

IMPACT DU STRESS POST-TRAUMATIQUE LIÉ À LA VIOLENCE DOMESTIQUE SUR LA PARENTALITÉ : DONNÉES EMPIRIQUES ET APPLICATIONS CLINIQUES

[Sandra Rusconi-Serpa](#), [Francesca Suardi](#), [Dominik Moser](#), [Daniel S. Schechter](#)

NecPlus | « [Enfance](#) »

2015/3 N° 3 | pages 409 à 427

ISSN 0013-7545

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-enfance2-2015-3-page-409.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour NecPlus.

© NecPlus. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Impact du stress post-traumatique lié à la violence domestique sur la parentalité : Données empiriques et applications cliniques

Sandra RUSCONI-SERPA*, Francesca SUARDI*,
Dominik MOSER* et Daniel S. SCHECHTER**

RÉSUMÉ

Les mères présentant un état de stress post-traumatique (ESPT) associé à la violence interpersonnelle peuvent expérimenter les manifestations de détresse et/ou d'impuissance de leur jeune enfant comme un déclencheur de leur stress post-traumatique. Cette hypothèse a été testée dans deux études en recrutant des mères et de jeunes enfants (12–42 mois). Les sujets sont intégrés dans un protocole vidéoscopé incluant plusieurs entretiens, un paradigme d'observation des interactions mère-enfant et une séance d'intervention psychothérapeutique expérimentale en feedback vidéo (*Clinician Assisted Videofeedback Exposure Session* : CAVES). Pour un sous-échantillon de sujets, une étude de neuro-imagerie fonctionnelle a été menée dans laquelle sont présentés aux mères des extraits vidéos montrant leur enfant et des enfants inconnus dans un moment de séparation et un moment de jeu mère-enfant. À la fin de l'examen IRM, il est demandé aux mères d'évaluer l'intensité du stress qu'elles ont éprouvé en regardant les images. Les mères avec un ESPT associé à la violence se disent significativement plus stressées que les mères contrôle quand elles regardent leur propre enfant ou un enfant inconnu durant le moment de séparation. Le stress parental est corrélé avec la sévérité de l'ESPT maternel et avec la diminution de la disponibilité maternelle à l'attention conjointe avec l'enfant. Dans les deux études, l'analyse de neuro-imagerie fonctionnelle met en évidence chez les mères traumatisées moins d'activité cérébrale dans le cortex préfrontal médian. L'article illustre comment la technique du CAVES cible la propre dérégulation émotionnelle des mères traumatisées face à la détresse et à l'impuissance de l'enfant et comment la capacité maternelle réflexive peut être mobilisée et stimulée. Un exemple clinique est discuté.

MOTS-CLÉS : ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE, VIOLENCE DOMESTIQUE, RÉGULATION ÉMOTIONNELLE, IRMF, PSYCHOTHÉRAPIE

*Unité de Recherche du Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpitaux Universitaires de Genève, 2 rue Verte, CH-1205 Genève. *E-mails* : Sandra.Rusconi-Serpa@hcuge.ch; Francesca.Suardi@hcuge.ch; Dominik.Moser@hcuge.ch

**Unité de liaison, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpitaux Universitaires de Genève, 2 rue Verte, CH-1205 Genève. *E-mails* : Daniel.Schechter@hcuge.ch

ABSTRACT

Mothers with Interpersonal Violence-Related Post-Traumatic Stress Disorder (IPV-PTSD) may experience their toddler's routine expression of distress and/or helplessness as a trigger of post-traumatic stress. We review evidence in support of this hypothesis from two studies conducted in New York and Geneva. In both studies, mothers and toddlers (ages 12–42 months) were recruited from the community. They entered a protocol including filmed interviews, mother-child interactions and an experimental psychotherapeutic intervention session the Clinician Assisted Videofeedback Exposure Session (CAVES). For a sub-sample of mothers, a functional neuroimaging study was conducted prior to the CAVES, involving mothers watching video-clips of their own and unfamiliar toddlers during separation and play. Following the fMRI scan, mothers rated their own stress while watching the video-clips. Mothers with IPV-PTSD found seeing their own and unfamiliar children during separation as significantly more stressful than controls. Parenting stress was correlated with the severity of maternal PTSD as was decreased maternal availability to their toddlers for joint attention. fMRI revealed less neural activity in the medial prefrontal cortex in both studies. The paper shows how the CAVES technique targets IPV-PTSD mothers own emotional dysregulation upon exposure to child distress and helplessness and supports maternal reflective capacity. Clinical examples are discussed.

KEY-WORDS: PARENTAL PTSD, DOMESTIC VIOLENCE, EMOTIONAL REGULATION, FMRI, PSYCHOTHERAPY

Le développement précoce du jeune enfant et la construction de ses liens d'attachement s'inscrivent dans un processus complexe de régulations mutuelles entre l'enfant et l'adulte qui prend soin de lui, processus bidirectionnel et néanmoins asymétrique (Tronick & Gianino, 1986). Plus spécifiquement, la régulation des émotions joue un rôle déterminant dans le développement socio-émotionnel et les apprentissages du jeune enfant (Cassidy, 1994). De nombreux travaux ont démontré l'impact négatif de la psychopathologie maternelle sur le processus de régulation émotionnelle et il est actuellement établi que le comportement parental sensible et la capacité d'un adulte à s'engager dans la régulation mutuelle des échanges émotionnels avec son enfant sont fortement associés à sa propre histoire de sécurité d'attachement et à la qualité de son fonctionnement réflexif (Fonagy, Steele, Steele, Moran & Higgitt, 1991 ; Slade, Grienemberger, Bernbach, Levy, & Locker, 2005).

L'état de stress post-traumatique (ESPT¹) constitue une forme de psychopathologie caractérisée par une dérégulation des émotions et du seuil d'excitabilité, susceptible d'entraver gravement la communication émotionnelle avec autrui lors d'échanges qui rappellent d'une façon ou d'une autre le trauma. Les symptômes typiques sont les reviviscences, les comportements d'évitement, l'altération marquée de l'état d'alerte et de la réactivité, et les altérations négatives des cognitions et de l'humeur. Lyons-Ruth & Block (1996) ont, les premiers, étudié l'effet de l'ESPT, en particulier l'ESPT associé à l'exposition à la violence, sur la relation parent-enfant. Ils ont montré une association significative entre la sévérité des symptômes ESPT de la mère, son histoire infantile marquée par la maltraitance et un comportement parental hostile et intrusif. Sur la base de ces données, ils ont proposé un modèle du processus à l'œuvre dans la transmission intergénérationnelle du trauma. D'autres études se sont par la suite intéressées au lien entre ce type de psychopathologie parentale et celle présentée par l'enfant en soulignant les effets qu'a la mère sur l'enfant (Scheeringa, Peebles, Cook, & Zeanah, 2001).

