134(96)00019-1)
- Cox, C. M., Kenardy, J. A., & Hendrikz, J. K. (2008). A meta-analysis of risk factors that predict psychopathology following accidental trauma. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13(2), 98–110. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2008.00141.x>
- Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 28(3), 381–392. <https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1435328>
- Dyregrov, A., Dyregrov, K., & Thormod, I. (2013). Teachers' perceptions of their role facing children in grief. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 18(2), 125–134. <https://doi.org/10.1080/13632752.2012.754165>
- Ellis, W. R., & Dietz, W. H. (2017). A new framework for addressing adverse childhood and community experiences: The Building Community Resilience model. *Academic Pediatrics*, 17(7), S86–S93. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.12.011>
- Elzinga, B. M., & Bremner, J. D. (2002). Are the neural substrates of memory the final common pathway in posttraumatic stress disorder (PTSD)? *Journal of Affective Disorders*, 70(1), 1–17. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(01\)00351-2](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(01)00351-2)
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2015). Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA Pediatrics*, 169(8), 746–754. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0676>
- Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C., & Curtis, K. (2017). Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury*, 48(1), 114–120. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2016.09.034>
- Garfin, T., a, R. R., & Holman, E. A. (2018). Acute stress and subsequent health outcomes: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 112, 107–113. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.05.017>
- Gibson, L. E., & Leitenberg, H. (2001). The impact of child sexual abuse and stigma on methods of coping with sexual assault among undergraduate women. *Child Abuse & Neglect*, 25(10), 1343–1361. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(01\)00279-4](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(01)00279-4)
- Gil-Rivas, V., & Kilmer, R. P. (2013). Children's adjustment following Hurricane Katrina: The role of primary caregivers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(2-3), 413–421. <https://doi.org/10.1111/ajop.12016>
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 113–123. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186>
- Grisham, J. R., Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Poulton, R. (2011). Risk factors prospectively associated with adult obsessive-compulsive symptom dimensions and obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 41(12), 2495–2506. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000894>
- Hahn, H., Putnam, K., Epstein, C., Marans, S., & Putnam, F. (2019). Child and family traumatic stress intervention (CFTSI) reduces parental posttraumatic stress symptoms: A multi-site meta-analysis (MSMA). *Child Abuse & Neglect*, 92, 106–115. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.010>
- Heath, J., Williamson, H., Williams, L., & Harcourt, D. (2018). Parent-perceived isolation and barriers to psychosocial support: A qualitative study to investigate how peer support might help parents of burn-injured children. *Scars, burns & healing*, 4, 2059513118763801. <https://doi.org/10.1177/2059513118763801>
- Hennink, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2011). *Qualitative research methods*. Sage Publications.
- Herman, J. (1997). *Trauma and recovery. The aftermath of violence: From domestic abuse to political terror*. Basic Books.
- Hiller, R. M., Meiser-Stedman, R., Fearon, P., Lobo, S., McKinnon, A., Fraser, A., & Halligan, S. L. (2016). Research review: Changes in the prevalence and symptom severity of child post-traumatic stress disorder in the year following trauma – A meta-analytic study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(8), 884–898. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12566>
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P., de Jong, J. T., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M., & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283–369. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>
- Iacoviello, B. M., & Charney, D. S. (2014). Psychosocial facets of resilience: Implications for preventing post-trauma psychopathology, treating trauma survivors, and enhancing community resilience. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23970>
- Inter-Agency Standing Committee. (2007). *Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Retrieved April 27, 2023, from [http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/guidelines\\_iasc\\_mental\\_health\\_psychosocial\\_june\\_2007.pdf](http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf).
- Johnsen, G. E., & Asbjørnsen, A. E. (2008). Consistent impaired verbal memory in PTSD: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 111(1), 74–82. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.02.007>
- Johnson, J. (2001). In-depth interviewing. In J. F. Gubrium, & J. A. Holstein (Eds.), *Handbook of interview research* (pp. 103–119). Sage Publications.
- Kerbage, H., Bazzi, O., El Hage, W., Corruble, E., & Purper-Ouakil, D. (2022). Early interventions to prevent post-traumatic stress disorder in youth after exposure to a potentially traumatic event: A scoping review.

- Healthcare*, 10(5), 818. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050818>
- Kerns, C. E., Elkins, R. M., Carpenter, A. L., Chou, T., Green, J. G., & Comer, J. S. (2014). Caregiver distress, shared traumatic exposure, and child adjustment among area youth following the 2013 Boston Marathon bombing. *Journal of Affective Disorders*, 167, 50–55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.040>
- Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Griese, B., Hardy, S. J., Hafstad, G. S., & Alisic, E. (2014). Posttraumatic growth in children and youth: Clinical implications of an emerging research literature. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 84(5), 506–518. <https://doi.org/10.1037/ort0000016>
- King, L. S., Osofsky, J. D., Osofsky, H. J., Weems, C. F., Hansel, T. C., & Fassnacht, G. M. (2015). Perceptions of trauma and loss among children and adolescents exposed to disasters a mixed-methods study. *Current Psychology*, 34(3), 524–536. <https://doi.org/10.1007/s12144-015-9348-4>
- Kithakye, M., Morris, A. S., Terranova, A. M., & Myers, S. S. (2010). The Kenyan political conflict and children's adjustment. *Child Development*, 81(4), 1114–1128. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01457.x>
- Kliewer, W., Cunningham, J. N., Diehl, R., Parrish, K. A., Walker, J. M., Atiyeh, C., Neace, B., Duncan, L., Taylor, K., & Mejia, R. (2004). Violence exposure and adjustment in inner-city youth: Child and caregiver emotion regulation skill, caregiver-child relationship quality, and neighborhood cohesion as protective factor. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(3), 477–487. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3303\\_5](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3303_5)
- Lattanzi-Licht, M. (1996). Helping families with adolescents cope with loss. In C. A. Corr, & D. Balk (Eds.), *Handbook of adolescent death and bereavement* (pp. 219–234). Springer.
- Levenson, J. (2017). Trauma-informed social work practice. *Social Work*, 62(2), 105–113. <https://doi.org/10.1093/sw/swx001>
- Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., Odgers, C. L., Stahl, D., Teng, J. Y., & Danese, A. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 247–256. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30031-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30031-8)
- Lindeman, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101(2), 141–148. <https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>
- Lochner, C., du Toit, P. L., Zungu-Dirwayi, N., Marais, A., van Kradenburg, J., Seedat, S., Niehaus, D. J., & Stein, D. J. (2002). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and Anxiety*, 15(2), 66–68. <https://doi.org/10.1002/da.10028>
- Marvasti, A. (2010). Interviews and interviewing. In P. Peterson, R. Tierney, E. Baker, & B. McGaw (Eds.), *International encyclopedia of education* (pp. 424–429). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-044894-7.01583-9>
- Mathews, C. A., Kaur, N., & Stein, M. B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety*, 25(9), 742–751. <https://doi.org/10.1002/da.20316>
- Mathews, T., Dempsey, M., & Overstreet, S. (2009). Effects of exposure to community violence on school functioning: The mediating role of posttraumatic stress symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 586–591. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.04.001>
- Maurović, I., Liebenberg, L., & Ferić, M. (2020). A review of family resilience: Understanding the concept and operationalization challenges to inform research and practice. *Child Care in Practice*, 26(4), 337–357. <https://doi.org/10.1080/13575279.2020.1792838>
- McGuire, R., Hiller, R. M., Cobham, V., Haag, K., & Halligan, S. L. (2019). A mixed-methods investigation of parent-child posttrauma discussion and the effects of encouraging engagement. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1644127. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1644127>
- McLaughlin, K. A., Greif Green, J., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2012). Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 69(11), 1151–1160. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2277>
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Glucksman, E., Yule, W., & Dalgleish, T. (2007). Parent and child agreement for acute stress disorder, post-traumatic stress disorder and other psychopathology in a prospective study of children and adolescents exposed to single-event trauma. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(2), 191–201. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9068-1>
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2009). *Qualitative research: A guide to design and implementation*. Sage.
- Mooney, M., Tarrant, R., Paton, D., Johal, S., & Johnston, D. (2017). Getting through children's effective coping and adaptation in the context of the Canterbury, New Zealand, earthquakes of 2010–2012. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 21(1), 19–30.
- Morse, J.M. (2012). *Qualitative health research: Creating a new discipline*. Left Coast Press.
- Mueller, I., & Tronick, E. (2019). Early life exposure to violence: Developmental consequences on brain and behavior. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 13, 156–156. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00156>
- North, C. S., Suris, A. M., Davis, M., & Smith, R. P. (2009). Toward validation of the diagnosis of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(1), 34–41. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050644>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52–73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
- Papadatou, D., Metallinou, O., Hatzichristou, C., & Pavlidis, L. (2002). Supporting the bereaved child: Teacher's perceptions and experiences in Greece. *Mortality*, 7(3), 324–339. <https://doi.org/10.1080/1357627021000025478>
- Perrin, S., Smith, P., & Yule, W. (2000). The assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 41(3), 277–289. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00612>
- Putnam, F.W. (2006). The impact of trauma on child development. *Juvenile & Family Court Journal*, 57(1), 1–11. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6988.2006.tb00110.x>
- Rakovec-Felser, Z., & Vidovič, L. (2016). Maternal perceptions of and responses to child sexual abuse: Materin Pogled In Odziv Na Spolno Zlorabo Otroka. *Zdravstveno varstvo*, 55(2), 114–120. <https://doi.org/10.1515/sjph-2016-0017>
- Renjith, V., Yesodharan, R., Noronha, J. A., Ladd, E., & George, A. (2021). Qualitative methods in health care research. *International Journal of Preventive Medicine*, 12, 20. [https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM\\_321\\_19](https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_321_19)

- Rescorla, L. A., Ewing, G., Ivanova, M. Y., Aebi, M., Bilenberg, N., Dieleman, G. C., Döpfner, M., Kajokiene, I., Leung, P. W., Plück, J., Steinhausen, H. C., Winkler Metzke, C., Zukauskiene, R., & Verhulst, F. C. (2017). Parent-adolescent cross-informant agreement in clinically referred samples: Findings from seven societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 46*(1), 74–87. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1266642>
- Rescorla, L. A., Ginzburg, S., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Almqvist, F., Begovac, I., Bilenberg, N., Bird, H., Chahed, M., Dobrea, A., Döpfner, M., Erol, N., Hannesdottir, H., Kanbayashi, Y., Lambert, M. C., Leung, P. W., Minaei, A., Novik, T. S., Oh, K. J., ... Verhulst, F. C. (2013). Cross-informant agreement between parent-reported and adolescent self-reported problems in 25 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 42*(2), 262–273. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.717870>
- Roberts, S. J., Chandler, G. E., & Kalmakis, K. (2019). A model for trauma-informed primary care. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 31*(2), 139–144. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000116>
- Røkholt, E. G., Schultz, J. H., & Langballe, Å. (2016). Negotiating a new day: Parents' contributions to supporting students' school functioning after exposure to trauma. *Psychology Research and Behavior Management, 9*, 81–93. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S97229>
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity, 52*(4), 1893–1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
- Schomerus, G., Schindler, S., Rechenberg, T., Gfesser, T., Grabe, H. J., Liebergesell, M., Sander, C., Ulke, C., & Speerforck, S. (2021). Stigma as a barrier to addressing childhood trauma in conversation with trauma survivors: A study in the general population. *PLoS ONE, 16*(10), e0258782. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258782>
- Simon, V. A., Barnett, D., Smith, E., Mucka, L., & Willis, D. (2017). Caregivers' abuse stigmatization and their views of mental health treatment following child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 70*, 331–341. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.024>
- Smith, P., Dagleish, T., & Meiser-Stedman, R. (2019). Practitioner review: Posttraumatic stress disorder and its treatment in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 60*(5), 500–515. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12983>
- Southwick, S. M., Litz, B. T., Charney, D., & Friedman, M. J. (Eds.). (2011). *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan*. Cambridge University Press.
- Stallard, P., Velleman, R., & Baldwin, S. (2001). Recovery from post-traumatic stress disorder in children following road traffic accidents: The role of talking and feeling understood. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 11*(1), 37–41. <https://doi.org/10.1002/casp.610>
- Stover, C. S., Hahn, H., Maciejewski, K. R., Epstein, C., & Marans, S. (2022). The child and family traumatic stress intervention: Factors associated with symptom reduction for children receiving treatment. *Child Abuse & Neglect, 134*, 105886. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105886>
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies, 23*(3), 197–224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 32*(2), 122–138. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.12.001>
- Van Der Kolk, B. (2015). *The body keeps the score*. Penguin Books.
- Visser, H. A., van Minnen, A., van Megen, H., Eikelenboom, M., Hoogendoorn, A. W., Kaarsemaker, M., van Balkom, A. J., & van Oppen, P. (2014). The relationship between adverse childhood experiences and symptom severity, chronicity, and comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry, 75*(10), 1034–1039. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08825>
- Williamson, V., Creswell, C., Butler, I., Christie, H., & Halligan, S. L. (2016). Parental responses to child experiences of trauma following presentation at emergency departments: A qualitative study. *BMJ Open, 6* (11), e012944. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012944>
- Williamson, V., Creswell, C., Butler, I., Christie, H., & Halligan, S. L. (2017a). Parental experiences of supporting children with clinically significant post-traumatic distress: A qualitative study of families accessing psychological services. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 12*(1), 61–72. <https://doi.org/10.1007/s40653-017-0158-8>
- Williamson, V., Creswell, C., Fearon, P., Hiller, R. M., Walker, J., & Halligan, S. L. (2017b). The role of parenting behaviors in childhood post-traumatic stress disorder: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 53*, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.005>
- Wojciak, A. S., Powers, J., Chan, A. C. Y., Pleggenkuhle, A. L., & Hooper, L. M. (2022). ARCCCH model of resilience: A flexible multisystemic resilience framework. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(7), 3920. <https://doi.org/10.3390/ijerph19073920>
- Zatzick, D. F., Jurkovich, G. J., Fan, M. Y., Grossman, D., Russo, J., Katon, W., & Rivara, F. P. (2008). Association between posttraumatic stress and depressive symptoms and functional outcomes in adolescents followed up longitudinally after injury hospitalization. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 162*(7), 642–648. <https://doi.org/10.1001/archpedi.162.7.642>

# ANNEXE X

**Article sur les résultats du site de Beyrouth**



## 'We are all children of war': a qualitative inquiry into parenting following adolescents' recent traumatic exposure in a multiple crisis setting in Beirut, Lebanon

Hala Kerbage, Martine Elbejjani, Ola Bazzi, Wissam El-Hage, Rami BouKhalil, Emmanuelle Corruble & Diane Purper-Ouakil

To cite this article: Hala Kerbage, Martine Elbejjani, Ola Bazzi, Wissam El-Hage, Rami BouKhalil, Emmanuelle Corruble & Diane Purper-Ouakil (2024) 'We are all children of war': a qualitative inquiry into parenting following adolescents' recent traumatic exposure in a multiple crisis setting in Beirut, Lebanon, *European Journal of Psychotraumatology*, 15:1, 2382650, DOI: [10.1080/20008066.2024.2382650](https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2382650)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2382650>



© 2024 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group



[View supplementary material](#)



Published online: 08 Aug 2024.



