

REACTIONS AIGUES ET CHRONIQUES AUX TRAUMATISMES CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Eric Bui, Bonnie Ohye, Sophie Palitz, Bertrand Olliac, Nelly Goutaudier, Jean-Philippe Raynaud, Kossi B Kounou & Frederick J Stoddard Jr

**Edition en français
Traduction : Alexis Revet
Sous la direction de : Jean-Philippe Raynaud
Avec le soutien de la SFPEADA**



Photo Hamideddine Bouali

Eric Bui MD, PhD
Université de Toulouse,
Toulouse, France;
Massachusetts General
Hospital & Harvard Medical
School, Boston, USA

Conflict of interest: none
reported

Bonnie Ohye PhD
Massachusetts General
Hospital & Harvard Medical
School, Boston, USA

Conflict of interest: none
reported

Sophie Palitz, BA
Massachusetts General
Hospital, Boston, USA

Conflict of interest: none
reported

Cette publication est à destination des professionnels de la santé mentale, qu'ils soient en formation ou en exercice. Elle n'est pas destinée au grand public. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Editeur ou de la IACAPAP. Cette publication tente de décrire les meilleurs traitements et pratiques basés sur des preuves scientifiques disponibles au moment de sa rédaction, traitements et pratiques qui pourraient donc évoluer en fonction des recherches à venir. Les lecteurs doivent mettre en perspectives ces connaissances avec les recommandations et les lois en vigueur dans leur pays. Certains traitements pourraient ne pas être disponibles dans certains pays et les lecteurs devraient consulter les informations spécifiques des médicaments car tous les dosages et les effets indésirables ne sont pas mentionnés. Les organisations, les publications et les sites web sont cités ou mis en lien afin d'illustrer les résultats et de pouvoir rechercher davantage d'informations. Cela ne veut pas dire que les auteurs, l'Editeur ou la IACAPAP endossent leurs contenus ou leurs recommandations, lesquelles pourraient être évaluées de façon critique par le lecteur. De même, les sites web peuvent changer ou cesser d'exister.

©IACAPAP 2012. Ceci est une publication en accès libre sous la [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). L'utilisation, la distribution et la reproduction sur tout type de support sont permises sans permission préalable du moment que le travail original est correctement cité et que l'utilisation n'est pas commerciale. Envoyez vos commentaires sur ce livre ou ce chapitre à jmreyATbigpond.net.au

Citation suggérée : Bui E, Ohye B, Palitz S, Olliac B, Goutaudier N, Raynaud JP, Kounou KB & Stoddard FJ Jr. Acute and chronic reactions to trauma in children and adolescents. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (édition en français; Cohen D, ed.) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

Bien que des progrès importants dans la compréhension et le traitement des troubles liés au stress traumatique aient été réalisés durant les dernières décennies, les réactions psychologiques au stress ont été décrites dès l'Antiquité (Birmes et al, 2010). Dans sa biographie des vies illustres, Plutarque écrit que le général et consul romain Caius Marius (157-86 AC), lorsqu'il était confronté à une situation lui rappelant ses ennemis les plus redoutés, était saisi par « *la pensée envahissante d'une nouvelle guerre, de combats récents, de terreurs qu'il savait par expérience être terribles* » et « *était en proie à des terreurs nocturnes et à des rêves éreintants* » (Plutarque, 1920).

Dérivant du grec τραύμα signifiant « blessure », le mot « traumatisme » a été utilisé durant des siècles comme un terme médical désignant « une blessure des tissus vivants causée par un agent externe. » Ainsi, ce n'est qu'en 1889, lorsque Oppenheim fit la première description clinique des « névroses traumatiques » chez des victimes d'accidents de chemin de fer, que le terme pris également une acceptation psychologique.

EVENEMENTS TRAUMATIQUES

Historiquement, un événement traumatique a été décrit comme présentant habituellement les trois caractéristiques suivantes :

- Une survenue soudaine et imprévue
- L'association d'une menace pour la vie ou l'intégrité physique, et
- D'un caractère anormal par rapport au champ habituel des expériences de la vie quotidienne

Ces trois caractéristiques différencient les « traumatismes » des autres événements stressants comme par exemple les maladies ou les ruptures sentimentales. Lenore Terr a défini deux types de traumatismes psychologiques :

- Le type I est associé à un événement unique et limité dans le temps (accident, désastre...) et
- Le type II est dû à une exposition de longue durée ou répétée à des événements traumatiques (abus, torture, situation de combat...) (Terr, 1991).