Dans nos études, menées d'abord à New York² et actuellement à Genève³ sur le thème de l'impact de l'ESPT maternel associé à la violence sur la régulation mutuelle des émotions et sur la transmission intergénérationnelle du trauma, nous avons voulu aborder ce problème en partant des *effets qu'a l'enfant sur la mère* et en investiguant les *réponses maternelles* qui en découlent.

Cet article a pour but de présenter brièvement ces deux études et quelques données qui en sont issues et apportent une contribution intéressante à la compréhension des caractéristiques de la parentalité chez des mères présentant

1 Dans la suite du texte, le terme ESPT sera utilisé comme abréviation. Par ailleurs et à des fins de simplification, il désignera systématiquement un ESPT complexe associé à l'exposition à la violence interpersonnelle (IPV-PTSD en anglais)

2 *The New York Parent-Child Interaction Project* (NY-PCIP), subventionné par le National Institute of Mental Health. Projet mené par le dernier auteur.

3 Le projet *Geneva Early Childhood Stress*, subventionné par le Fonds National Suisse de la Recherche Scientifique (NCCR Synapsy). Projet en cours codirigé par le premier et le dernier auteur.

un ESPT associé à l'exposition à la violence. Une modalité d'intervention sera également décrite et discutée.

UNE HYPOTHÈSE CENTRALE

Notre hypothèse centrale est que *les émotions négatives intenses et les états d'esprits éprouvés au quotidien par tout jeune enfant* (peur, impuissance, colère, frustration) et qu'il n'est pas en mesure de réguler seul en raison de ses capacités développementales limitées, *pourraient agir comme déclencheurs des symptômes d'un ESPT maternel préexistant* (Schechter, Kaminer, Grienenberger, & Amat, 2003). Cette hypothèse met l'accent sur le processus de co-construction de l'interaction parent-enfant avec l'importance de l'impact qu'a l'enfant sur le parent dans les moments de stress ainsi que sur la réaction en retour du parent à l'enfant. La détresse de l'enfant pourrait en effet rappeler aux mères victimes de violence soit la perte de contrôle de l'auteur de violence soit leur propre peur et leur impuissance en tant que victime. En ce sens, l'enfant en détresse constituerait une menace pour la mère qui déplace alors sa préoccupation primaire pour les besoins de son jeune enfant vers ses propres besoins d'autoprotection. L'indisponibilité maternelle augmentant la détresse de l'enfant, celui-ci augmente en retour le stress de la mère par son comportement et ses émotions négatives de plus en plus intenses. Les deux partenaires interactifs entrent alors dans un cercle vicieux où les comportements de l'un amplifient les réponses de l'autre avec un risque élevé chez la mère d'interpréter de manière erronée les signaux de l'enfant et chez ce dernier d'une dérégulation de ses émotions et de son excitabilité.

L'ESPT ET LES ATTRIBUTIONS MATERNELLES NÉGATIVES

Les attributions maternelles renseignent le clinicien sur les représentations qu'a une mère de son enfant et constituent de bons prédicteurs du comportement maternel (Zeanah *et al.*, 2000). Les représentations maternelles peuvent être négativement distordues par l'expérience de violence interpersonnelle et déclencheurs ultérieurs de stress post-traumatique (Lieberman, Van Horn, & Ippen, 2005 ; Schechter *et al.*, 2005). En fait, une grande partie des mères affectées par un ESPT considèrent leur jeune enfant comme l'un des trois plus grands stressseurs de leur existence plutôt que comme source de joie. Elles ont des représentations de leur enfant qui sont distordues, négatives et peu modulées (Schechter *et al.*, 2006). Certaines d'entre elles admettent qu'elles cherchent souvent à se soustraire aux manifestations de détresse de leur enfant en « coupant le son », « en bloquant les pleurs » ou en « quittant la pièce » où se trouve l'enfant en détresse, et ceci afin de pouvoir s'autoréguler (Schechter, 2003). En outre, dans ces moments, la détresse de l'enfant est souvent comprise comme de la colère et l'enfant est perçu comme cherchant à les contrôler, voire à les menacer. Ces représentations distordues ont pour effet dans certaines situations d'entraver sévèrement la réponse maternelle aux besoins émotionnels de l'enfant.

L'ATTENTION CONJOINTE

L'attention conjointe – en tant que processus à travers lequel deux individus signalent l'un à l'autre qu'ils partagent un focus d'attention commun – joue un rôle central dans la régulation des émotions et doit à ce titre être évaluée. Elle constitue un prérequis important pour la mère qui aide son enfant à réguler ses émotions dans la mesure où la mère doit être aussi bien attentive à l'état émotionnel de son enfant qu'aux efforts de ce dernier pour lire l'état émotionnel de sa mère (Schechter *et al.*, 2010).

QUESTIONS DE L'ÉTUDE

Des paradigmes comme la Situation étrange (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall 1978) et la Procédure de Crowell modifiée par Zeanah *et al.*, (2000) sont particulièrement bien étudiés dans notre champ d'investigation et sont utilisés pour étudier l'attachement de l'enfant à son pourvoyeur de soins. Ils incluent des épisodes de séparation et réunion parent-enfant et permettent ainsi d'observer en laboratoire un *stresseur* de la vie courante qui tend à susciter la détresse chez le parent et chez l'enfant, en particulier dans les premières années de vie.

En utilisant comme *stresseur* principal cette situation paradigmatique de séparation/réunion entre la mère et l'enfant, nous cherchons à répondre dans nos études à quelques questions assez simples : les mères traumatisées *versus* non traumatisées sont-elles plus affectées par la détresse de leur enfant au moment de la séparation ? L'enfant d'une mère traumatisée se caractérise-t-il par une détresse plus importante ? Comment les mères traumatisées lisent-elles les signaux émotionnels de leur enfant et plus spécifiquement la détresse quand elles retrouvent leur enfant après la séparation ? Comment les mères traumatisées comparées à des mères non traumatisées contiennent-elles leur anxiété et leur peur ainsi que celle de leur enfant au moment de le retrouver ?

Les deux études portent sur la dyade mère-enfant. En effet, compte tenu de l'histoire actuelle de violence interpersonnelle vécue par un nombre élevé de participantes avec leur partenaire, nous n'avons pu inclure les pères dans cette étude et leur histoire n'a été investiguée qu'au travers des informations transmises par la mère. Il s'agit d'une limitation de nos études.

PROTOCOLE

Le projet *Geneva Early Childhood Stress*, actuellement en cours à Genève, est une réplification et une expansion de l'étude de New York. La procédure de base des deux études étant similaire, nous présenterons ici succinctement le protocole de l'étude menée à Genève. Sur le plan du recrutement, les mères sont toutes volontaires, recrutées au moyen de formulaires d'information mis à disposition dans des lieux publics, de soins ou spécialisés dans le suivi de la violence domestique.

Après un premier rendez-vous d'éligibilité⁴, le protocole de l'étude de base se compose de trois rendez-vous :

Le rendez-vous 1 concerne la mère seule. Il comprend un entretien semi-structuré portant sur les représentations maternelles de l'enfant et la relation mère-enfant puis un entretien centré sur l'histoire maternelle d'attachement, les événements de vie et l'investigation d'une possible psychopathologie associée aux événements traumatiques (ESPT, dissociation, dépression).