[Submit your article to this journal](#)



[View related articles](#)



[View Crossmark data](#)



# 'We are all children of war': a qualitative inquiry into parenting following adolescents' recent traumatic exposure in a multiple crisis setting in Beirut, Lebanon

Hala Kerbage<sup>a,b</sup>, Martine Elbejjani<sup>c</sup>, Ola Bazzi<sup>d</sup>, Wissam El-Hage<sup>e,f</sup>, Rami BouKhalil<sup>g</sup>, Emmanuelle Corruble<sup>h,i</sup> and Diane Purper-Ouakil<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Department of Child and Adolescent Psychiatry, Saint Eloi University Hospital, Montpellier, France; <sup>b</sup>Center for Epidemiology and Population Health (CESP), Paris-Saclay University, Paris, France; <sup>c</sup>Clinical Research Institute, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, American University of Beirut, Beirut, Lebanon; <sup>d</sup>Faculty of Health Sciences, American University of Beirut, Beirut, Lebanon; <sup>e</sup>CHRU de Tours, Regional Trauma Center CRP-CVL, Tours, France; <sup>f</sup>UMR 1253, iBrain, University of Tours, INSERM, Tours, France; <sup>g</sup>Saint-Joseph University; Hotel-Dieu de France Hospital, Beirut, Lebanon; <sup>h</sup>CESP, MOODS Team, INSERM U1018, School of Medicine, Paris-Saclay University, Le Kremlin Bicêtre, France; <sup>i</sup>Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie de Bicêtre, Hôpitaux Universitaires Paris-Saclay, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Hôpital de Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre, France

## ABSTRACT

**Background:** Strong familial bonds are crucial to building resilience among youth exposed to traumatic events in socially adverse environments. Exploring parental experiences in the aftermath of adolescents' traumatic exposure in these settings would help tailor early interventions.

**Objective:** We qualitatively explored experiences and perceived needs among parents of teenagers aged 11–16 years who were exposed in the last three months to a potentially traumatic event in Beirut, Lebanon.

**Method:** We purposively sampled 28 parents of 24 adolescents meeting the inclusion criteria. Semi-structured interviews were conducted, and thematic analysis was applied combined with a grounded theory approach.

**Results:** The most frequent traumatic event was direct exposure to the violent clashes that happened in Beirut on 14 October 2021. Parents identified that the recent event exacerbated pre-existing mental health difficulties caused by cumulative stress. They were reminded of their own war experiences and tended to reject the 'sick role' associated with trauma. A majority of participants viewed resilience as a fixed trait characteristic of the Lebanese and avoided communication with their children about traumatic memories, while a significant minority criticised resilience as a myth that added pressure on them and had more open communication about trauma. Parenting styles oscillated between controlling behaviours, warmth, and avoidance, which impacted the family dynamic. Despite adversity, most parents tried to cope through social connectedness, humour, and living day by day.

**Conclusions:** Our findings hold implications for contextual adaptations of early posttraumatic interventions aimed at strengthening family support, such as addressing parental mental health; increasing awareness among first-line responders on parents' potential representations of trauma and resilience; addressing the issue of controlling parenting; and including a component in psychoeducation on traumatic stress that validates the impact of daily stressors on mental health while avoiding direct labelling. Further research is needed to validate the impact of these domains.

## 'Todos somos hijos de la guerra': una investigación cualitativa sobre la crianza después de la reciente exposición traumática de adolescentes en un entorno de crisis múltiple en Beirut, Líbano

**Antecedentes:** Los fuertes lazos familiares son fundamentales para desarrollar la resiliencia en jóvenes expuestos a eventos traumáticos en entornos socialmente adversos. Explorar las experiencias de los padres después de la exposición traumática de los adolescentes en estos contextos ayudaría a adaptar intervenciones tempranas.

**Objetivos:** Exploramos cualitativamente las experiencias y necesidades percibidas entre padres de adolescentes de 11 a 16 años que fueron expuestos en los últimos tres meses a un evento potencialmente traumático en Beirut, Líbano.

**Método:** Seleccionamos intencionalmente a 28 padres de 24 adolescentes que cumplían con los criterios de inclusión. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y se aplicó un análisis temático combinado con un enfoque de teoría fundamentada.

## ARTICLE HISTORY

Received 6 March 2024

Revised 8 July 2024

Accepted 9 July 2024

## KEYWORDS

Posttraumatic stress; adolescents; early interventions; parental experiences; parenting; qualitative study; adversity; Lebanon

## PALABRAS CLAVE

Estrés postraumático; adolescentes; intervenciones tempranas; experiencias parentales; crianza; estudio cualitativo; adversidad; Líbano

## HIGHLIGHTS

- Parents of adolescents recently exposed to trauma in Beirut endure cumulative stress and recall war memories.
- Some parents see resilience as innate, and others criticise it as a myth.
- Early interventions should target parental mental health and conceptions on trauma and resilience.

**CONTACT** Hala Kerbage [hala.kerbage@chu-montpellier.fr](mailto:hala.kerbage@chu-montpellier.fr) Center for Epidemiology and Population Health, Saint-Eloi Hospital, 80 Avenue Augustin Fliche, Montpellier 34090, France

Supplemental data for this article can be accessed online at <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2382650>

© 2024 The Author(s). Published by Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. The terms on which this article has been published allow the posting of the Accepted Manuscript in a repository by the author(s) or with their consent.

**Resultados:** El evento traumático más frecuente fue la exposición directa a los enfrentamientos violentos que ocurrieron en Beirut el 14 de octubre de 2021. Los padres identificaron que este evento reciente exacerbó dificultades preexistentes de salud mental causadas por el estrés acumulativo. Recordaron sus propias experiencias de guerra y tendieron a rechazar el ‘rol de enfermo’ asociado con el trauma. La mayoría de los participantes consideraron la resiliencia como un rasgo fijo característico de los libaneses y evitaron hablar con sus hijos sobre recuerdos traumáticos, mientras que una minoría significativa criticó la resiliencia como un mito que les añadía presión y prefirieron tener una comunicación más abierta sobre el trauma. Los estilos de crianza oscilaron entre comportamientos controladores, calidez y evitación, lo que afectó la dinámica familiar. A pesar de la adversidad, la mayoría de los padres intentaron sobrellevar la situación mediante la conexión social, el humor y el vivir del día a día.

**Conclusiones:** Nuestros hallazgos tienen implicaciones para adaptaciones contextuales de intervenciones tempranas postraumáticas destinadas a fortalecer el apoyo familiar, como abordar la salud mental de los padres; aumentar la conciencia entre los primeros respondedores sobre las posibles representaciones de los padres sobre el trauma y la resiliencia; abordar el tema de la crianza controladora; e incluir un componente de psicoeducación sobre el estrés traumático que valide el impacto de los estresores diarios en la salud mental evitando etiquetas directas. Se necesita más investigación para validar el impacto de estos dominios.

## 1. Introduction

Adolescence plays a pivotal role in shaping future mental health and well-being, yet adolescents are exposed worldwide to high rates of traumatic exposure (Finkelhor et al., 2015; Lewis et al., 2019), with a subsequent risk of developing posttraumatic stress disorder (PTSD) and other psychiatric comorbidities while suffering functional impact and sub-optimal developmental outcomes (Alisic et al., 2008; De Bellis & Zisk, 2014; Mathews et al., 2009). Social and family support are major protective factors promoting recovery in the aftermath of traumatic experiences in youth (Ozer et al., 2003), particularly the quality of the relationship between caregivers and children as well as positive parenting (Cox et al., 2008; Trickey et al., 2012). Qualitative data investigating parenting in the aftermath of children’s traumatic exposure suggest that parents’ responsiveness to their child’s posttraumatic needs is influenced by their own level of distress (Alisic et al., 2012; Egberts et al., 2019). Furthermore, parents struggle with conflicting needs, especially regarding the reinstatement of pre-trauma routines and face obstacles related to lack of collaboration with schools, stigma, and social isolation (Foster et al., 2017; Kerbage et al., 2024; Røkholt et al., 2016; Williamson et al., 2017). Additionally, they tend to avoid trauma-related discussions with their child (Kerbage et al., 2024; McGuire et al., 2019; Williamson et al., 2017). These studies add to the existing evidence highlighting the importance of early interventions that enhance parental supportive capabilities following a child’s exposure to trauma, using a multisystemic model of risk and protective factors (Bronfenbrenner & Morris, 2007; Iacoviello & Charney, 2014; Kerns et al., 2014; Marsac et al., 2014; Mooney et al., 2017). However, these studies were conducted in high-income countries, and the same risk and protective

factors cannot be extrapolated to low – and middle-income countries and/or settings of collective suffering such as war, forced migration, political unrest, or chronic social adversity.

For children and adolescents living in multiple crisis setting, experiencing a traumatic event can be even more disturbing (Betancourt et al., 2010). Strong familial and social bonds might be especially crucial to building resilience in resource-constrained environments (Masten & Narayan, 2012; Sriskandarajah et al., 2015). Parents in these settings have usually experienced past or ongoing traumatic events, disruption of support networks, and/or psychosocial adversity, which may, in turn, influence their ability to serve effectively in a caregiving role following a child’s traumatic exposure. Empirical investigations involving populations exposed to collective trauma, such as war and armed conflict, have led to the emergence of the PTSD model to explain the influence of parental PTSD on parenting behaviours. For instance, PTSD symptoms like anger, hyperarousal, and irritability, might increase the likelihood of harsh parenting (Timshel et al., 2017), while symptoms associated with avoidance, such as emotional detachment and withdrawal, may hinder emotional responsiveness in parents, subsequently affecting their ability to sensitively respond to their children’s needs (De Haene et al., 2010). This connection between parental PTSD and harsh parenting has been observed in various war-affected and high adversity communities, including Sri Lanka (Catani et al., 2008), Northern Uganda (Saile et al., 2014), Israel (Halevi et al., 2016), Gaza (Maloney et al., 2022), South Africa (Christie et al., 2020), and resettled refugees in The Netherlands (Van Ee et al., 2012). Another theoretical framework used to describe the impact of adversity in non-war settings on parenting posits that economic and social stress are linked to

child emotional and behavioural problems via parental mental health and negative parenting (Conger et al., 1994; Leventhal & Brooks-Gunn, 2000). In contrast with the preceding model, which focuses on parental PTSD stemming from the direct effects of war, the family stress model emphasises the significance of everyday struggles that exert equally damaging effects on individuals and families (Miller & Rasmussen, 2010). Both theoretical models illustrate how prior parental exposure to traumatic events, alongside persistent economic and social stress, have a cascading impact on parenting and parents' supportive abilities and consequently yield unfavourable psychosocial outcomes for subsequent generations.

A recent paradigm shift has been observed in studies exploring the psychological effects of prolonged hardship and political violence, from an orientation grounded in pathogenesis, such as PTSD, psychological distress, and risk factors, to a more comprehensive analysis integrating competency related attributes, as well as strength and protective factors (Aitchison et al., 2017; Snyder & Lopez, 2007). This framework addresses multiple levels of micro and macro ecology, promoting adaptive capacity, while conceptualising resilient functioning as an evolving transaction among societal, familial, and individual factors, that includes culture and community (Cicchetti & Rogosch, 1996; Hobfoll, 2001). On the family level, qualitative studies in regions affected by conflict show that despite enduring economic and social hardships, family unity, sense of coherence, and harmony act as sources of resilience and endurance. This has been observed in various contexts such as Afghanistan (Eggerman & Panter-Brick, 2010), post-conflict Rwanda (Betancourt et al., 2011), Israel (Albala & Shapira, 2023), and Gaza (Aitchison et al., 2017). In addition, a strong sense of national and ethnic identity has been evaluated for its potential role in resilience promotion (Aitchison et al., 2017; Dubow et al., 2000; Taylor & Grundy, 1996). Yet no studies have investigated how these multi-layered resilience factors apply to parenting following children's exposure to traumatic events in the context of chronic adversity and/or political upheaval.

Lebanon is a small country in the Middle East that has a long history of political unrest, from a 16-year civil war from 1975 to 1991, to a post-war government marked by corruption and sectarianism, which led the country to one of the worst economic crisis in the world in the last 150 years (Center for Strategic and International Studies, 2023). The financial crisis worsened in 2019, leading to a large anti-government uprising in the country. It has been deepening since then, with severe inflation, unemployment, shortages of fuel, food, and medicine, and entire families plunged into poverty. This situation was further aggravated by the COVID-19 pandemic (Center for

Strategic and International Studies, 2023). Additionally, the Lebanese population has been facing the ongoing risk of war eruption since the end of the civil war due to the sectarian nature of its government and the potential involvement in neighbouring conflicts such as the Syrian war or the Israeli-Palestinian conflict. On 4 August 2020, two explosions occurred at the port of Beirut, resulting in at least 220 deaths and the destruction of entire neighbourhoods in the capital (Kerbage & Elbejjani, 2021). In an unfortunate spate of events, a protest organised by armed political parties on 14 October 2021, against the judge leading the investigation of the Beirut Blast case, escalated into violence, leading to an armed conflict between two political parties in a large neighbourhood of Beirut. During this turmoil, civilians found themselves stuck in their homes, while children were trapped in schools with their teachers for hours until they could be evacuated by the Lebanese army. This marked the first instance of violent armed conflict and shootings on the streets of Lebanon since the civil war (Chulov, 2021).