Le rendez-vous 2 est consacré à l'observation des interactions mère-enfant au cours d'un jeu libre et d'une tâche structurée. Plusieurs stressseurs sont successivement introduits : deux épisodes de séparation/réunion, un moment de frustration, et la confrontation à deux situations déroutantes ou inquiétantes (entrée d'un clown et présentation d'un dinosaure robotisé). C'est également durant ce rendez-vous que quatre échantillons de salive, de la mère et de l'enfant, sont prélevés à intervalles réguliers. Ce matériel biologique doit permettre d'analyser chez la mère et chez l'enfant les réponses physiologiques au stress sur la base des courbes de cortisol et de mener à bien des analyses épigénétiques.

Le rendez-vous 3 est consacré au CAVES (*Clinician Assisted Video-feedback Exposure Session*), qui est une intervention expérimentale visant à stimuler la mentalisation sur la base d'un feedback vidéo (Schechter *et al.*, 2006). Cette intervention sera décrite plus loin et illustrée par une vignette clinique.

SOUS-ÉTUDE DE NEURO-IMAGERIE

Que se passe-t-il dans le cerveau des mères traumatisées par la violence et la maltraitance quand elles s'occupent de leurs jeunes enfants ? Y a-t-il des signes dans le fonctionnement cérébral maternel, montrant que l'enfant, stressé par la séparation, agit comme déclencheur de la surexcitation (« stress ») et de l'évitement maternel ? Une petite étude de neuro-imagerie fonctionnelle a été menée à New York⁵ visant à comprendre comment le stress maternel durant la séparation peut affecter la manière de traiter les informations relatives à la communication émotionnelle de l'enfant. Plus spécifiquement, nous avons voulu analyser les patterns de l'activité cérébrale maternelle sous-tendant la perception que la mère a de l'émotion de l'enfant et l'évaluation qu'elle en fait (*appraisal*), face à un stress commun et dans sa fonction de parent d'un jeune enfant. Un groupe de mères traumatisées a été comparé à un groupe de mères contrôles. La situation expérimentale proposée est que les mères dans l'IRM regardent de courts extraits vidéo de leur enfant et d'enfants inconnus issus du rendez-vous 2, respectivement

4 Critères d'inclusion : enfant biologique âgé de 12 à 42 mois ne présentant pas de handicap ni de trouble grave du développement. Critères d'exclusion : mère présentant une psychose active, une toxicodépendance active, un handicap physique ou un retard mental

5 Laboratoire IRM de l'Institut psychiatrique de New York (B. Peterson), avec le soutien de l'Institut Sackler pour la psychobiologie développementale et le National Institute of Mental Health.

une situation suscitant une émotion positive (jeu libre) et une situation suscitant une émotion négative (séparation).

La participation à ce rendez-vous est facultative mais toutes les mères éligibles pour un examen IRM ont été encouragées à y participer. À l'issue de l'examen IRM, les mères remplissent un questionnaire où il leur est demandé d'évaluer leur niveau de stress et de plaisir face aux extraits présentés durant l'examen IRM. Ce rendez-vous consacré à la sous-étude d'imagerie fonctionnelle prend place entre le rendez-vous 2 et le rendez-vous 3 de l'étude de base. Les indicateurs techniques utilisés dans la récolte de données cérébrales sont décrits en détail dans deux publications⁶. Cette sous-étude a été répétée à Genève avec un plus grand échantillon et des tâches supplémentaires et située de la même manière dans le protocole de l'étude de base.

RÉSULTATS

Activité cérébrale maternelle

Des réponses à nos questions ont été trouvées dans l'étude IRMf menée à New York⁷ (Schechter *et al.*, 2012). Cette étude a démontré que parmi 11 mères ESPT versus 9 mères non-ESPT, les mères ESPT présentaient moins d'activation d'une région impliquée dans la régulation des émotions et dans la mémoire autobiographique – le cortex préfrontal médian – durant le visionnement des extraits vidéos de leurs propres enfants et d'enfants inconnus dans les contextes de séparation *versus* jeu. Ces mères ESPT présentaient en revanche plus d'activation du système limbique (par ex. la région parahippocampe/entorhine), région très impliquée dans la peur conditionnée et donc la réponse aux menaces et la consolidation des traces de souvenirs traumatiques.

Auto-évaluation du stress parental

Afin de contextualiser ces résultats portant sur l'activation neuronale, les mères ont répondu après le scan à un questionnaire leur demandant d'évaluer leur niveau de stress et de plaisir face aux extraits vidéos présentés. Comparées aux mères contrôles, les mères ESPT ont trouvé qu'il était significativement plus stressant de voir les images de leur propre enfant et d'un enfant inconnu dans le moment de séparation. Elles ont également eu significativement moins de plaisir que les mères contrôles à regarder les extraits de vidéo qui montrent leur enfant dans la condition de jeu. La Figure 1 illustre ces résultats.

Dans le même sens, nos analyses portant sur un échantillon plus large (N = 74) incluant ces mêmes mères ayant participé à l'Étude IRMf ont mis en évidence que le degré de stress parental plus global dans la vie courante avec l'enfant évalué au moyen d'un auto-questionnaire, le *Parenting Stress Index*

6 Schechter *et al.*, 2012, 2015.

7 Principaux résultats publiés de l'étude de New York.

Réponse auto-rapportée des mères aux vidéos des enfants (n = 20)

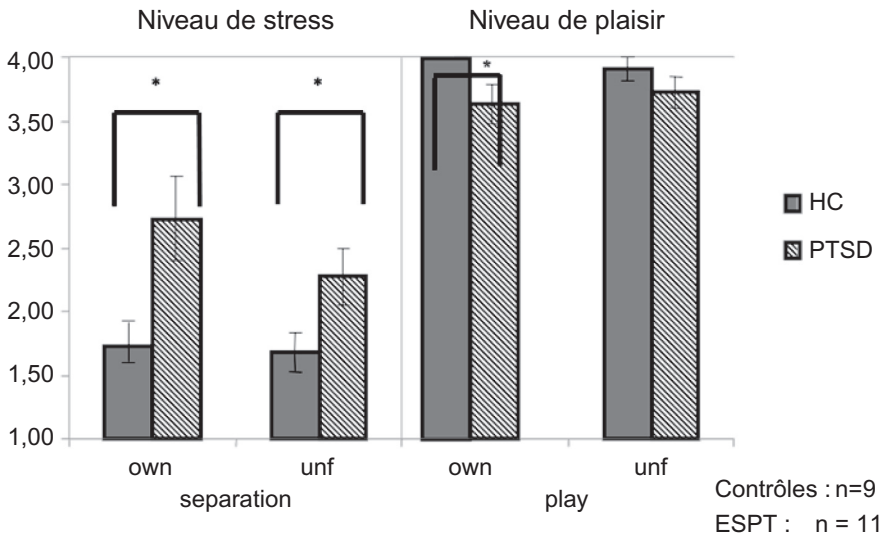


Figure 1.

Comparaison entre groupe ESPT (PTSD) et groupe contrôle (HC) sur le stress et le plaisir rapportés en réponse au visionnement dans l'IRM de leur propre enfant (*own*) et d'enfants inconnus (*unf*) dans des moments de séparation *versus* jeu (*play*).

(PSI-SF ; Abidin, 1995), apparaît associé significativement avec la sévérité de l'ESPT (Schechter *et al.*, 2010).

Stress maternel et disponibilité maternelle pour l'attention conjointe

Avec le même échantillon, nous avons également pu démontrer que la sévérité des symptômes de l'ESPT maternel était négativement et significativement corrélée à la disponibilité maternelle pour répondre aux essais par son enfant d'initier l'attention conjointe *mais uniquement pendant la période consécutive au stress de séparation*, à savoir dans les 2 premières minutes après les retrouvailles (N = 74, $r = 0,38$, $p \leq 0,001$). Autrement dit, plus la mère présente des symptômes d'ESPT sévère, moins elle répond aux demandes d'attention de son enfant dans le moment de jeu qui suit la situation stressante (épisode séparation/réunion) (Schechter *et al.*, 2010). Ces résultats confirment que l'exposition à un stress diminue spécifiquement la disponibilité à l'attention conjointe chez les mères avec ESPT.

Dans le projet *Geneva Early Childhood Stress*, nous avons répliqué et étendu l'étude IRMf qui a été faite à New York. Quarante-cinq mères et leurs enfants (âgés 12 à 42 mois) ont été recrutées avec une surreprésentation des femmes victimes de violence. Sur ces 45 mères, 28 avaient soit un diagnostic en remplissant les critères pour l'ESPT dans le DSM-IV-TR soit des symptômes importants de l'ESPT sans forcément remplir tous les critères dans le DSM. Dix-sept mères n'avaient ni le diagnostic d'un ESPT ni des symptômes

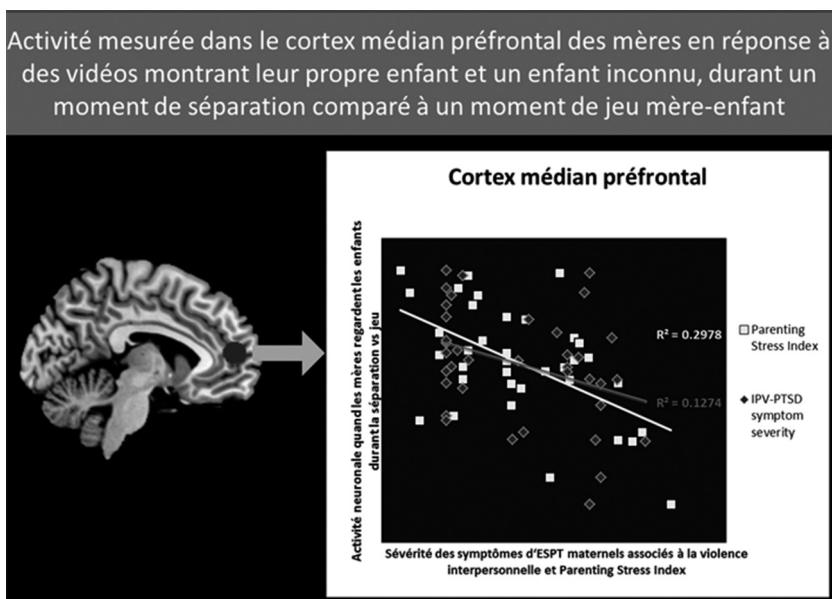


Figure 2.

Cette figure présente deux droites de corrélations entre l'activité du cortex médian préfrontal des mères en réponse à des extraits vidéos et 1. le questionnaire de mesures de l'intensité du stress parental (PSI-SF) (en jaune) ; 2. la sévérité des symptômes de l'ESPT maternel actuel (*Posttraumatic Stress Symptom Checklist* (PCL-S)) (en rouge).

importants d'ESPT. L'ensemble de l'échantillon avait une gamme de sévérité et de variabilité suffisante pour permettre des analyses continues des données. Un aspect de nos résultats particulièrement pertinent pour la question de l'enfant déclencheur des symptômes d'ESPT maternel réside dans le fait que l'activité neuronale dans la région du cortex préfrontal médian – dorso-médian et ventro-médian – apparaît significativement et négativement corrélée d'une part à la sévérité des symptômes de l'ESPT maternel ($N = 37$, $r = -0,356$, $p = 0,030$) et d'autre part au stress parental auto-rapporté par les mères sur le PSI-SF ($N = 37$, $r = -0,546$, $p = 0,001$) (Schechter, Suardi *et al.*, 2015). Ces résultats sont représentés dans la Figure 2. Les résultats de l'étude de Genève dans cette sous-étude de neuro-imagerie restent par conséquent semblables à ceux de l'étude préalable de New York et confirment la différence des patterns d'activité cérébrale, avec une moindre activation du cortex préfrontal médian en fonction de la sévérité des symptômes d'ESPT.

Lecture par la mère des émotions de l'enfant au moment de la réunion

De manière générale, les mères avec ESPT décrivent leurs enfants plus négativement et en des termes inappropriés à l'âge de l'enfant (Schechter *et al.*,

2006 ; Schechter, Moser *et al.*, 2015). Par ailleurs, elles interprètent souvent de manière erronée les émotions de leur enfant et prennent pour de la colère et une volonté qu'aurait l'enfant de les maîtriser la peur et l'impuissance qu'éprouve en fait l'enfant quand il est laissé seul dans la salle en l'absence de sa mère. Des résultats récents de l'étude de Genève viennent compléter ces données en montrant que la difficulté maternelle de compréhension des émotions renvoie également à une difficulté plus globale de la mère dans la perception et la lecture des émotions et que cette difficulté est associée à la fois à la sévérité du trauma et à une sensibilité maternelle basse (Schechter, Suardi *et al.*, 2015).

Attributions maternelles négatives

Nos résultats convergent avec les attributions maternelles négatives et hostiles largement décrites dans la littérature envers les enfants maltraités (Berlin, Appleyard, & Dodge, 2011 ; Nix *et al.*, 1999). Pour autant, la majorité des mères de notre étude, tout en étant clairement « à risque », ne sont pas à notre connaissance, maltraitantes envers leur enfant. Elles présentent un comportement maternel atypique (selon la définition de Lyons-Ruth, Bronfman, & Parsons, 1999) mais qui n'est pas à proprement parler maltraitant (Schechter *et al.*, 2008). Il a d'ailleurs été démontré que la majorité des parents ayant été maltraités ne sont pas maltraitants (Oliver, 1993). Cette distinction est importante à intégrer dans la clinique, afin de valoriser le fait que les parents ayant été maltraités ne reproduisent pas forcément à l'identique les comportements auxquels ils ont été exposés.