To our knowledge, no study has yet explored how this multiple economic, political, and social crisis setting has impacted Lebanese parents' responses, experiences, and perceived needs following children and adolescents' traumatic exposure, for instance after the Beirut blast or the 14 October armed conflict. Understanding these lived experiences would help design scalable, tailored early posttraumatic interventions to address factors that might facilitate or impede posttraumatic recovery following traumatic exposure. Few interventions to support parenting in adverse settings have been developed in Lebanon, such as the Caregiver Support Intervention (Miller et al., 2023), and the family systemic psychosocial support intervention (Brown et al., 2022). Although promising, these interventions were tested mainly among Syrian refugees in Lebanon rather than among Lebanese parents. Moreover, they do not specifically address parenting in the aftermath of a child's single traumatic exposure, but rather general parenting behaviours in a context of widespread social adversity. Notably, no study has investigated specific experiences and psychosocial needs of teenagers' parents in Lebanon following traumatic exposure. Adolescence represents a crucial developmental phase during which exposure to trauma can influence familial relationships and disrupt brain development, thereby affecting the acquisition of emotional regulation skills and a stable sense of identity (Alisic et al., 2008; Lattanzi-Licht, 1996; Røkholt et al., 2016). However, this developmental period also offers advantages, including the increased potential of youths to express their needs and build trustworthy relationships. Further, little is known about more complex Lebanese parents' representations and beliefs regarding PTSD and



adjustment and how these representations impact their interactions with the teenager following traumatic exposure amid ongoing adversity.

To fill this gap, we examined the experiences, reactions, and perceived needs among parents of adolescents between the ages of 11 and 16, who have been exposed to a traumatic exposure within the preceding three months in Beirut, Lebanon. We conducted an in-depth qualitative exploration using a grounded theory approach (Charmaz, 2006), and integrating the previously described theoretical models of parenting amid ongoing adversity. Our aim was to develop a conceptual model of risk and protective mechanisms impacting parenting following recent adolescents' traumatic exposure in a multiple crisis setting. Ultimately, this would inform the development of parenting and family interventions that increase caregivers' capacity to promote their children's recovery following a traumatic exposure despite the ongoing context of adversity.

## 2. Method

This research is a component of a larger investigation carried out across two sites in France and Lebanon. The present study only uses data from the Lebanese site. A qualitative interpretive method based on a grounded theory approach was employed using an emic approach to develop a conceptual model of parenting following the adolescent's traumatic exposure, that is rooted in the lived experience of Lebanese parents themselves. This approach proves valuable in comprehending how individuals perceive and derive significance from their encounters, particularly when there exists limited knowledge about a particular topic (Merriam, 2009).

### 2.1. Participant Recruitment

Data collection was carried out from November 2021 to April 2022. Participants were recruited following purposive sampling followed by snowball sampling, targeting Lebanese parents of adolescents aged between 11 and 16 years old who were exposed in the last three months to a traumatic event. Criteria for exclusion comprised instances where there was suspicion of child neglect or abuse (sexual, physical or emotional) by either or both parents, suspicion of domestic violence, or the occurrence of a severe current mental health episode in a parent or the manifestation of suicidal thoughts. Additionally, participants were required to speak, read, and write Arabic. In our study, the definition of a traumatic event aligns with the DSM-5 criteria, necessitating 'direct personal exposure, witnessing trauma in person (and not solely through social media), or indirect exposure through a family member's trauma to an event involving actual

or threatened death, severe injury, or sexual violence' (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Participant recruitment was initially done through psychiatrists and psychologists working in Beirut, via the Lebanese Psychiatric Society and the Lebanese Psychological Association. We engaged by email the professionals registered in both associations, asking to recruit among their clients whenever they encountered in their practice a recent traumatic exposure in an 11–16-year-old, whether as a chief complaint in an initial consultation, throughout the follow-up of a child for a different complaint, or the follow-up of a parent. We held frequent online meetings with mental health professionals who showed interest in the study and willingness to help recruit participants, and briefed professionals on screening for eligible parents and inform them about the aim and procedures of the study. We followed-up personally by phone with mental health professionals who had questions about enrolment and inclusion suitability. We subsequently contacted parents who agreed to participate to gather consent and check for inclusion/exclusion criteria. We resorted then to snowball sampling with participants to recruit further eligible parents who would have been otherwise missed since they did not benefit from mental health care. Snowball sampling was justified by the need to recruit from a hard-to-reach population. Several steps were taken to ensure privacy during the process. First, while obtaining consent, the PI informed participants that they would be asked to provide the names of other potential recruits, but they had the right to decline to provide this information. Second, if participants were willing to provide other names, they were asked to obtain permission from these contacts prior to disclosing their contact information. The PI personally followed up by phone with participants who were willing to do so, checking if the potential recruit had agreed to share his/her contact information. In this case, the PI did not directly contact the referred/potential subject without permission, nor did they have access to any information about a potential subject without permission from that individual. All participants recruited through mental health professionals expressed willingness and motivation to ask permission from several people they knew to be contacted by the PI, believing it would help them to discuss their experiences. To avoid recruiting multiple parents from the same initial family through snowball sampling, we decided to recruit only one 'snowball' family per initial family. This approach reduces the potential bias in representativeness that could arise from recruiting all parents through snowball sampling from the same social network and was sufficient to allow us to achieve data saturation.

During the recruitment period, 21 parents were referred by mental health professionals. Among them,

3 were excluded due to severe parental emotional distress and/or suicidal ideation, and 3 withdrew from the study by not attending the first interview. This resulted in a total of 15 parents being referred. Additional snowball sampling enabled the recruitment of 15 more parents. Among them, 2 withdrew from the study by not attending the first interview, resulting in the recruitment of 13 parents through snowball sampling.

## 2.2. Study design

We used semi-structured, in-depth interviews to capture individuals' subjective experiences, personal stories, and the process of meaning-making (Hennink & Bailey, 2011). The interview guide was drafted using a combination of deductive and inductive conceptual approaches. Initially, the interview guide was developed deductively, drawing from existing literature regarding how parents perceive their child's trauma, coping mechanisms, alterations in parenting styles, child-parent interactions subsequent to the child's traumatic stress responses, and specific parental reactions in complex crisis settings (Eltanamly et al., 2022; Foster et al., 2017; Gil-Rivas & Kilmer, 2013; Røkholt et al., 2016; Sim et al., 2018; Stallard et al., 2001). Questions were formulated to delve into the themes previously identified in the literature in collaboration with academic experts and professionals in child mental health from Lebanon, as elaborated in Supplementary Material. Subsequent refinements were made after each interview to enhance the precision of the questions. The initial interview guide underwent a pilot phase involving a small group of participants ( $n = 3$ ), and adjustments were implemented based on their feedback. These modifications mainly involved rephrasing certain questions, especially those related to assessing risk and protective factors, to encourage more open-ended responses and collect as comprehensive information as possible.

One semi-structured interview, averaging 60–90 minutes in length, was conducted online with each participant. We endorsed the option of remote interviews given the COVID-19 sanitary restrictions that were still implemented at the time of the study in Lebanon. Participants were given the choice of undergoing a second interview, lasting between 20 and 30 minutes. This follow-up session aimed to investigate any potential effects the initial meeting might have had on the participants' mental well-being, explore their experiences in greater depth, and collect their feedback.

While employing a semi-structured approach, the interviews maintained an open-ended style in questioning to grasp the subjective experiences of participants (Marvasti, 2010; Morse, 2012). Interviewers encouraged participants to share their experiences by asking, 'Can

you tell me about your experience since your child has been exposed to the traumatic event?'. Subsequently, additional information was sought following the semi-structured interview guide. However, if participants introduced compelling topics not explicitly covered in the guide, the interviewer permitted the participants to guide the conversation, probing for further details by asking questions like 'Can you tell me more about this?' and 'How did you feel about that?' (Johnson, 2001), or by using keywords such as social support, coping, trauma, family support, and school support. All interviews, conducted in Lebanese Arabic, were led by a native bilingual Lebanese French speaker (HK) and were audio-recorded with the participant's consent.

## 2.3. Ethics

The X institutional review board gave ethical approval to this study (CEHDF 1904). All participants provided written consent, and stringent measures were taken to ensure data confidentiality, including the destruction of recordings after analysis. Participants were informed of their right to withdraw from the study at any point and were offered contact details for emotional support if needed. Additionally, they had the option to receive a summary of the study's findings and discuss them with the interviewer.

During the consent gathering process, participants were carefully assessed for signs of severe emotional distress or suicidal ideation. In instances where such distress was identified, parents were excluded from the study to prevent exacerbation of their mental health condition. Instead, they were directed to appropriate free mental health services for support.

## 2.4. Data Analysis

The interviews were transcribed verbatim into Arabic and then anonymized by replacing names with functional codes. We used a grounded theory approach to develop a conceptual model of risk and protective mechanisms impacting parenting following recent adolescents' traumatic exposure in a multiple crisis setting (Charmaz, 2006). An inductive and interpretative thematic analysis method was used to identify patterns and themes from the triangulated data (Braun & Clarke, 2006; Morse, 2012). We employed this combined approach of grounded theory and thematic analysis, drawing upon recommendations from Braun and Clarke (2023) regarding quality practice in qualitative research, particularly in health psychology contexts. By integrating grounded theory's systematic framework for theory development with thematic analysis's flexibility in identifying patterns and themes, we aimed to achieve a more comprehensive understanding of the data. This approach allowed for the generation of theoretical insights while also ensuring a thorough and

systematic analysis of patterns and themes, enhancing the depth and methodological rigour of our study.

Both data analysis and collection were carried out simultaneously, allowing the research team to conclude recruitment upon reaching coding saturation (Saunders et al., 2018).

The data underwent a multistage recursive coding process, involving compilation, deconstruction, and reconstruction (Braun & Clarke, 2006). After immersing in the data repeatedly for analytical insight, reading and annotating the transcripts, the lead author and a second researcher who was not involved in data collection independently performed initial inductive coding on the transcripts. Both researchers are native Lebanese Arabic speakers. This initial coding was done by fracturing the data through line-by-line coding of the transcripts, and subsequently collapsing or grouping the initial codes to form conceptual categories. An initial coding framework was developed using the emerging conceptual categories and refined iteratively following discussions among the researchers. Data were re-coded using the coding framework, and the resulting conceptual model emerged from linking categories to form pathways. The study's framework was constructed using a bottom-up approach, formed around themes generated from the data (Braun & Clarke, 2006), encompassing overarching themes further divided into sub-themes. The analysis drew comparisons within each theme and sub-theme to identify similarities, differences, and emerging patterns. We decided to convey a general idea about the frequency of themes and subthemes when presenting the results, while acknowledging that quantifying results in qualitative studies should be carefully interpreted and is not necessarily meaningful (Braun & Clarke, 2023). To check the accuracy and credibility of the results, preliminary findings were presented to five participants. Feedback was consistent with the overall conclusions of the study as determined by the research team.

### 3. Results

#### 3.1. Sample characteristics

The recruitment procedure yielded a total of 28 parents of 24 children recently exposed to a traumatic event. Eight children had both parents interviewed, and 20 children had one parent interviewed since the other parent declined to participate because of lack of time and availability. Among participants, 8 parents had two siblings aged between 11 and 16 exposed to the same traumatic event in the last three months. Participants included 24 mothers and four fathers, with a mean age of 47.4 years. All parents and children were Lebanese nationals, and six children had dual French Lebanese nationality. All parents held a university degree.

**Table 1.** Children characteristics.

	Children ( <i>n</i> = 24)
Girls, number	15
Age (years), range (mean)	11–16 (13.2)
Type of traumatic event, number	
Armed conflict	19
Serious accident	3
Sudden loss of a loved one	2
Mental health follow-up before traumatic exposure, number	
ADHD	6
Anxiety disorder	2
Emotional difficulties and emotional dysregulation	1
Behavioural disorder	1
Dual French Lebanese nationality, number	6
Length of time since child's trauma exposure, number	
0–1 month	1
1–2 months	15
2–3 months	8
Siblings, number	
0	4
1	14
2	4
3	2
Situation of parents, number	
Married / living together	22
Separated / divorced	2

Note. ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Children included 15 girls and 9 boys aged from 11 to 16 years. At the time of the study, 10 children already had a mental health follow-up and treatment by a psychotherapist and/or psychiatrist that preceded the traumatic exposure, as reported by parents. The reasons for this follow-up varied between ADHD, anxiety disorders, and emotional and behavioural difficulties, according to parents. Three children had a specific follow-up related to the recent traumatic exposure. The remaining 11 children did not have an ongoing mental health follow-up, and their parents were recruited through snowball sampling beginning from participants referred by mental health professionals. The largely predominant type of traumatic event found was direct exposure to the armed conflict that occurred in Beirut on October 14, 2021, such as being trapped in school and/or evacuated amid the shooting (*n* = 19). Three other children survived serious road accidents sustaining mild to moderate injuries. Additionally, two children witnessed the sudden death of a grandparent at home due to cardiac arrest. See Table 1 for children's demographics.

#### 3.2. Themes and subthemes

The primary recurring themes and sub-themes resulting from our inductive examination of parental perceptions and experiences are outlined in Table 2.