Relation d'attachement chez l'enfant

L'analyse de la relation d'attachement de l'enfant⁸ montre que la sévérité des symptômes ESPT de la mère est associée à une relation d'attachement sérieusement altérée avec la mère. Quatre comportements de l'enfant ressortent de manière spécifique dans nos résultats : l'enfant se met en danger, présente une grande angoisse à la séparation, est hypervigilant et inverse les rôles dans la relation avec sa mère. Ce *cluster* de comportements est désigné sous le terme de « distorsion de la base de sécurité » (Schechter & Wilhelm, 2009).

Ces différents résultats caractérisant les mères avec ESPT soutiennent notre hypothèse de base portant sur le rôle de l'enfant comme déclencheur des symptômes d'un ESPT maternel existant. En effet que ce soit sur le plan de l'activité neuronale, psychologique (stress important dans le rôle de parent, représentations négatives et distordues de l'enfant, erreur dans la lecture des émotions de l'enfant) et comportemental (comportement maternel atypique, restriction de l'attention conjointe après un moment de stress), les résultats mettent en évidence un risque élevé d'impact pathogène de l'ESPT maternel sur la fonction maternelle et le développement de l'enfant.

8 Mesurée au moyen du *Disturbancies of Attachment Interview* (DAI), Smyke & Zeanah, 1999, *Unpublished Manuscript*.

VERS UNE INTERVENTION SPÉCIFIQUE

Au vu des risques avérés de troubles de la parentalité chez les mères traumatisées par la violence domestique et de troubles de la régulation émotionnelle et du niveau d'éveil chez leurs jeunes enfants, il faut se demander ce que nous pouvons faire, en tant que cliniciens, pour aider ces familles. Une composante essentielle des traitements de l'ESPT empiriquement validés chez l'adulte (Foa *et al.*, 1999) est l'exposition guidée par un clinicien aux éléments qui rappellent le traumatisme, en particulier les émotions négatives évitées et le niveau d'excitabilité. De ce fait, les interventions conjointes parent-enfant destinées à des mères traumatisées doivent chercher en premier lieu à aider le parent à tolérer chez son enfant les états mentaux associés au traumatisme et à les intégrer progressivement afin d'améliorer sa capacité à lire les signaux émotionnels de l'enfant. Par ailleurs, plusieurs études ont démontré l'efficacité du vidéo-feedback dans la psychothérapie parent-enfant pour engager le parent à se centrer, avec l'aide et le soutien du clinicien, sur les échanges observables avec son enfant et modifier certains patterns interactifs dysfonctionnels dans un temps relativement bref (Robert-Tissot *et al.*, 1996 ; Rusconi-Serpa, Sancho Rossignol, & McDonough, 2009 ; van den Boom, 1994 ; Zelenko & Benham, 2000).

Le CAVES. Sur la base de ces données empiriques, nous avons conçu le CAVES (*Clinician Assisted Video-feedback Exposure Session*) comme un paradigme expérimental cherchant à vérifier en premier lieu que les mères présentant un ESPT associé à la violence ont des difficultés à identifier la détresse de leur enfant et évitent de manière défensive ses états mentaux d'impuissance et d'agressivité qui leur rappellent leurs propres expériences de violence (Schechter *et al.*, 2006). Nous visons également par cette intervention à soutenir la capacité de ces mères à tolérer et intégrer les émotions négatives associées au trauma et activées par des stress de la vie courante avec un enfant (par exemple dans moments de séparation, les crises de colère, etc). Le CAVES intègre des principes de Guidance interactive (McDonough, 1995 ; Rusconi Serpa, sous presse ; Rusconi-Serpa *et al.*, 2009), de traitements parent-enfant basés sur la mentalisation (Slade *et al.*, 2005) et de psychothérapie parent-enfant d'orientation psychanalytique (Beebe, 2003 ; Lieberman *et al.*, 2005).

Format et techniques d'intervention

Cette intervention consiste en une séance unique durant laquelle sont proposées pour un visionnement conjoint mère-clinicien quatre courtes séquences de 30 secondes sélectionnées dans le rendez-vous 2 de l'étude, à savoir : une séquence montrant du plaisir partagé et/ou une attention conjointe mère-enfant issu du moment de jeu ; une séquence montrant la détresse de l'enfant dans le moment de séparation ; une séquence du moment de réunion ; une séquence issue d'un moment déroutant. À la fin de chacun des extraits, il est demandé à la mère ce qu'elle pense et éprouve, ce que son enfant a pu selon elle penser et éprouver, ce que son enfant et cette situation lui rappellent dans sa vie en tant qu'enfant. Dans

le contexte d'un feedback vidéo, cette intervention favorise l'attention conjointe de la mère et du clinicien sur des images interactives et notamment des images de détresse de l'enfant durant la séparation. La stimulation et le modelage de la fonction réflexive maternelle hors du moment « chaud » et stressant constitue l'une des techniques d'intervention clés.

Illustration clinique

Nous présentons brièvement ci-dessous une vignette clinique permettant d'illustrer le travail clinique rendu possible par le CAVES. Nous remercions la mère de Flavio qui nous a autorisés à publier ce matériel.

Mme A et son fils Flavio (13 mois)

Mme A est âgée de 22 ans, est née et a grandi dans un pays d'Europe. Durant toute son enfance et son adolescence, elle a été témoin de violence domestique sévère et chronique entre ses parents. Elle a également été victime de la violence physique et verbale de son père – alcoolique et imprévisible – et de la violence verbale et psychologique de sa mère qui s'est toujours montrée particulièrement négative et dénigrante à son égard. À 18 ans, Mme A quitte le domicile familial pour aller vivre avec son ami, le père de Flavio. Ce dernier a également une histoire d'exposition à la violence domestique entre ses parents et il est décrit comme bagarreur et impulsif. Durant la grossesse, non planifiée, Mme A développe une dépression périnatale et le père se montre de plus en plus irritable, à la limite de la violence durant les premiers mois de vie de Flavio.

Flavio a été vu par l'équipe de consultation de liaison pédopsychiatrique lors d'une première hospitalisation à l'âge de sept mois pour un retard de croissance non organique. À douze mois, il est hospitalisé à nouveau pour perte de poids et un diagnostic de trouble sévère de l'alimentation dans le contexte d'un trouble de l'attachement est posé. Flavio restera dix mois à l'hôpital durant lesquels une psychothérapie mère-bébé se met en place au sein du Service de Pédiatrie. Ce suivi initial inclut à la fois un traitement dyadique de la relation parent-bébé focalisé sur le trouble alimentaire ainsi qu'un travail individuel avec les parents. Malgré la collaboration de Mme A au traitement, celui-ci a peu d'effet sur le désordre alimentaire et sur le trouble de l'attachement. Le poids de Flavio continue de diminuer et une alimentation par sonde naso-gastrique doit être mise en place. Les thérapeutes en charge du suivi de la relation parent-enfant adressent alors Mme A à l'étude alors que Flavio a treize mois. La participation durera six semaines et l'une des thérapeutes assiste au CAVES⁹.