**Theme 1: The recent traumatic exposure is identified as a factor exacerbating pre-existing mental health difficulties caused by cumulative stress, both in children and parents.**

**Table 2.** Themes and sub-themes extracted from the interviews with parents.

Themes	Subthemes	Frequency
1. The recent traumatic exposure is identified as a factor exacerbating pre-existing mental health difficulties caused by cumulative stress, both in children and in parents	1.1. Exacerbation of preexisting emotional and behavioural problems in children	All participants
	1.2. Exacerbation of parental emotional distress.	All participants
2. Earlier war experiences impact communication about trauma and shape perceptions of trauma and resilience	2.1. Remembering earlier war experiences	N = 21
	2.2. Impact on the understanding of trauma	N = 15
	2.3. Impact on the understanding of resilience: Lebanese trait vs myth	N = 19 (trait) versus N = 9 (myth)
	2.4. Communication about traumatic memories: avoidance vs open communication	N = 18 (avoidance) versus N = 6 (open communication)
3. The recent traumatic exposure exacerbates inconsistent parenting styles and alters family dynamics	3.1. Oscillating between parental control/harsh discipline, parental involvement/warmth, and disengagement coping/avoidance	N = 20
	3.2. Impact on the family dynamic and feelings of parental efficiency	N = 13
4. Navigating Adversity: Diverse Strategies for Coping	4.1. Economic resources	N = 8
	4.2. Social connectedness and collective coping	N = 16
	4.3. Seeking help from professionals	N = 13
	4.4. Humour and empathy	N = 17
	4.5. Living the present moment day by day	N = 9

Participants acknowledged that the current traumatic exposure was merely a ‘tipping point’ following a series of stressors and/or traumatic events experienced collectively in Lebanon throughout 2020–2021. They all identified an exacerbation of previous emotional and behavioural problems that they had already observed in their children before the recent traumatic exposure, as well as an aggravation of their own mental distress. The idea of ‘cumulative stress’ was predominant in the transcripts, citing mostly the August 4 Beirut blast in 2020, political unrest in the country and the fear of war, the deepening economic crisis that impacted their daily life and the coronavirus pandemic with the subsequent lockdown and closing of schools from September 2020 to September 2021.

#### *Subtheme 1.1. Exacerbation of preexisting emotional and behavioural problems in children*

Many parents described difficulties in emotional regulation with an irritable mood and oppositional behaviours. ‘He refuses to follow house rules, provokes fights, slams doors [...]’ (P5:11yM). ‘She gets easily angry and frustrated; it was like this during the last months, but now it got worse’ (P13:15yF). Parents of children with preexisting mental health diagnoses reported further exacerbation of emotional dysregulation, especially among children with ADHD, who were already impacted by the lack of access to ADHD medication. This father of a child with ADHD who was exposed to the shooting in Beirut describes how the recent event aggravated an already strained situation:

He already had difficulties regulating emotions [...] it got worse since he has been on and off his medications for a year now, depending on if we find it or not [...]. Sometimes, we need to go to ten pharmacies to find one box ... because of the economic crisis ... it was already exhausting. All last year the school was closed because of the lockdown [...] it was really

unbearable ... so when they announced that this fall the school will resume again (in September 2021) we were so relieved we thought, okay things are going to be a bit better ... and this happens ... they stay locked for hours in the school hearing the shootings unable to get out ... they (referring to political parties and armed factions) will not let us rest ... every time it gets a bit easier there is a new thing happening [...] and again he got even more irritable, frequent anger outbursts, it’s like we are back to square zero ... (P20:14yM)

Parents also reported frequent sleep problems, including nightmares, hyperawareness, and hypervigilance, particularly concerning the armed conflict in the school neighbourhood. This was reported regardless of whether the children had received previous mental health follow-up and psychological treatment. ‘She wakes up in the middle of the night screaming and keeps asking if it is going to happen again’ (P1:12yF). Teens who were exposed to the shootings kept asking about the political situation and the eruption of a potential war and spent hours on social media seeking new information. Parents also noticed that regardless of the type of traumatic event, their children oscillated between needing comfort and withdrawing in their rooms with their phones. Parents also observed decreased concentration on school-related tasks and reluctance to do homework. However, adolescents still wanted to attend school. Parents explained this by mentioning the child’s need to see their friends and socialise after a whole year of lockdown at home and by the fact that this was the only way to see their peers, given that they restricted outings because of the political situation.

I expected her to tell me she does not want to go to school again because of what happened ... although I must tell you, that with me as a parent, it wouldn’t have been an option! [...] well after two days she got back to school again, she wants to see her friends and she tells me they discuss the situation [...] you know the school last year closed for the whole year

because of Covid... it was terrible for her, these online classes, not seeing her friends... so I think it traumatized her even more than what happened with the shooting! (laughs). (P13:15yF)

I became very protective regarding outings especially at night, with all this crazy situation, so I guess she knows she won't see her friends that often if she does not go to school [...]. (P 9:14yF)

### *Subtheme 1.2. Exacerbation of parental emotional distress*

All parents reported high levels of emotional distress that was present before the recent traumatic event, and that was heightened since then. 'I feel stressed and anxious all the time' (P9:14yF). 'I am irritable, I can't sleep at night, constantly worrying about my child, and the future and what's going to happen in this country' (P7:13yF). Parents perceived their mental health problems as being the result of external stress. The equivalent word in Arabic, *dağht*, describes not only stress but external tension, almost physical, exerting pressure on the person. This metaphor of 'pressure' was reported by all participants. They frequently used the metaphor of being strangled *khanka* to describe the pressuring effect of external stressors. They expressed their emotional distress as anger, frustration, anxiety, worry about the future, fear, exhaustion, fatigue, and loss of dignity. They did not consider their symptoms to be consequences of mental illness and viewed them as common to all Lebanese living under these circumstances.

The concept of cumulative stress was very much put forward, as well as the fact that they did not have time to process and adjust to stressors that they were already facing a new traumatic event. The main stressors reported were recent financial constraints caused by the economic crisis to which they had to adapt by changing their usual lifestyle; the very recent memory of the 4 August 2020 Beirut blast, where many among them lost a friend, a family member or had a closed one injured; emerging from a one-year lockdown due to the pandemic; the political unrest of the country with fear of war eruption, and uncertainty about the future. Moreover, usual support networks were reportedly weakened by the recent migration of several family and community members due to the economic crisis, adding to the emotional burden of parents.

This horrible day (referring to the day of the October 14 armed conflict) it was really the tip of the iceberg... an iceberg of stressors we have been living for months now... we can't take it anymore... it's too much... First the economic crisis... than the Beirut blast where we nearly died, and our city was destroyed. Then the pandemic and the lockdown and closing of schools, and now this! I have no time to recover from any of it, as soon as I begin to breathe, something new hits us again... how much can one take? I know so many people who left the country... so many close

friends and family members who used to be of great support... maybe we should leave too but there is too much uncertainty [...]. (P3:14yF)

This concept of cumulative stress was found among all participants regardless of the traumatic event to which the child was exposed.

## **Theme 2: Earlier war experiences impact communication about trauma and shape perceptions and understanding of trauma and resilience.**

Among parents whose children were locked during many hours at school or in the house in the October 14 Beirut armed conflict ( $n = 23$ ), 21 reported being reminded of their experiences during the civil war in Lebanon from 1975 to 1990, where they spent their childhood and/or teenage years. This, in turn, impacted their understanding of the traumatic reactions of their children and shaped their perceptions of trauma and resilience.

### *Subtheme 2.1. Remembering earlier war experiences*

Parents experienced a resurgence of war memories from their childhood and teenage years that further added to their emotional distress due to cumulative stressors. The expression 'we are all children of war' was frequently found in the transcripts and emerged in the interviews without probing.

Since the day it happened, I have images that come back to my mind: how we used to wait for our parents during long hours at school after classes, not knowing if they will be able to make it or not. In this country, we are all children of war (P15:12yF). I thought I was over all this, but I have been having flashbacks and nightmares about the war, how we had to escape from village to village, and the bombings all night long. We are all children of war (P14:13yM). What happened on October 14, it was a war like scene... it reminded me of my own childhood, hiding under the desk at school until we can be evacuated. (P6:12y F)

I keep seeing images I thought I forgot, it can happen anytime during the day, when I am at work for example [...] like when we used to be evacuated from the school, the screaming, the yelling, the corpses on the street, we had to walk over corpses to escape the bombings. (P18: 13yM)

### *Subtheme 2.2. Impact on the understanding of trauma*

Earlier war experiences allowed parents to be more understanding of their children's emotional and behavioural changes and relate it to the traumatic exposure, especially for those who were exposed to the October 14 armed conflict:

I have been there; I have lived this. I can imagine the fear she must have been through hiding under the desk waiting to be able to get out. So now she's acting all weird, sometimes irritable, sometimes anxious, she can't sleep, surely it is because of what she experienced that day. (P11: 15Yf)

I know what it's like to be afraid to die, I understand why she is so anxious now and can't sleep, can't concentrate at school ... she nearly died that day. (P22:16yF)

Though parents frequently used the word 'trauma' to describe their own war memories and the distress of their children, 15 parents were critical of the concept of traumatic stress. They felt it did not accurately describe their experiences and those of their children. Though the symptoms manifested by their teens seemed valid and legitimate, framing them under the concept of traumatic stress was less endorsed by parents.

They keep telling us about trauma. You see those awareness ads of the ministry of health that pass on TV, like trauma this and trauma that ... and your child might have trauma ... Well, I am telling you this is new ... à la mode ... (word used in French in the transcript to mean trendy) [...]. When I was a child no one would talk about trauma. It was just normal; you did not need a special treatment ... you think about it for a few days than you get up and move on with your life under the bombings. (P16:13yM)

Everyone talks about trauma these days in Beirut. We are all traumatized, they say on TV ... and you hear these speeches on trauma all day long and specialists who talk about trauma on TV ... trust me we have been through worse than this in the civil war and no one told us anything about trauma and we grew up like anyone else. If you put in your child the idea that he is traumatized and sick, I think it will be harder for her to move on [...]. (P4:12yF)

Parents used the word trauma in the transcripts in French or English as it appears in this article, since the word that is the closest in meaning in Arabic translates more into shock *sadma* than trauma.

### *Subtheme 2.3. Impact on the understanding of resilience: Lebanese trait vs myth*

The concept of resilience was mentioned by 19 parents as a characteristic trait of the Lebanese population in facing adversity, regardless of the type of recent traumatic event. Even though they recognised and identified high levels of emotional distress in their children and themselves amid ongoing stressors and traumatic events, they expected their child also to manifest this trait at some point to get over their current emotional state. It was not clearly stated how and by which strategies this resilience can manifest since it was referred to as an endogenous characteristic shared by Lebanese individuals and communities. 'We are Lebanese, we are resilient, we will get over all this' (P12:14yM). 'I say to my girl: you are strong, you are Lebanese, we are survivors, we don't give in to fear and sadness' (P17:12yF). They used a quite common metaphor comparing Lebanese to the 'phoenix that rises from ashes over and over again' and quoting a famous Lebanese poet Nadia Tuani: 'Beirut a thousand times died, a thousand times revived' while comparing

themselves to the city. They took pride in defining themselves as resilient.

Even at the highest levels of despair, I know we will get over it, we are Lebanese, we don't dwell on things, we keep on with our life, until we die. I say to my kids: don't forget you are Lebanese, you are strong, and you don't give up, so all this will pass. I find some solace in this belief when I feel down and distressed. (P7:13yF)

During the war when I was a child, there would be three months of intense bombings where we would hide underground and suddenly a week of ceasefire ... I can tell you this ... During this week of pause we would party and dance with neighbors all night long, with festivities and music and food ... until we could do it again and if we are alive. This is the Lebanese resilience you don't see it anywhere else in the world ... so don't tell me about trauma. (P19:14yF)

This concept of perceived resilience was also sometimes equated with accepting one's reality without 'complaining all the time' and expressing gratitude for 'what we have'. Parents commonly ended a sentence or a conversation by the expression *Hamdella*, which means 'we are grateful to God', even after describing horrible memories of war or extreme adversity. By this expression, they meant they were still grateful for being alive and for their loved ones being in good health and for having what they had despite all the hardship. They also expected their children to express this gratitude: 'she does not realize how lucky she is to be alive' (P17:12yF).

At least we are in good health, and we have a roof above our heads (P11:15yF). I tell her complaining and weeping won't help, you should be grateful you have at least family members abroad who can help us financially. (P2:13yF)

Fewer parents, however, found it hard to keep up with this representation of Lebanese resilience and challenged this collective myth that did not conform to their current lived experience or their child's needs. They perceived it as non-realistic and felt it put them and their children under much pressure, bordering on denying their current reality. They also criticised it as being a form of disguised resignation and powerlessness.

I am sick of having to be resilient, just because I am Lebanese, as if it was a sort of genetic blessing. I don't want this label anymore. I need to be able to express my fears and anxiety and allow my child to do this also. I cannot adapt anymore ... How can you adapt to this environment, this ongoing instability, it seems abnormal to be able to adapt to this and to request from our children to do so ... (P24:13yF)

I want a normal life, and this is not normal. At least we can acknowledge it instead of taking pride that we are able to bear anything ... some things are just unbearable ... this is not resilience; it is denial or just foolish pride ... no wonder things never change if you adapt to anything. (P26:14yM)

#### *Subtheme 2.4. Communication about traumatic memories: avoidance vs open communication*

Most parents avoided talking or asking their child about the event, regardless of its type or how s/he feels about it:

I fear that if I talk too much about what happened that day (referring to the October 14 armed conflict), it is going to open a Pandora box and everything we have been living for the past year is going to blow in our face ... beginning from the August 4 explosion ... so better not focus on bad and negative events, sometimes it does not help if you talk about it and dwell on it, you just need to move on, that's what we have been trying to do ... (P14:13yM)

When the teen needed to be reassured or wanted to talk about the event, most parents tried to avoid the discussion with vague answers or shifting to another subject. Sometimes, it was the child himself/herself who avoided talking and thinking about the event and reacted strongly to any reminder of it. 'He also avoided discussing it, displaying strong reactions during the few instances we've tried to address the matter' (P26: 14yM). This in turn further discouraged parents from broaching the subject.