Clinician Assisted Video-feedback Exposure Session (CAVES)

Quelques extraits significatifs de trois séquences interactives visionnées seront présentés.

9 Le CAVES a été mené par le premier auteur.

Séquence 1 : moment de séparation.

Quand elle entend le signal lui indiquant qu'elle doit quitter la pièce, la mère se lève et s'en va sans dire un mot. Flavio court vers la porte où est sortie la mère en tenant un petit jouet à la main et pleure en montrant une grande détresse.

Th : Alors qu'est-ce qui se passe dans ce moment-là ?

Mme A : La séparation ! Qui est difficile pour lui en fait. . .

Th : Hum hum

Mme A : C'est pour cela qu'avant je disais qu'il savait que j'étais derrière la porte parce qu'il n'a pas pris ses jouets pour venir jouer en fait. Il était vraiment resté fixé à la porte, figé à la porte. Et puis là. . . c'est vrai que je ne l'avais jamais vu comme ça

Th : Hum hum

Mme A : Pleurer autant en fait [. . .]

Th : Et puis, qu'est-ce qu'il pouvait ressentir là derrière cette porte ?

Mme A : La colère !

Th : C'est de la colère vous pensez ?

Mme A : C'est de la colère.

Th : De la colère. . .

Mme A : Oui parce qu'il n'a pas compris pourquoi j'ai dû partir et que je ne lui ai rien dit. [. . .]

Th : Et puis vous, vous vous souvenez ce que vous avez pensé dans ce moment-là ?

Mme A : J'étais mal. . . C'est les moments où j'angoissais le plus. . .

Th : Dites un peu : « j'étais mal, j'angoissais. . . » Qu'est-ce que vous éprouviez ?

Mme A : J'avais peur qu'il ne me voie plus de la même façon, parce que voilà enfin, je suis quand même partie comme ça. . .

Th : C'est-à-dire. . . Qu'il ne vous voie plus de la même façon ?

Mme A : Qu'il se dise : « maman elle est méchante, elle m'a laissé tout seule. . . » et puis qu'après il s'en prenne un peu à moi parce que des fois il montre qu'il n'est pas bien. . .

Th : Hum hum

Mme A : Et j'étais triste quand même, très triste, parce que je n'aime pas du tout le voir pleurer dans ces moments comme ça

On voit bien dans ces premiers extraits la surprise de la mère face au comportement de son enfant, « fixé » à la porte et son erreur de lecture où elle perçoit son enfant en colère et allant s'en prendre à elle et non comme un enfant en détresse. L'histoire de la mère fait surface quand la thérapeute lui demande de mettre en relation avec sa propre vie ce qu'elle a éprouvé lors du moment de séparation avec Flavio.

Th : Et puis qui est-ce qu'il vous rappelle dans ces moments-là ?

Mme A : Heu. . . moi j'étais beaucoup comme ça.

Th : Vous ?

Mme A : Très colérique, oui. Et je pleurais, je pleurais, je pleurais, même en étant ado. C'était vraiment ça (elle fait un mouvement de tête en direction de l'écran où elle vient de voir les images). Mais moi c'était différent, ma mère elle ne partait pas, c'est moi qui m'enfermais dans ma chambre, dans le même style (nouveau mouvement de tête en direction de l'écran). Et je me mettais là derrière la porte en train de pleurer, pleurer, pleurer. . .

Th : De colère ?

Mme A : oui

Séquence 2 : moment de réunion

La mère entre dans la pièce. Flavio s'approche en pleurant très fort et elle le prend dans ses bras. Il s'apaise peu à peu. Ils ne se regardent pas. Semblant désorientée, la mère va dans une direction puis dans une autre en tenant Flavio sur un bras.

Th : Que pensez-vous qu'il a ressenti ? Dans le moment qu'on a vu, qu'est-ce qu'il a ressenti d'après vous ?

Mme A : Je dirais un soulagement. . . un soulagement parce que j'étais là. Enfin je ne sais pas. . . voilà. . . je l'ai pris dans mes bras. Il s'est senti quand même protégé. . . dans le sens que. . . voilà. . . je l'ai quand même pris dans mes bras pour le rassurer. Et puis voilà ! [. . .]

Mme A : Je me dis qu'il m'aime parce que voilà, on voit la réaction qu'il a quand même quand je rentre, qu'il se sent protégé, sécurisé. . . enfin voilà ! Donc je me dis : il était soulagé de me voir.

Th : Hum hum

Mme A : Il était content

À partir de l'observation du comportement de l'enfant, la mère déduit qu'il se sent « quand même » protégé mais elle coupe court et ne semble pas complètement sûre de son pouvoir de réassurance vis-à-vis de son enfant.

Séquence 3 : moment avec un objet déroutant.

La clinicienne¹⁰ pose sur la table un robot dinosaure qu'elle présente à l'enfant comme son ami, un peu bizarre mais très gentil. Une fois la télécommande actionnée, le dinosaure lève sa tête, grogne, ouvre ses mâchoires et ses yeux jaunes s'allument. Il émet un son inquiétant quand il se met en mouvement. Mme A est assise devant le dinosaure alors que Flavio se tient debout à distance du jouet, derrière la mère avec une expression effrayée. Il observe l'animal avec vigilance. Mme A tente de montrer à Flavio que le jouet n'est pas dangereux en pointant calmement un doigt vers sa bouche tout en restant comme une protection entre le jouet et l'enfant.

Th : Et quand vous regardez ça maintenant, comme vous vous sentez ?

Mme A : Ça me fait bizarre toujours, parce que des fois, c'est vrai que je ne me rends pas forcément compte qu'il est collé à moi et que. . . où je vois ses petits gestes de peur qu'il. . . voilà (fait le mouvement de quelqu'un d'apeuré qui se recroqueville). Mais là c'est vrai que là par exemple j'ai vu. . .

Th : Là vous les remarquez plus ?

Mme A : Oui

Th : Que dans la vie de tous les jours vous ne les remarquez pas forcément ?

Mme A : Dans la vie de tous les jours oui, des fois il vient vers moi. . . mais je ne vais pas penser : « ah il va avoir peur ! ».

Th : C'est ça.

Mme A : Des fois je me dis il y a peut-être une nouvelle chose et ça va passer tout seul. Mais des fois je me dis qu'il va avoir peur et qu'il faut faire attention. Et puis d'autres fois je n'y pense pas qu'il a peur et je me lance en fait. [. . .]

Th : Et qui est-ce qu'il vous rappelle dans ces moments-là ?