Parents who were reminded about their childhood war memories generally avoided sharing them with their adolescents, fearing it would affect him/her negatively:

No, I don't tell her about my childhood under the bombings ... why would I do that? It is in the past, no need to go there, we have enough to deal with now ... (P 6:12yF). What happened on October 14, it was a war scene ... the same I witnessed nearly every day when I was a child ... but I don't tell him anything about it, no need, the chapter is closed. (P12:14yM)

Fewer parents, however, allowed themselves to openly share with their adolescents their memories of the war in the hope it would increase connection with their child and help him/her feel understood:

That night (of 14 October) when we were reunited I hugged her like I never did before ... and later I told her something I also never opened up about to her before that day, that I am a child of war, that I have lived through it and survived it all and here I am, can we say ... almost normal (laughs and cries at the same time during the interview) ... but it is painful and frightening. I felt she needs to know this about my past ... that it would reassure her in a way. We never talk about the war, as if it never existed ... (P24:13yF)

You know since the war ended in 1991 you keep hearing: 'May God forgive what happened in the past' (referring to a famous Arabic quote on leaving the past behind and move on), while you feel it could happen again everyday ... I talked to my son about the war when I was a child ... after what he saw on 14 October ... I wanted him to feel understood, to

connect with him on a different level ... that it is okay to be afraid, that sometimes you leave some scars but you survive. (P26:14yM)

Interestingly, communicating openly about war memories was found in the transcripts of participants who challenged resilience as a fixed Lebanese trait and tried to develop more dynamic explanations to resilience while prioritising connection with the child.

**Theme 3.** The recent traumatic exposure exacerbates inconsistent parenting styles and alters family dynamics.

Parents reported changes in their parenting styles to deal with the emotional and behavioural difficulties observed in their teens. However, they expressed that these strategies often undermined their sense of parental effectiveness, and they did not necessarily consider them as appropriate.

#### *Subtheme 3.1. Oscillating between parental control/harsh discipline, parental involvement/warmth, and disengagement coping/avoidance*

Many participants reported oscillating between harsh discipline/control, involvement with their child/warmth, and disengagement coping/avoidance. There was however a substantial group of parents ( $n = 9$ ) who did not engage in controlling/avoidant behaviours and were more attuned to the child's needs, which will be described in subtheme 4.5.

The motive for harsh discipline was described as not letting 'the teen slip into bad behaviors or despair', 'indulge in self-pity', 'become weak', or 'get used to a sick role'. This manifested primarily through punishment, yelling, blaming the child for not making efforts to improve, and coercing them into their daily routine. Mental health symptoms were perceived as a weakness that should be addressed through strong free will, moral decision-making, and by relying on the notion of Lebanese resilience. This perception was common among parents ( $n = 20$ ). It was consistent regardless of the type of traumatic event or whether the child had received previous mental health follow-up with a professional.

You can say I coerce her into getting better ... there is no other option. I will not let her spend all her time in bed weeping or on her phone ... she could get used to it and indulge into these behaviors that will not benefit her at all. It's for her own good. I tell her that she should make some efforts, I have been through worse and not one day in my life I spent in bed ... As long as you're alive you just get up and move on ... you're lucky enough to be alive ... (P9:14yF)

Parents also identified that they were more controlling of their child's movements and outings, as they feared something would happen in the country's current political unrest.

However, the same parents who evoked harsh discipline and controlling behaviours were able to show parental involvement and warmth towards their teens at times: 'At night I go and hug her. I tell her that it's hard for all of us, but it's going to be okay (P2:13yF).' They would feel guilty for being so strict while realising their child needed support and validation. 'I feel it's not the right way to deal with him, that he needs more support, but I just can't control it' (P26:14yM). Parents identified, however, that their own distress made it harder to be understanding.

Sometimes I think I am too hard on her and on myself... I get these moments when I am like: what are you doing? Go hug your kid. Try to understand what she's going through [...] but it does not come naturally to me, I am so exhausted myself and barely able to function so maybe that's why I have no patience too. It's not her fault really ... (P9:14Yf)

At times, parents would disengage from their child, resorting to avoiding conflicts and confrontations while avoiding adaptations and adjustment and attempting to resume life as if nothing happened, waiting 'for time to do its job', saying the 'storm will eventually pass', and the adolescent will 'calm down or forget with time'. Despite their persistent efforts to restore normalcy, they faced obstacles due to their adolescents' altered behaviour and reduced functionality. Most of all, their efforts were hindered by the fact that there was a context of ongoing crisis that preceded the traumatic exposure and that a new normal could not be achieved in the presence of continuous instability. Participants highlighted their immense struggles establishing entirely new daily routines and functional lives. As one parent described it:

We want to forget about this incident and move on ... but how can you do it really? We try ... but our girl is barely functional, always absent-minded so how can we ignore this. And plus, even if you want to find a new balance in the family life, which we have been trying to do for the last year ... well something new strikes you again ... like we don't know what is going to happen tomorrow with this situation in the country ... (P8:12YM)

### *Subtheme 3.2. Impact on the family dynamic and feelings of parental efficiency*

Nearly half of the participants reported that the inconsistency in their parental responses, alternating between harsh discipline and warmth, had a significant impact on their relationship with their child and the overall family dynamic. Another source of conflict stemmed from their controlling behaviour regarding their teen's outings, while their children desired to spend time with friends. This conflict led to feelings of inadequacy and a perceived loss of parental efficacy, further contributing to parental distress.

I can't connect with her like I used to [...]. We used to love cooking together but now she is so detached from me, from us, it is like she is in her own world and does not let us in. She does not want to do anything. She only wants to go out at night to see her friends! And I am too anxious to let her go out at night ... I get frustrated so I can only communicate by yelling and blaming and I know this is bad ... it's not helping ... I don't know what to do I feel very confused at times ... so I resort to what I know best: ordering, directing, controlling ... and it only makes things worse! (P2:13yF)

Further, some participants described that there was often a discrepancy between parents in the way they dealt with their child's emotional and behavioural problems and that this created additional tension in the family. Parents highlighted the impact of these conflicting relationships on both the siblings and the overall family dynamics, disrupting established family routines that were already quite altered before the traumatic exposure by the ongoing changes brought by the economic and political crisis of the country. They struggled to address the needs of the siblings, intensifying their sense of guilt and inadequacy.

### **Theme 4. Navigating Adversity: Diverse Strategies for Coping**

Most parents tried to resort at varying degrees to available resources and coping strategies in the aftermath of their teen's traumatic exposure. While all parents described the negative effects of the protracted crisis and the recent child's traumatic exposure on their psychological well-being, some were better able to maintain a positive relationship with their children, responding sensitively to their needs or distress and refraining from harsh treatment. We found that parents who actively used these protective resources were generally those who were able to challenge their assumptions on trauma and resilience, accepting their child's impaired functioning and the concept of traumatic stress without pressuring him/her to be strong or to suppress his/her feelings and move on. They tried to adapt to the situation by seeking more community support and social connectedness, seeking professionals' advice, talking openly with their teen using humour and empathy, and dealing with one day at a time.

#### *Subtheme 4.1. Economic resources*

Greater access to economic resources emerged as a potential protective factor contributing to positive parenting in the aftermath of the child's recent traumatic event amid the ongoing crisis. It also provided parents with a sense of empowerment and agency:

The moment I knew my husband will be paid in dollars I was so relieved ... because you know he works in an international company so with the severe inflation of the Lebanese currency, they shifted their salaries to dollars ... so now I am relieved I know that at least we



will ensure all basic needs [...] And so I immediately became more relaxed and more calm with my child, I am more emotionally available you could say... whereas before this, I had become really short-tempered... because I was so worried all the time. (P22:16yF)

With more economic resources at their disposal, parents felt better equipped to devise plans for a potentially improved future, whether within or outside Lebanon. The option of 'leaving,' as observed among many of their friends and acquaintances, was always kept in mind:

We are really privileged to have our salaries in dollars and work with international companies ... It is such a relief when you see everything that is going on, at least we can save some money, plan for the near future, in case we will be forced to leave, because ... you know ... of the situation ... at least we will not be in a precarious condition ... keep our dignity ... (P9:14yF)

Participants with dual French Lebanese nationality (six participants) also had a greater sense of agency and control since they felt the French nationality secured them; in case of the eruption of war, they believed they could be evacuated with their families to France.

#### *Subtheme 4.2. Social connectedness and collective coping*

Social support was also mentioned as an additional protective resource for promoting support to their child. Participants described emotional support from relatives and friends, even from those who left Lebanon, and the presence of a supportive community network. 'I have them and they have me. We are all together in this' (P8:12yM). The sense of 'collective suffering' and 'collective coping' was mentioned as a form of consolation, knowing that they are not the only ones going through these difficult times but that there is an experience of shared suffering that increases bonding and understanding between people.

I know I am not the only one, I don't need to explain I know my sister understands me, what I am going through, sometimes she stays with the kids so I can just have a nap or some quality time with my eldest. (P28:12yF).

My friends and I, we have this WhatsApp group, we are constantly on it, sharing news, tips, educational advice, resources [...] they are a great support to me, emotional and logistic ... (P19:14yF)

Parents with a supportive relationship with their partner described this as an additional protective resource for promoting positive parenting. Eleven participants specifically attributed their ability to 'adapt to the current situation' and sustain a favourable connection with their children to the emotional and practical support from their spouses.

When I am about to scream at her because she has been in her room all day long, I look at my husband

and take a deep breath. He understands what I am going through, he touches me gently on the shoulder and tells me: let me take this. And so, we alternate with the kids so when one of us is angry the other one is more patient. (P21:15yF)

#### *Subtheme 4.3. Seeking help from professionals*

Another source of help mentioned was that of professionals that parents turned to, when possible, for advice and guidance. The most cited professionals were the family physician, the school counsellor, and their regular psychologist or psychiatrist in case the child had a previous mental health follow-up. Some parents reported professionals were compassionate, tried to alleviate their guilt and provided them with some understanding of trauma. Others, however, were perceived as too quick to prescribe antidepressants as if it was the solution to what seemed to them a very complex situation.

He saw her five minutes and told me she is depressed; she needs anti-depressants' ... and took 80 USD!!! OK I will give it to her because maybe it will help her, but I don't feel it helped me at all deal with her on a daily basis ... (P23:12yF)

They felt professionals did not provide them with practical tools and solutions to deal with their child's emotional and behavioural problems. They also felt that it was merely a way to help their children function daily but that no sustainable improvement was possible if the real sources of distress were ongoing,

Some parents ( $n = 9$ ) reported financial barriers in accessing mental health professionals since mental health care in Lebanon is mostly in the private sector, and there were many problems in health insurance related to the economic crisis that impeded covering the costs of the consultation. They knew about NGOs providing free mental health services but were reluctant to seek those services because of the stigma attached to being 'in need' or benefiting from what they perceived as being charitable organisations.

#### *Subtheme 4.4. Humour and empathy*

Many parents used humour to describe and accept their situation and referred to it as a 'Lebanese way to deal with tragedy and drama'. They mentioned they also used it with their children, sometimes laughing together about the absurdity of the situation. This allowed them to have more empathy towards their children once they let go of the controlling mode and were able to laugh with them. Examples of humour included some jokes in Arabic about how uncertainty and conflict define the Lebanese identity and events.

Oh, you never faced imminent threat of death? You're an impostor you cannot not be Lebanese! (P19:14yF). My cousin is getting married next week. I told her it's an economic crisis, save your money and don't get any fireworks for the wedding, we have political

parties that can shoot their way into the party, its less costly than fireworks, just invite them! (laughs) (P10:13yM). In Lebanon it's always a suspense. Things can seem normal for a while until it blows in your face. Well, at least you don't get bored, there is always some action, I said to my son you don't need a video game, you live in Lebanon it's a live video game! (P8:12y M).

#### *Subtheme 4.5. Living the present moment day by day*

Nine parents described how they came to let go of the controlling perspective and admit they would not be able to let their children move on that fast or behave like nothing happened, especially in the context of ongoing stressors. They adjusted to the situation by focusing on one day at a time, one thing at a time, prioritising the present moment and moments of connection with their child. Parents who made this adjustment described high levels of social and spouse support, more economic resources, and lower levels of parental distress and inefficiency. They stopped pressuring their child to be 'resilient' and were able to challenge their perspectives on trauma as an invalid concept and resilience as a Lebanese fixed trait, saying it did not match their new reality or their children's needs, even though they were raised this way by their parents in war times. They adopted a practical approach aiming at mobilising the necessary logistic support to meet the daily basic needs, day by day. This quote illustrates it:

My husband and I we decided that we need to mobilize our energy to support our kid ... so we let go of the pressure and try to focus on getting through the day and do small tasks with her so we can try to bond again [...]. She began to be more receptive to our efforts to communicate with her. Sometimes it's hard because we are exhausted and worried ourselves, but we keep a good face. Doing her bed, helping in the kitchen, going out for a walk, all of these are daily achievements that we highlight to her ... (P24:13yF)

Okay, so when I was a child, growing under the bombs, I wasn't allowed to complain, I would just suppress everything and move on, having to feel lucky just because I am alive ... I would long for my mom hugging me and reassuring me ... well I thought this is how we cope ... but actually I don't want to do this with my children ... there should be another way than just pretending we are invincible ... at least allow her to express her fear without blaming her by always comparing with more miserable people ... well, it's not a suffering competition! (P25:14yF)

Parents who employed this practical method noted that it aided them in valuing each minor achievement and enhancing their bond with their child, along with regaining some control and mastery over their lives and feelings of parental efficiency. This gave them a sense of agency, self-esteem, and hope that things could get better without denying the reality of the symptoms manifested by their child. 'I began to feel better when I reconnected with my child' (P 25:14yF);

I regained hope when we were laughing together again as a family, at least let me work on something I have some hold on, like my relationship with my children (P27:13yF).

## 4. Discussion

### **4.1. A conceptual model of risk and protective factors impacting parents' supportive abilities following a teenager's recent traumatic exposure in a multiple crisis setting**

To our knowledge, this is the first study to explore pathways through which an ongoing cumulative social, political, and economic crisis alongside traumatic exposure affect parenting and, ultimately parents' ability to support their child in the peritraumatic period. Given the importance of family support in preventing the child's posttraumatic stress and promoting a child's adaptive capacity (Cox et al., 2008; Trickey et al., 2012), empirical evidence on parents' experiences, perceived needs, and coping mechanisms is fundamental for developing early posttraumatic parenting interventions following an adolescent's traumatic exposure in crisis-affected populations (Murphy et al., 2017).