10 Le deuxième auteur.

Mme A : *Moi ! Qui avais peur mais malheureusement, je n'avais pas ma maman pour me protéger.*

Th : *Donc. . . il vous rappelle vraiment vous. . . quand vous aviez peur.*

Mme A : *Oui, comme ça méfiant, peur. . . Mais moi c'était beaucoup plus. . . (refait mouvement d'un être apeuré qui se recroqueville). . . j'avais peur de tout.*

Th : *Vous avez des souvenirs précis où vous aviez tellement peur de tout ?*

Mme A : *Oui. Peur de dire à ma mère que je fumais, déjà en étant ado.*

Th : *Mais ces souvenirs de peur, vous aviez quel âge ? Parce que vous parlez d'adolescence ?*

Mme A : *Par exemple à six ans, quand mon père a commencé à taper ma mère, j'avais peur !*

Th *hoche la tête*

Mme A : *Vraiment très peur. Mais. . . je n'avais pas ma maman pour me protéger à ce moment-là donc j'étais dans ma chambre (regard triste)*

Th : *C'est là que vous avez commencé à aller vous enfermer dans votre chambre ?*

Mme A : *Oui*

On voit comme le thème de la peur est de plus en plus présent quand la mère est amenée par les questions du clinicien à évoquer son passé. On peut imaginer les sentiments de solitude et d'impuissance qu'elle a dû éprouver en tant qu'enfant face à ses parents qui non seulement ne la protégeaient pas mais étaient de surplus à l'origine de sa terreur.

Discussion du CAVES

Mme A s'est dite profondément bouleversée et émue par cette séance et se sentant plus proche de Flavio. Elle n'avait pas imaginé jusque-là qu'elle réagissait de cette manière à son fils ni même que ses réactions pouvaient avoir un lien avec ses propres expériences antérieures. Comme nous le constatons souvent parmi les mères présentant un ESPT associé à la violence, Mme A a pu durant le CAVES « corriger » une erreur de lecture. Après avoir identifié la peur et l'impuissance de Flavio durant l'épisode de séparation comme de la colère, de l'hostilité et du contrôle, elle commence à la dernière séquence à le percevoir comme méfiant, effrayé et ayant besoin de protection. De plus, au début du CAVES, elle voit Flavio comme susceptible de s'en prendre à elle ; en ce sens il lui rappelle le père de Flavio et son propre père, tous deux des hommes qui l'impressionnent et peuvent se montrer violents. À la fin du CAVES, elle commence à voir des similitudes entre son fils et elle comme enfant, quand elle était seule, terrifiée, impuissante et sans protection.

Nous observons également dans la dernière partie de l'entretien une tendance à l'amélioration de la fonction réflexive, à travers notamment une plus grande opacité (« C'est peut-être par méfiance, [. . .] il est peut-être en train de penser que ce jouet est dangereux ») ou une place pour l'incertitude à l'égard des états mentaux de Flavio (« parce que des fois, c'est vrai que je ne me rends pas forcément compte qu'il est collé à moi. . . je vois ses petits gestes de peur qu'il fait »).

Identifier les processus de changement

En une seule séance, le CAVES a permis de mettre en évidence le processus d'évitement des émotions liées au trauma et de la dérégulation émotionnelle de

Mme A. Le visionnement du CAVES par la thérapeute en charge de Mme A a modifié sa compréhension de la situation et l'a amenée à déplacer le focus du traitement sur l'histoire traumatique de Mme A. Les changements amorcés durant le CAVES ont pu être élaborés et intégrés dans la reprise de la psychothérapie mère-enfant, qui a pu sortir de l'impasse. Le problème alimentaire s'est peu à peu dénoué : l'enfant a commencé à manger seul et en plus grandes quantités, à avoir du plaisir en mangeant, et la sonde naso-gastrique a pu être retirée. On voit ici l'importance que les psychothérapeutes soient formés à lire la sémiologie du trauma afin d'éviter d'être en collusion avec les attributions parentales distordues concernant l'enfant ou avec l'évitement des affects des patients adultes traumatisés. Le CAVES ne remplace en aucun cas une psychothérapie en profondeur et à long terme mais il permet aux mères de modifier même de façon minime leur perception de la communication émotionnelle de l'enfant. En ce sens, il sert souvent d'amorce les motivant à s'engager dans un processus psychothérapeutique.

CONCLUSIONS

Les buts principaux des études que nous avons présentées dans cet article sont : a) de comprendre comment la détresse que vit tout enfant au quotidien (émotions négatives, excitabilité, impuissance) a un impact sur les parents traumatisés ; b) d'identifier comment ces parents lisent les signaux émotionnels de l'enfant et y répondent ; c) de montrer la manière dont ces réponses affectent les enfants de moins de cinq ans durant une période clé du développement socio-émotionnel. Les résultats de neuro-imagerie montrent l'impact de la détresse de l'enfant chez les mères traumatisées par la violence. Quand elles regardent dans l'IRM des images de leur enfant stressé et d'enfants inconnus dans des moments de séparation versus de jeu, leur activité cérébrale est altérée dans la région du cortex préfrontal médian, zone cérébrale impliquée dans l'évaluation (*appraisal*) des émotions. Cette zone est significativement plus activée chez les mères contrôles. De manière congruente avec leurs patterns d'activité neuronale, les mères traumatisées disent éprouver un stress beaucoup plus intense que les mères contrôles et avoir des difficultés à réfléchir quand elles regardent leur enfant en état d'impuissance (stressé et souvent en détresse visible au moment de la séparation). Ces résultats soutiennent ainsi notre hypothèse que l'enfant dans un état d'impuissance est un facteur déclenchant d'un aspect des symptômes d'ESPT : la mère évite, perçoit mal et interprète de manière erronée ce que son enfant cherche à lui communiquer sur le plan émotionnel. On retrouve ces mêmes résultats sur le plan clinique. Les extraits du CAVES qui ont été présentés illustrent les difficultés de la mère à identifier la détresse de l'enfant. Ses émotions négatives sont au contraire plutôt perçues comme une menace pour la mère. La réponse inappropriée de la mère ne fait qu'aggraver la détresse de l'enfant qui en retour, avec l'augmentation de son stress, active le stress de la mère. La dyade mère-enfant se trouve entraînée dans un cercle vicieux. Le but du CAVES est d'agir précisément sur ce cercle vicieux en renforçant la fonction réflexive maternelle et la capacité à se confronter aux émotions négatives de l'enfant plutôt

qu'à les éviter avec le soutien d'un clinicien qui réfléchit avec la mère et lui donne un modèle d'évaluation de la communication émotionnelle de son enfant. À l'heure actuelle, une intervention basée sur le CAVES est en préparation et fera l'objet d'un manuel. Le CAVEAT (*Clinician Assisted Video-feedback Exposure Approach Therapy*) comportera en moyenne une douzaine de séances et son efficacité sera évaluée dans une étude ultérieure.

BIBLIOGRAPHIE

- Abidin, R. R. (1995) *Parenting Stress Index*, 3rd ed, Professional Manual. Lutz, FL, USA: Psychological Assessment Resources Inc.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beebe, B. (2003) Brief mother-infant treatment: Psychoanalytically informed video-feedback. *Infant Mental Health J*, 24, 135-159.
- Berlin, L. J., Appleyard, K., & Dodge, K. A. (2011). Intergenerational continuity in child maltreatment: mediating mechanisms and implications for prevention. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Child Dev*, 82(1), 162-176. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01547.x
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: influences of attachment relationships. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Monogr Soc Res Child Dev*, 59(2-3), 228-249.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. [Clinical Trial Comparative Study Randomized Controlled Trial Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *J Consult Clin Psychol*, 67(2), 194-200.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. & Higgitt, A. (1991) The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security attachment. *Infant Ment Health J*, 12, 201-217.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ippen, C. G. (2005). Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. [Comparative Study Randomized Controlled Trial Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44(12), 1241-1248. doi: 10.1097/01.chi.0000181047.59702.58
- Lyons-Ruth, K. E. & Block, D. (1996) The disturbed caregiving system: relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Ment Health J*, 17, 257-275.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Parsons, E. (1999). Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. IV. Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. *Monogr Soc Res Child Dev*, 64(3): 67-96; discussion 213-220.
- McDonough, S. C. (1995) Promoting Positive early Parent-Infant Relationship through Interaction Guidance. *Infant Psychiatry*, 4(3).
- Nix, R. L., Pinderhughes, E. E., Dodge, K. A., Bates, J. E., Pettit, G. S., & McFadyen-Ketchum, S. A. (1999). The relation between mothers' hostile

- attribution tendencies and children's externalizing behavior problems: the mediating role of mothers' harsh discipline practices. [Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Child Dev*, 70(4), 896-909.
- Oliver, J. E. (1993). Intergenerational transmission of child abuse: rates, research, and clinical implications. [Review]. *Am J Psychiatry*, 150(9), 1315-1324.
- Robert-Tissot, C., Cramer, B., Stern, D. N., Rusconi Serpa, S., Bachmann, J.-P., Palacio Espasa, F., . . . , & Mendiguren, G. (1996). Outcome Evaluation in Brief Mother-Infant Psychotherapies: Report on 75 Cases. *Infant Ment Health J*, 17(2), 97-114.
- Rusconi Serpa, S. (sous presse) *La Guidance Interactive*. In Favez, N. & Darwiche, J. (Eds), *Les interventions interpersonnelles. Modèles empiriquement validés et applications thérapeutiques*. Mardaga, Bruxelles.
- Rusconi-Serpa, S., Sancho Rossignol, A., & McDonough, S. C. (2009). Video feedback in parent-infant treatments. [Review]. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 18(3), 735-751. doi: 10.1016/j.chc.2009.02.009
- Schechter, D. S. (2003) *Intergenerational communication of maternal violent trauma: understanding the interplay of reflective functioning and posttraumatic psychopathology*. September 11: Trauma and Human Bonds. Coates, S. W., Rosenthal, J. L. & Schechter, D S. Hillside, N.J., The Analytic Press Inc.: 115-142.
- Schechter, D. S., Coates, S. W., Kaminer, T., Coots, T., Zeanah, C. H., Davies, M., & Myers, M. M. (2008). Distorted maternal mental representations and atypical behavior in a clinical sample of violence-exposed mothers and their toddlers. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Trauma Dissociation*, 9(2), 123-147. doi: 10.1080/15299730802045666
- Schechter, D. S., Coots, T., Zeanah, C. H., Davies, M., Coates, S. W., Trabka, K. A., & Myers, M. M. (2005). Maternal mental representations of the child in an inner-city clinical sample: violence-related posttraumatic stress and reflective functioning. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Attach Hum Dev*, 7(3), 313-331. doi: 10.1080/14616730500246011
- Schechter, D. S., Kaminer, T., Grienerberger, J. F., & Amat, J. (2003). Fits and Starts: A Mother-Infant Case-Study Involving Intergenerational Violent Trauma and Pseudoseizures Across Three Generations. *Infant Ment Health J*, 24(5), 510-528. doi: 10.1002/imhj.10070
- Schechter, D. S., Moser, D. A., Reliford, A., McCaw, J. E., Coates, S. W., Turner, J. B., & Willheim, E. (2015). Negative and distorted attributions towards child, self, and primary attachment figure among posttraumatically stressed mothers: what changes with Clinician Assisted Videofeedback Exposure Sessions (CAVES). [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Child Psychiatry Hum Dev*, 46(1), 10-20. doi: 10.1007/s10578-014-0447-5
- Schechter, D. S., Moser, D. A., Wang, Z., Marsh, R., Hao, X., Duan, Y., & Peterson, B. S. (2012). An fMRI study of the brain responses of traumatized mothers to viewing their toddlers during separation and play. *Soc Cogn Affect Neurosci*, 7(8), 969-979. doi: 10.1093/scan/nsr069
- Schechter, D. S., Myers, M., Brunelli, S., Coates, S., Zeanah, C., Davies, M., & Liebowitz, M. (2006). Traumatized mothers can change their minds about their toddlers: Understanding how a novel use of videofeedback supports positive

- change of maternal attributions. *Infant Mental Health J.*, 27(5), 429-447.
- Schechter, D. S., Suardi, F., Manini, A., Cordero, M. I., Rossignol, A. S., Merminod, G., & Serpa, S. R. (2015). How do maternal PTSD and alexithymia interact to impact maternal behavior? [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Child Psychiatry Hum Dev*, 46(3), 406-417. doi: 10.1007/s10578-014-0480-4
- Schechter, D. S., Willheim, E., Hinojosa, C., Scholfield-Kleinman, K., Turner, J. B., McCaw, J., & Myers, M. M. (2010). Subjective and objective measures of parent-child relationship dysfunction, child separation distress, and joint attention. *Psychiatry*, 73(2), 130-144. doi: 10.1521/psyc.2010.73.2.130
- Scheeringa, M. S., Peebles, C. D., Cook, C. A., & Zeanah, C. H. (2001). Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. [Validation Studies]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(1), 52-60. doi: 10.1097/00004583-200101000-00016
- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: a preliminary study. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Attach Hum Dev*, 7(3), 283-298. doi: 10.1080/14616730500245880
- Tronick, E. Z., & Gianino, A. F., (1986). The transmission of maternal disturbance to the infant. [Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S. Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *New Dir Child Dev*, 34, 5-11.
- van den Boom, D. C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: an experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. [Clinical Trial Comparative Study Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Child Dev*, 65(5), 1457-1477.
- Zeanah, C., Larrieu, J. A., Heller, S. S., & Vallier, J. (2000). *Infant-parent relationship assessment*. In Press, G. (Ed.), *Handboof of infant mental health* (pp. 222-235). New York.
- Zeanah, C. H. & Benoit, D. (1995) *Working Model of the Child Interview (WMCI)*. New Orleans, Tulane: University School of Medicine.
- Zelenko, M. & Benham, A. (2000). Videotaping as a therapeutic tool in psychodynamic infant-parent therapy. *Infant Ment Health J*, 21(3), 12.