Our findings reveal three interrelated pathways that link risk factors to various dimensions of parenting in the peritraumatic period: (1) the context of multiple ongoing social, economic, and political crises, resulting in high cumulative stress in both parents and children, makes it challenging for parents to be attuned to the specific effect of the adolescent's recent traumatic exposure; (2) resurgence of childhood war memories and parental posttraumatic symptoms further increase parental distress and shape parental responses through their representations about trauma and resilience; (3) parental psychological distress contributes to inconsistent parenting oscillating between harsh/controlling, involved/engaged, and avoidant/disengaged, which impairs positive adolescent-parent interaction. [Figure 1](#) summarises a suggested conceptual model describing the risk factors that emerged in our study as altering parental response and parenting in the aftermath of the adolescent's recent exposure. In line with previous research (Conger et al., 1994; Sim & Georgiades, 2022), our results demonstrate a pathway from daily stressors and parental trauma to inconsistent, harsh, or avoidant parenting via parental psychological distress. This underscores parental mental health as the key mediator between the child's traumatic event and disruptions to parenting and family dynamics. These findings highlight the importance of systematically addressing parental mental health when designing interventions for children in crisis-affected populations. Furthermore, our results align with previous empirical investigations in settings of conflict and collective social suffering, which emphasise that both conceptual models of parental PTSD

and the family stress model appear to apply and potentiate each other as major factors impacting parenting through their direct effect on parental mental health (Barber et al., 2016; Brown et al., 2022; Jordans et al., 2012; Leventhal & Brooks-Gunn, 2000; Miller & Rasmussen, 2010; Timshel et al., 2017).

Regarding protective factors, our results suggest that participants varied in their capacity to use available resources to mitigate the negative impacts of daily stressors. Access to economic resources and social support, particularly from one's spouse and close circle, was an important protective resource for promoting positive parenting to the distressed child in the peritraumatic period. This finding is consistent with research highlighting the importance of addressing structural and social determinants of mental health (Hosny et al., 2023; Kirkbride et al., 2024; Sim et al., 2018). Additionally, our results are in line with previous findings that social support and collective coping can buffer the risks to parental mental health and parenting behaviour in situations of chronic adversity (McConnell et al., 2011; Morris et al., 2017; Sim et al., 2018). This is likely to be particularly crucial in the Lebanese context, given the disruption of extended support networks due to the ongoing massive expatriation of Lebanese families since 2020. Furthermore, parents reported that adapting to their child's needs by living in the present moment day by day and letting go of the pressure to move on was an effective way to restore connection with their child. This cognitive flexibility allowed them to develop more realistic expectations and supportive capacities, thereby restoring their sense of parental efficacy. Similar parental abilities to revisit expectations and adapt to present needs as coping mechanisms following traumatic exposure among youth have been observed in other settings (Foster et al., 2017; Kerbage et al., 2024; Røkholt et al., 2016) and could be a target for intervention. In some Western contexts, standard psychoeducation to parents of youth exposed to traumatic events highlights that resuming preexisting daily habits and routines may be helpful for children and adolescents. However, this did not seem to be the case in our study, as parents expressed that daily life before the recent traumatic event was characterised by uncertainty, unpredictability, and high adversity. Therefore, restoring a nonexistent previous normalcy in a multiple crisis setting seemed impossible, as there was something happening every day. Instead, parents had to adapt to new functional routines and ways of interacting.

#### **4.2. Parental adaptations in a crisis setting may sometimes lead to maladaptive results**

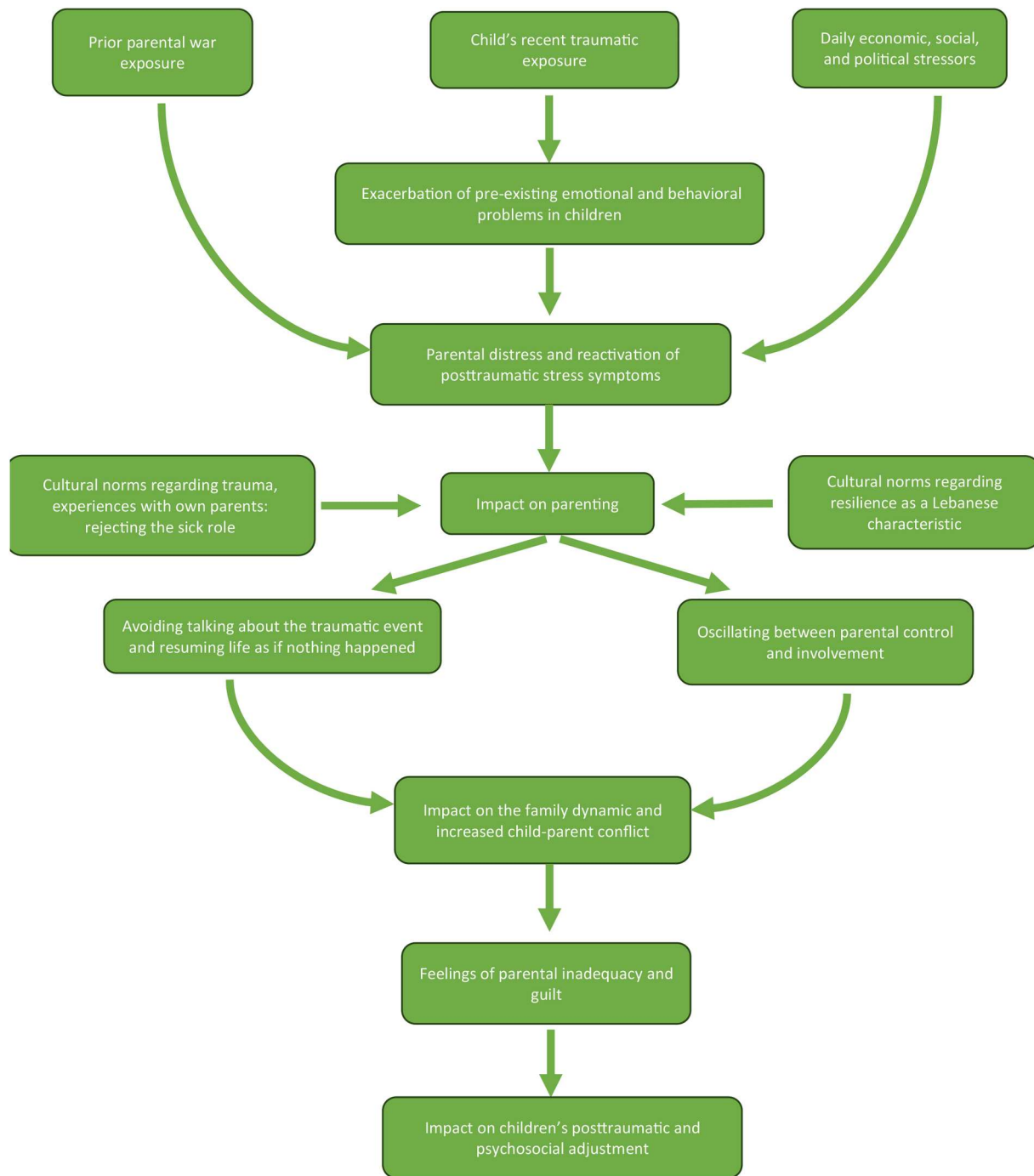
Changes in parental behaviour can also be interpreted as responses to local circumstances, where parents act

as rational actors, adjusting their actions based on evaluations of environmental risks and benefits (LeVine, 1988; Ryan et al., 2008; Sim et al., 2018). It is important to recognise that adaptations can serve various purposes and involve compromises, potentially leading to maladaptive results (Bradley, 2007; Frankenhuis & Del Giudice, 2012). In our study, parents often faced challenges in providing support due to economic pressures, political instability, and other environmental constraints that hindered their ability to reassure their children about potential war outbreaks. Certain adaptive strategies aimed at reducing specific risks to children inadvertently heightened the risk of other adverse outcomes. For instance, controlling parenting, while a rational response to the security context, especially at the time of our data collection, also bears potentially negative consequences for children's social and emotional development. This is especially true in adolescence when youth need to create independent space from parents to shape their identity (Alisic et al., 2008; Lattanzi-Licht, 1996). Controlling parenting can impair positive child–parent relationships particularly following exposure to a traumatic event, where rigid rules, orders and directives can be perceived by youth as a repetition of loss of control and being helpless, which is central to the traumatic experience (Marans, 2005).

Similarly, the perception of resilience as a Lebanese trait was considered by parents as an empowering belief in difficult times that gave them hope and that they wanted to transmit to their children. However, it led to the adverse outcome of avoiding communication about trauma and minimising the impact of the child's traumatic stress symptoms, which might leave the child feeling invalidated and misunderstood, and decrease his/her perception of family support.

#### **4.3. Mental health symptoms are perceived as a normal collective reaction to adversity, rather than medical or trauma problems: implication for clinical practice**

Parents perceived emotional and behavioural problems in their children as a normal reaction to ongoing stressors heightened by the recent traumatic exposure. Some of them even rejected the concept of trauma, fearing it would plunge their child into the 'sick role' and prevent him/her from recovering. The assignment of distress to external circumstances, rather than internal malfunctions, combined with a collective acknowledgment of suffering, may elucidate why mental health issues are perceived as normal among participants, in contrast to the widespread assumption that all Arabic-speaking cultures regard mental health problems as signs of 'madness' (Hassan et al., 2015; Saechao et al., 2012). This finding can be



**Figure 1.** A suggested conceptual model of risk factors that emerged as altering parental response and parenting in the aftermath of the adolescent's recent exposure.

related to the participants' belief that stigma arises only when emotional distress is explicitly labelled as psychological or psychiatric – such as PTSD – rather than with the emotional problem itself, and this is also found among Syrian and Jordanian communities (Hassan et al., 2015).

Parents were resigned to seeking professional help only as a superficial way to alleviate the child's symptoms, mostly through medications, rather than experiencing it as an empowering tool that would equip them with skills to deal with their child's needs. Further, access to free mental health care offered by local and international NGOs in the absence of

affordable and available public services, was stigmatised by parents not because of the mental health aspect, but because of what it would mean to become a 'beneficiary' of NGOs, highlighting the downgrading of social status due to the economic crisis.

Our findings indicate the importance for practitioners in Lebanon to refrain from initially using psychiatric labels when engaging with parents grappling with posttraumatic stress. Instead, acknowledging first the influence of the complexity of the multiple stressors and history of war in triggering emotional distress may prove more beneficial, fostering trust and allowing patient engagement and compliance to

the mental health treatment. It is crucial not to dismiss people's perceptions about the societal origins of their emotional challenges, even when PTSD is present and clinical treatment is warranted. Indeed, a growing body of evidence indicates the integral role of culture and social perceptions in shaping the etiology and phenomenology of mental disorders (Hosny et al., 2023).

An exclusive focus on symptom checklists for disorders might lead to overlooking the political and social context that shapes these issues, potentially leaving individuals feeling misunderstood by healthcare providers (Shannon et al., 2015). Similarly, recognising that some maladaptive parenting responses such as controlling parenting stems from the challenging political context and valid safety concerns is a crucial step before suggesting alternative parenting strategies and empowering parents to discuss this issue with their children.

Several studies emphasise the role of parental psychoeducation on traumatic stress in increasing parental capacity to support the child following a recent traumatic exposure (Kerbage et al., 2022; Kerbage et al., 2024; Stallard et al., 2001). We suggest that psychoeducation in this context should be adapted to integrate and acknowledge the parents' perceptions of the origins of their own symptoms while explaining the functional consequences and clinical validity of traumatic stress since both aspects should not be viewed as mutually exclusive.

#### **4.4. Transgenerational communication of trauma and resilience: implication for clinical practice**

The significance of transgenerational communication and transmission, whether concerning war memories or resilience and survival, emerged inductively without prompting from the datasets, as the interview guide was not initially designed to highlight these issues. Parents tended to fall into two distinct categories regarding communication about traumatic events: most parents avoided talking about the traumatic event, and this was particularly evident in parents of adolescents exposed to the 14 October armed clashes, who expressed being reminded vividly of their childhood war memories. Paradoxically, most regarded resilience as a common characteristic to the Lebanese, shaped in the capacity to always 'rise again'. They felt pressured to transmit this trait to their child or expected their child to manifest it, making them less tolerant towards the child's impaired functioning. Fewer parents, however, could open to their children about their war experiences, motivated by a desire to transmit a narrative of strength and hope. These same parents were the ones who challenged the belief of resilience as a fixed Lebanese

trait and viewed it as a dynamic mechanism, which made them more proactive in their coping styles, seeking support and daily solutions and accepting the adolescent's distress and emotions.

Previous research on transgenerational trauma communication emphasises the rich, historical, and resourceful aspects of family communication about the collective traumatic past (Denham, 2008; Kirmayer et al., 2014; Nagata & Cheng, 2003). Rather than transmitting trauma and negative family experiences, parents can communicate collective strength, identity formation, positive experiences, and high moral values to their children (Braga et al., 2012; Dalgaard & Montgomery, 2015; Rabaia et al., 2014). According to Denham (2008), the impact of historical trauma should be understood as resilience transmission and not as an individual psychopathology. She argues that past collective trauma can result in an integrated and healthy family foundation with earlier generations attempting to help the offspring to make sense of, find reasons for, and increase understanding of past national trauma. Further, it can reveal political commitment and a struggle for human rights and justice among the next generation, such as in South Africa (Liddell et al., 1993). Moreover, in families where transgenerational communication involves providing facts and seeking meaning and explanations for the national trauma, children are less likely to suffer from PTSD or psychological distress, showing that the content of the trauma communication matters (Dalgaard & Montgomery, 2015; Measham & Rousseau, 2010).

In contrast, in our study, parents tended to avoid communication about national trauma or the history of war. A reasonable explanation at the clinical level could be that communicating about past war memories can increase and trigger PTSD symptoms, and therefore, resorting to communication avoidance could be a way of alleviating the intensity of symptoms. However, in settings of collective war trauma, the clinician needs to be attuned to interpretations at the collective community level to integrate both views in the clinical practice. Therefore, one interpretation at the collective level for this avoidance of communication about war trauma in the Lebanese setting might be the well-recognised and documented lack of policies and strategies of commemoration and unified historical discourse regarding past wars and conflicts (Haugbolle, 2011). Prior data suggested that efforts of reconciliation and attempts for collective dialogue of past war and conflicts can be important implications for dealing with emerging collective trauma, particularly in a setting where conflicts are often repeated occurrences (Haugbolle, 2010; Makdisi, 1997).

Professionals practicing in Lebanon or in other conflict settings face these continual complexities

and should be aware of the importance of national history, collective memory, and political struggle in shaping parent–child communication about traumatic events. This can translate practically into delicately highlighting to parents the beneficial mental health role of transgenerational communication incorporating information and meaning-making. This kind of family communication contributes to coherence between the child’s senses and experiences within the family, conceptualised as modulated communication (Dalgaard & Montgomery, 2015). When family members share the traumatic experiences in a meaningful, positive, and informative way, children can maintain a sense of security, a trust in justice and feel empowered (Dalgaard & Montgomery, 2015). By providing explanations for the trauma, parents validate the children’s own experiences, which is known to be associated with beneficial outcomes among war-affected children and families (Almqvist & Broberg, 1997). This is particularly relevant in adolescents, who can be active partners in their healing process and engage in healthy communication styles and coping while expressing their needs and being sensitive to issues of identity and transmission across generations.

Moreover, our findings on some parents questioning the validity of the resilience concept align with the increasing criticism surrounding the term ‘resilience’ in recent years. Numerous researchers argue that the term is often used broadly and can be manipulated, unfairly placing the burden solely on individuals, including children, to adapt to challenging circumstances (Tierney, 2015). This approach overlooks broader political, economic, and structural conditions contributing to difficult situations. Additionally, the idea of inherent resilience in certain individuals or communities can be misleading without considering the local context, available resources, and the ability to navigate these challenges (Chandler, 2019). These discussions carry significant implications for effectively supporting children and adolescents living in conflict-affected areas and exposed to traumatic events.

#### 4.5. Implications for policy and practice

Our findings hold practical implications for contextual adaptations while designing, testing, and implementing early posttraumatic family interventions following an adolescent’s recent traumatic exposure in a multiple crisis setting. Specifically, findings converge on the importance of:

- Including a component that validates and normalises the impact of daily stressors on mental health while adapting language and avoiding direct labelling, in standard psychoeducation on traumatic stress; this

is particularly relevant for populations and settings overburdened by adverse social determinants of mental health.

- Including psychoeducation on the benefits of transgenerational communication of war trauma when clinically allowed (not in cases of severe PTSD).
- Discussing the implications of parental coping in general, and of controlling parenting in particular, to develop communication and coping strategies that promote the adolescent’s autonomy and decision making while recognising circumstantial barriers and ensuring safety.
- Promoting social support by encouraging the involvement of larger social and community networks and linking to available resources.
- Addressing parental mental health, including screening and treating PTSD in parents while promoting overall parental well-being.
- Increasing awareness among first-line responders and mental health professionals on parents’ potential representations about trauma and resilience and the impact of collective memory of national traumatic events.
- Initiating honest conversations with parents about the concept of resilience as a dynamic multisystemic process rather than a fixed trait.
- Engaging schools in several aspects of psychoeducation on traumatic stress as well as education about collective memory and narratives of national traumatic events.

#### 4.6. Limitations

Our sample was mainly composed of middle-class Lebanese nationals from moderate to high socioeconomic status, as reflected by their educational attainment, even though they reported worsening socioeconomic conditions since the beginning of the crisis. This limits the generalizability of our findings. Only four fathers participated in the study, preventing us from extracting specific gender differences in parents’ reactions and experiences. While the inclusion of some fathers and pairs of siblings allowed for a more in-depth understanding of a specific ecological family context, it might have led to the overrepresentation of certain perspectives. These limitations point to the importance of conducting further qualitative research sampling a larger and more heterogeneous population. Additionally, nearly half of the children had received treatment for mental health issues prior to the traumatic event, which may have introduced bias, as these children might already have pre-existing challenging family dynamics. However, these pre-existing mental health difficulties were also pointed out by parents of children who did not receive prior mental health treatment and were perceived by

participants as the consequence of the cumulative crisis setting rather than a mental health condition.

The absence in our sample of parents of adolescents exposed to sexual violence did not allow us to explore specific parental reactions to this type of traumatic event during an ongoing social and economic crisis. In our previous study in France, most of the traumatic exposures were sexual assaults. This could be due to the severe stigma and taboo surrounding child sexual abuse in Lebanon which make it extremely difficult to reveal the sexual aggression or be willing to participate in a study and talk about the event.

Several demographic and trauma-related variables, including past traumatic experiences for both children and parents, presence of siblings, time elapsed since the child's trauma, discrepancies in parental reactions based on the child's age (adolescents versus late teens), gender disparities for both children and parents, the quality of the parent-child relationship before the trauma, and the child's prior mental health and academic performance, are likely pertinent in comprehending parental responses. However, due to the study's limited sample size and qualitative methodology, we were unable to make substantial conclusions regarding the relationship between these factors and parental reactions. Larger-scale quantitative studies are needed to explore and quantify the connections between these variables and parental responses.

Conducting online interviews can be viewed as a limitation compared to face-to-face interviews. This was primarily because the PI is based in France, and frequent travel was not feasible due to the COVID-19 lockdowns that were almost total at the time of the study in both France and Lebanon. One could argue that the online option is more comfortable, offering greater flexibility and ease in managing schedules. This trend was further facilitated by the fact that remote work, online meetings, and telemedicine, in general, thrived during the COVID-19 crisis (Hincapié et al., 2020), becoming normalised and even essential in today's world. In addition to the lockdown, transportation would have been an additional constraint for both participants and the PI due to the fuel crisis during that specific period in Lebanon, because of inflation and shortages of fuel.

Furthermore, it is essential to investigate the experiences of the teenagers themselves, as young individuals can contribute as effective and knowledgeable partners in the research process (King et al., 2015). While our study primarily aimed to grasp parental perceptions, needs, and coping strategies following a child's traumatic exposure, further research that integrates insights from diverse participants (including parents, traumatised youth, and siblings) would facilitate a more comprehensive understanding of individual and familial resilience.

## 5. Conclusion

In a multiple crisis setting where there is history of collective adversity and continual risk for repeated exposure, understanding trauma as both shared and unique rather than an isolated experience is crucial. Our findings reveal that parents are challenged in supporting their adolescents following trauma exposure because of their own emotional distress due to the daily social, economic and political stressors as well as earlier traumatic war experiences. Addressing parental mental health in early family interventions following teenagers' traumatic exposure in these settings is crucial, as well as raising awareness among mental health professionals on the impact of collective memory and narrative in shaping representations of trauma and resilience. Many parents were able to find ways to cope through social support and revisiting their assumptions and beliefs, however, more effort is needed to strengthen families and communities in the face of adversity and implement contextual and cultural adaptations to standard posttraumatic interventions. Ultimately advocating for social and political justice in mental health policies is warranted given the importance of social, economic, and political determinants in shaping populations' mental health (Kirkbride et al., 2024).

## Acknowledgements

We are immensely grateful to the participants who so generously shared their time and experience and to all mental health professionals who took the time to respond to emails and helped with participant recruitment.

## Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the author(s).

## Data availability statement

Data cannot be shared for ethical reasons but can be accessed upon request from the authors.

## ORCID

Hala Kerbage  <http://orcid.org/0000-0002-5509-6471>

## References

- Aitcheson, R. J., Abu-Bader, S. H., Howell, M. K., Khalil, D., & Elbedour, S. (2017). Resilience in Palestinian adolescents living in Gaza. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1), 36–43. <https://doi.org/10.1037/tra0000153>
- Albala, D., & Shapira, S. (2023). Parent-adolescent coping with prolonged geopolitical conflict: A qualitative analysis focusing on distress and resilience. *Family Process*, 62(1), 234–250. <https://doi.org/10.1111/famp.12932>

- Alicis, E., Boeije, H. R., Jongmans, M. J., & Kleber, R. J. (2012). Supporting children after single- incident trauma: Parents' views. *Clinical Pediatrics*, 51(3), 274–282. <https://doi.org/10.1177/0009922811423309>
- Alicis, E., van der Schoot, T. A., van Ginkel, J. R., & Kleber, R. J. (2008). Looking beyond posttraumatic stress disorder in children: Posttraumatic stress reactions, post-traumatic growth, and quality of life in a general population sample. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(9), 1455–1461. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0913>
- Almqvist, K., & Broberg, A. G. (1997). Silence and survival: Working with strategies of denial in families of traumatized pre-school children. *Journal of Child Psychotherapy*, 23(3), 417–435. <https://doi.org/10.1080/00754179708254560>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barber, B. K., McNeely, C. A., El Sarraj, E., Daher, M., Giacaman, R., Arafat, C., Barnes, W., & Abu Mallouh, M. (2016). Mental suffering in protracted political conflict: Feeling broken or destroyed. *PLoS One*, 11(5), e0156216–e0156216. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156216>
- Betancourt, T. S., Borisova, I. I., Williams, T. P., Brennan, R. T., Whitfield, T. H., De La Soudiere, M., Williamson, J., & Gilman, S. E. (2010). Sierra Leone's former child soldiers: A follow-up study of psychosocial adjustment and community reintegration. *Child Development*, 81(4), 1077–1095. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01455.x>
- Betancourt, T. S., Meyers-Ohki, S., Stulac, S. N., Elizabeth Barrera, A., Mushashi, C., & Beardslee, W. R. (2011). Nothing can defeat combined hands (Abashize hamwe ntakibananira): Protective processes and resilience in Rwandan children and families affected by HIV/AIDS. *Social Science & Medicine* (1982), 73(5), 693–701. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.053>
- Bradley, R. H. (2007). Parenting in the breach: How parents help children cope with developmentally challenging circumstances. *Parenting, Science and Practice*, 7(2), 99–148. <https://doi.org/10.1080/15295190701306896>
- Braga, L. L., Mello, M. F., & Fiks, J. P. (2012). Transgenerational transmission of trauma and resilience: A qualitative study with Brazilian offspring of holocaust survivors. *BMC Psychiatry*, 12(1), 134. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-134>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2023). Is thematic analysis used well in health psychology? A critical review of published research, with recommendations for quality practice and reporting. *Health Psychology Review*, 17(4), 695–718. <https://doi.org/10.1080/17437199.2022.2161594>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2007). The bioecological model of human development. In R. M. Lerner & W. Damon (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (Vol. 1, pp. 793–828). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470147658chpsy0114>
- Brown, F. L., Bosqui, T., Elias, J., Farah, S., Mayya, A., Abo Nakkoul, D., Walsh, B., Chreif, S., Einein, A., Meksassi, B., Abi Saad, R., Naal, H., Ghossainy, M. E., Donnelly, M., Betancourt, T. S., Carr, A., Puffer, E., El Chammay, R., & Jordans, M. J. D. (2022). Family systemic psychosocial support for at-risk adolescents in Lebanon: Study protocol for a multi-site randomised controlled trial. *Trials*, 23(1), 327. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06284-y>
- Catani, C., Jacob, N., Schauer, E., Kohila, M., & Neuner, F. (2008). Family violence, war, and natural disasters: A study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 8(1), 33. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-33>
- Center for Strategic and International Studies. (2023). *Haneen Sayed: Lebanon's economic crisis*. <https://www.csis.org/analysis/haneen-sayed-lebanons-economic-crisis>
- Chandler, D. (2019). Resilience and the end(s) of the politics of adaptation. *Resilience*, 7(3), 304–313. <https://doi.org/10.1080/21693293.2019.1605660>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. SAGE.
- Christie, H., Hamilton-Giachritsis, C., Alves-Costa, F., Tomlinson, M., Stewart, J., Skeen, S., Notholi, V., Gqwaka, P., Sambudla, A., & Halligan, S. (2020). Associations between parental trauma, mental health, and parenting: A qualitative study in a high-adversity South African community. *Social Science & Medicine* (1982), 265, 113474. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113474>
- Chulov, M. (2021). Six dead as Beirut gripped by worst street violence in 13 years. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2021/oct/14/gunfire-beirut-protest-judge-leading-port-blast-inquiry>
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(4), 597–600. <https://doi.org/10.1017/S0954579400007318>
- Conger, R. D., Ge, X., Elder, G. H., Lorenz, F. O., & Simons, R. L. (1994). Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Development*, 65(2), 541–561. <https://doi.org/10.2307/1131401>
- Cox, C. M., Kenardy, J. A., & Hendrikz, J. K. (2008). A meta-analysis of risk factors that predict psychopathology following accidental trauma. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13(2), 98–110. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2008.00141.x>
- Dalgaard, N. T., & Montgomery, E. (2015). Disclosure and silencing: A systematic review of the literature on patterns of trauma communication in refugee families. *Transcultural Psychiatry*, 52(5), 579–593. <https://doi.org/10.1177/1363461514568442>
- De Bellis, M. D., & Zisk, A. (2014). The biological effects of childhood trauma. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 23(2), 185–222. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.01.002>
- De Haene, L., Grietens, H., & Verschueren, K. (2010). Adult attachment in the context of refugee traumatization: The impact of organized violence and forced separation on parental states of mind regarding attachment. *Attachment & Human Development*, 12(3), 249–264. <https://doi.org/10.1080/14616731003759732>
- Denham, A. R. (2008). Rethinking historical trauma: Narratives of resilience. *Transcultural Psychiatry*, 45(3), 391–414. <https://doi.org/10.1177/1363461508094673>
- Dubow, E. F., Pargament, K. I., Boxer, P., & Tarakeshwar, N. (2000). Initial investigation of Jewish early adolescents' ethnic identity, stress, and coping. *The Journal of Early Adolescence*, 20(4), 418–441. <https://doi.org/10.1177/0272431600020004003>
- Egberts, M. R., Engelhard, I. M., de Jong, A. E. E., Hofland, H. W. C., Geenen, R., & Van Loey, N. E. E. (2019). Parents' memories and appraisals after paediatric burn



- injury: A qualitative study. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1615346. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1615346>
- Eggerman, M., & Panter-Brick, C. (2010). Suffering, hope, and entrapment: Resilience and cultural values in Afghanistan. *Social Science & Medicine* (1982), 71(1), 71–83. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.023>
- Eltanamy, H., Leijten, P., Rooij, F., & Overbeek, G. (2022). Parenting in times of refuge: A qualitative investigation. *Family Process*, 61(3), 1248–1263. <https://doi.org/10.1111/famp.12717>
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2015). Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the national survey of Children's exposure to violence. *JAMA Pediatrics*, 169(8), 746–754. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0676>
- Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C., & Curtis, K. (2017). Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury*, 48(1), 114–120. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2016.09.034>
- Frankenhuis, W. E., & Del Giudice, M. (2012). When do adaptive developmental mechanisms yield maladaptive outcomes? *Developmental Psychology*, 48(3), 628–642. <https://doi.org/10.1037/a0025629>
- Gil-Rivas, V., & Kilmer, R. P. (2013). Children's adjustment following hurricane Katrina: The role of primary caregivers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(2-3), 413–421. <https://doi.org/10.1111/ajop.12016>
- Halevi, G., Djalovski, A., Vengrober, A., & Feldman, R. (2016). Risk and resilience trajectories in war-exposed children across the first decade of life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(10), 1183–1193. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12622>
- Hassan, G., Kirmayer, L. J., Mekki-Berrada, A., Quosh, C., el Chammay, R., Deville-Stoetzel, J. B., Youssef, A., Jefe-Bahloul, H., Barkeel-Oteo, A., Coutts, A., Song, S. & Ventevogel, P. (2015). *Culture, context and the mental health and psychosocial wellbeing of Syrians: A review for mental health and psychosocial support staff working with Syrians affected by armed conflict*. UNHCR.
- Haugbolle, S. (2010). *War and memory in Lebanon* (1st ed.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511676598>
- Haugbolle, S. (2011). The historiography and the memory of the Lebanese civil war. In J. Sémelin & G. J. Andreopoulos (Eds.), *Online encyclopedia of mass violence* (Vol. 25, pp. 1–14). Sciences Po's Center for International Research and Studies (CERI).
- Hennink, M., & Bailey, A. (2011). *Qualitative research methods*. SAGE.
- Hincapié, M. A., Gallego, J. C., Gempeler, A., Piñeros, J. A., Nasner, D., & Escobar, M. F. (2020). Implementation and usefulness of telemedicine during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11, 215013272098061. <https://doi.org/10.1177/2150132720980612>
- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology*, 50(3), 337–421. <https://doi.org/10.1111/1464-0597.00062>
- Hosny, N., Bovey, M., Dutray, F., & Heim, E. (2023). How is trauma-related distress experienced and expressed in populations from the Greater Middle East and North Africa? A systematic review of qualitative literature. *SSM – Mental Health*, 4, 100258. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100258>
- Iacoviello, B. M., & Charney, D. S. (2014). Psychosocial facets of resilience: Implications for preventing post-trauma psychopathology, treating trauma survivors, and enhancing community resilience. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 1–10. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23970>
- Johnson, J. M. (2001). In-depth interviewing. In J. F. Gubrium & J. A. Holstein (Eds.), *Handbook of interview research*. (pp. 103–119). Sage Publications.
- Jordans, M. J. D., Semrau, M., Thornicroft, G., & van Ommeren, M. (2012). Role of current perceived needs in explaining the association between past trauma exposure and distress in humanitarian settings in Jordan and Nepal. *British Journal of Psychiatry*, 201(4), 276–281. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.102137>
- Kerbage, H., Bazzi, O., El Hage, W., Corruble, E., & Purper-Ouakil, D. (2022). Early interventions to prevent post-traumatic stress disorder in youth after exposure to a potentially traumatic event: A scoping review. *Healthcare*, 10(5), 818. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050818>
- Kerbage, H., & Elbejjani, M. (2021). Mental health in the aftermath of the Beirut blast: Community healing and the quest for justice. *Psychiatric Services*, 72(2), 234–235. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000666>
- Kerbage, H., Elbejjani, M., El-Hage, W., & Purper-Ouakil, D. (2024). 'Life should go on': A qualitative inquiry of parental reactions, experiences, and perceived needs following adolescents' recent traumatic exposure. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2299660. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2299660>
- Kerns, C. E., Elkins, R. M., Carpenter, A. L., Chou, T., Green, J. G., & Comer, J. S. (2014). Caregiver distress shared traumatic exposure, and child adjustment among area youth following the 2013 Boston Marathon bombing. *Journal of Affective Disorders*, 167, 50–55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.040>
- King, L. S., Osofsky, J. D., Osofsky, H. J., Weems, C. F., Hansel, T. C., & Fassnacht, G. M. (2015). Perceptions of trauma and loss among children and adolescents exposed to disasters a mixed-methods study. *Current Psychology (New Brunswick, N.J.)*, 34(3), 524–536. <https://doi.org/10.1007/s12144-015-9348-4>
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Soneson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Kirmayer, L. J., Gone, J. P., & Moses, J. (2014). Rethinking historical trauma. *Transcultural Psychiatry*, 51(3), 299–319. <https://doi.org/10.1177/1363461514536358>
- Lattanzi-Licht, M. (1996). Helping families with adolescents cope with loss. In C. A. Corr & D. E. Balk (Eds.), *Handbook of adolescent death and bereavement* (pp. 219–234). Springer Publishing Company.
- Leventhal, T., & Brooks-Gunn, J. (2000). The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin*, 126(2), 309–337. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.2.309>
- LeVine, R. A. (1988). Human parental care: Universal goals, cultural strategies, individual behavior. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 1988(40), 3–12. <https://doi.org/10.1002/cd.23219884003>

- Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., Odgers, C. L., Stahl, D., Teng, J. Y., & Danese, A. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 247–256. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30031-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30031-8)
- Liddell, C., Kemp, J., & Moema, M. (1993). The young lions: South African children and youth in political struggle. In A. L. Leavitt & N. A. Fox (Eds.), *The psychological effects of war and violence on children* (pp. 199–214). Taylor & Francis Group.
- Makdisi, S. (1997). Laying claim to Beirut: Urban narrative and spatial identity in the age of solidere. *Critical Inquiry*, 23(3), 661–705. <http://www.jstor.org/stable/1344040>
- Maloney, C. A., Miller-Graff, L. E., Wentz, B., & Cummings, E. M. (2022). Evaluating the role of maternal and paternal trauma exposure, emotional security, and mental health in predicting psychological adjustment among Palestinian adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9288. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159288>
- Marans, S. (2005). *Listening to fear: Helping kids cope from nightmares to the nightly news* (1st ed.). Holt Paperbacks.
- Marsac, M. L., Kassam-Adams, N., Delahanty, D. L. F., Widaman, K., & Barakat, L. P. (2014). Posttraumatic stress following acute medical trauma in children: A proposed model of bio-psycho-social processes during the peri-trauma period. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(4), 399–411. <https://doi.org/10.1007/s10567-014-0174-2>
- Marvasti, A. (2010). Interviews and interviewing. In P. L. Peterson, E. L. Baker, & B. McGaw (Eds.), *International encyclopedia of education* (pp. 424–429). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-0448947.01583-9>
- Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2012). Child development in the context of disaster, war, and terrorism: Pathways of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 63(1), 227–257. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100356>
- Mathews, T., Dempsey, M., & Overstreet, S. (2009). Effects of exposure to community violence on school functioning: The mediating role of posttraumatic stress symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 586–591. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.04.001>
- McConnell, D., Breitzkreuz, R., & Savage, A. (2011). From financial hardship to child difficulties: Main and moderating effects of perceived social support. *Child: Care, Health and Development*, 37(5), 679–691. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01185.x>
- McGuire, R., Hiller, R. M., Cobham, V., Haag, K., & Halligan, S. L. (2019). A mixed-methods investigation of parent-child posttrauma discussion and the effects of encouraging engagement. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1644127. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1644127>
- Measham, T., & Rousseau, C. (2010). Family disclosure of war trauma to children. *Traumatology*, 16(2), 14–25. <https://doi.org/10.1177/1534765610365915>
- Merriam, S. B. (2009). *Qualitative research: A guide to design and implementation*. SAGE.
- Miller, K. E., Chen, A., Koppenol-Gonzalez, G. V., Bakolis, I., Arnous, M., Tossyeh, F., El Hassan, A., Saleh, A., Saade, J., Nahas, N., Abboud, M., Jawad, L., & Jordans, M. J. D. (2023). Supporting parenting among Syrian refugees in Lebanon: A randomized controlled trial of the caregiver support intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(1), 71–82. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13668>
- Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine* (1982), 70(1), 7–16. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.029>
- Mooney, M., Tarrant, R., Paton, D., Johal, S., & Johnston, D. (2017). Getting through: Children's effective coping and adaptation in the context of the Canterbury, New Zealand, earthquakes of 2010–2012. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 21(1), 19–30.
- Morris, A. S., Robinson, L. R., Hays-Grudo, J., Claussen, A. H., Hartwig, S. A., & Treat, A. E. (2017). Targeting parenting in early childhood: A public health approach to improve outcomes for children living in poverty. *Child Development*, 88(2), 388–397. <https://doi.org/10.1111/cdev.12743>
- Morse, J. M. (2012). *Qualitative health research: Creating a new discipline*. Left Coast Press.
- Murphy, K. M., Rodrigues, K., Costigan, J., & Annan, J. (2017). Raising children in conflict: An integrative model of parenting in war. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 23(1), 46–57. <https://doi.org/10.1037/pac0000195>
- Nagata, D. K., & Cheng, W. J. Y. (2003). Intergenerational communication of race-related trauma by Japanese American former internees. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(3), 266–278. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.73.3.266>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52–73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
- Rabaia, Y., Saleh, M. F., & Giacaman, R. (2014). Sick or sad? Supporting Palestinian children living in conditions of chronic political violence. *Children & Society*, 28(3), 172–181. <https://doi.org/10.1111/chso.12061>
- Røkholt, E. G., Schultz, J., & Langballe, Å. (2016). Negotiating a new day: Parents' contributions to supporting students' school functioning after exposure to trauma. *Psychology Research and Behavior Management*, 9(Issue 1), 81–93. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S97229>
- Ryan, D., Dooley, B., & Benson, C. (2008). Theoretical perspectives on post-migration adaptation and psychological well-being among refugees: Towards a resource-based model. *Journal of Refugee Studies*, 21(1), 1–18. <https://doi.org/10.1093/jrs/fem047>
- Saechao, F., Sharrock, S., Reicherter, D., Livingston, J. D., Aylward, A., Whisnant, J., Koopman, C., & Kohli, S. (2012). Stressors and barriers to using mental health services among diverse groups of first-generation immigrants to the United States. *Community Mental Health Journal*, 48(1), 98–106. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9419-4>
- Saile, R., Ertl, V., Neuner, F., & Catani, C. (2014). Does war contribute to family violence against children? Findings from a two-generational multi-informant study in Northern Uganda. *Child Abuse & Neglect*, 38(1), 135–146. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.10.007>
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893–1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>

- Shannon, P. J., Wieling, E., McCleary, J. S., & Becher, E. (2015). Exploring the mental health effects of political trauma with newly arrived refugees. *Qualitative Health Research, 25*(4), 443–457. <https://doi.org/10.1177/1049732314549475>
- Sim, A., Fazel, M., Bowes, L., & Gardner, F. (2018). Pathways linking war and displacement to parenting and child adjustment: A qualitative study with Syrian refugees in Lebanon. *Social Science & Medicine (1982), 200*, 19–26. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.009>
- Sim, A., & Georgiades, K. (2022). Neighbourhood and family correlates of immigrant children's mental health: A population-based cross-sectional study in Canada. *BMC Psychiatry, 22*(1), 1–447. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03663-8>
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2007). Living well at every stage of life. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. (pp. 379–402). SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781412973854.n20>
- Sriskandarajah, V., Neuner, F., & Catani, C. (2015). Parental care protects traumatized Sri Lankan children from internalizing behavior problems. *BMC Psychiatry, 15*(1), 203–203. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0583-x>
- Stallard, P., Velleman, R., & Baldwin, S. (2001). Recovery from post-traumatic stress disorder in children following road traffic accidents: The role of talking and feeling understood. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 11*(1), 37–41. <https://doi.org/10.1002/casp.610>
- Taylor, J., & Grundy, C. (1996). Measuring black internalization of white stereotypes about African Americans: The Naganolitization Scale. In R. L. Jones (Ed.), *Handbook of tests and measurements for Black populations* (Vol. 2, pp. 217–226). Cobb & Henry Publishers.
- Tierney, K. (2015). Resilience and the neoliberal project: Discourses, critiques, practices—and Katrina. *The American Behavioral Scientist, 59*(10), 1327–1342. <https://doi.org/10.1177/0002764215591187>
- Timshel, I., Montgomery, E., & Dalgaard, N. T. (2017). A systematic review of risk and protective factors associated with family related violence in refugee families. *Child Abuse & Neglect, 70*, 315–330. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.023>
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 32*(2), 122–138. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.12.001>
- Van Ee, E., Kleber, R. J., & Mooren, T. T. M. (2012). War trauma lingers on: Associations between maternal post-traumatic stress disorder, parent-child interaction, and child development. *Infant Mental Health Journal, 33*(5), 459–468. <https://doi.org/10.1002/imhj.21324>
- Williamson, V., Creswell, C., Fearon, P., Hiller, R. M., Walker, J., & Halligan, S. L. (2017). The role of parenting behaviors in childhood post-traumatic stress disorder: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 53*, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.005>