Les preuves en faveur d'une catégorie de traumatisme de type II ont été considérées comme trop faibles pour qu'il soit inclut dans la cinquième édition du Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-V) (Association Américaine de Psychiatrie 2013 ; Resick et al, 2012). Alors que dans la quatrième édition (DSM-IV) (Association Américaine de Psychiatrie, 1994), les événements traumatiques étaient définis comme « *des événements impliquant la mort réelle ou potentielle ou une blessure grave, ou une menace à sa propre intégrité physique ou à celle des autres* » associés à un sentiment « de peur intense, d'impuissance ou d'horreur », le DSM-V a abandonné la réaction subjective au traumatisme nécessaire dans le DSM-IV (critère A2) parce qu'il n'y avaient pas de preuves de sa nécessité pour poser le diagnostic de trouble de stress aigu (TSA) ou de trouble de stress post-traumatique (TSPT) (Stoddard et al, in press). Dans la définition du DSM-V, les événements traumatiques incluent non seulement l'exposition directe (c'est-à-dire être victime) et le fait d'être témoin d'un événement traumatique, mais aussi le fait d'apprendre qu'un ou des événement(s) traumatique(s) sont survenus

Bertrand Olliac MD, PhD
Centre Hospitalier Esquirol,
Limoges, France

Conflict of interest: none reported

Nelly Goutaudier PhD

Université de Toulouse,
Toulouse, France

Conflict of interest: none reported

Jean-Philippe Raynaud MD

Université de Toulouse,
Toulouse, France

Conflict of interest: none reported

Kossi B Kounou PhD

Université de Toulouse,
Toulouse, France &
University of Lomé, INSE,
Lomé, Togo

Conflict of interest: none reported

Frederick J Stoddard Jr MD

Massachusetts General
Hospital & Harvard Medical
School, Boston, USA

Conflict of interest: none reported

- Avez-vous des questions ?
- Des commentaires ?

[Cliquez ici pour vous rendre sur la page Facebook du Textbook afin de partager vos visions sur le chapitre avec les autres lecteurs, mais aussi de poser des questions aux auteurs ou à l'éditeur ou de faire des commentaires.](#)

chez un membre de la famille proche ou chez un ami proche. La définition du DSM-V inclut également l'exposition *extrême et répétée* à des détails choquants d'événements traumatiques (par exemple, les soignants de premiers secours qui collectent les débris humains), mais exclut l'exposition via les médias à moins qu'elle soit liée à son travail (par exemple des agents de police exposés de façon répétée à la vue de photos et de vidéos d'agression).

Concernant les enfants, le DSM-V présente une importante addition avec le nouveau critère : « altération négative de la cognition et de l'humeur en rapport avec le ou les événement(s) traumatique(s) ». Les catégories suivantes de symptômes du TSPST sont retenues : « intrusions », « évitement » et « hyperveil » (se référer à la partie sur les caractéristiques clinique ci-dessous et au Tableau F.4.1).

TSA et TSPT ne sont plus classés parmi les troubles anxieux, mais forment une catégorie distincte : *Traumatismes et troubles liés au stress* (voir Chapitre A.9). En plus du TSA et du TSPT, cette catégorie inclut *le trouble réactif de l'attachement*, *le trouble de l'engagement social désinhibé*, et avec une importance non négligeable, *le trouble d'ajustement*. Le trouble de deuil persistant complexe (également connu sous le vocable de deuil compliqué ou de trouble de deuil prolongé) a été inclus dans le DSM-5 au sein de la section regroupant les troubles nécessitant des études supplémentaires, mais est également listé en tant que diagnostic possible parmi les « *traumatismes spécifiés et troubles liés aux stressseurs* » (APA, 2013).

Les données de la recherche clinique et épidémiologique présentées dans ce chapitre sont limitées aux études utilisant le DSM-IV ou des critères antérieurs ; il existe peu d'études disponibles basées sur les critères du DSM-5.

LE SPECTRE DES REACTIONS AUX TRAUMATISMES CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

L'exposition à des événements traumatiques dans cette classe d'âge peut conduire au développement de réactions variées allant d'une intensité relativement légère, avec des perturbations mineures dans la vie de l'enfant, jusqu'à des conséquences sévères et invalidantes. La plupart des enfants et des adolescents exposés à des événements traumatiques vont développer un stress psychologique, qui dure généralement peu de temps. Chez certains, pourtant, les symptômes ne s'améliorent pas spontanément et deviennent au contraire cliniquement significatifs, persistants et invalidants.

Les réactions à l'exposition aux traumatismes sont définies en fonction de leur délai de survenue : immédiate ou péri-traumatiques (durant quelques minutes à quelques heures), TSA (durant entre deux jours et un mois après le traumatisme), et le TSPT (lorsque les symptômes persistent plus d'un mois).

Dans ce chapitre nous examinerons les différents types de réactions psychopathologiques spécifiques aux traumatismes. Toutefois, les enfants et les adolescents peuvent développer d'autres troubles psychiatriques suite à une exposition à un traumatisme, notamment une dépression, un trouble panique, des phobies spécifiques (liées spécifiquement à certains aspects du traumatisme), tout comme des problèmes d'attention ou de comportements (par exemple un trouble oppositionnel avec provocation). Parmi les enfants d'âge préscolaire, les



Hermann Oppenheim, un neurologue allemand, a été le premier à conceptualiser le traumatisme psychologique dans son traité de 1891 sur « les névroses traumatiques » (*Weitere Mitteilungen über die traumatischen Neurosen*) basé sur des observations cliniques chez des victimes d'accidents du bâtiment, d'usine ou de chemin de fer.

Régression

La régression est un mécanisme de défense fréquent chez l'enfant. Lorsqu'ils sont confrontés à des événements stressants, ils reviennent à des mécanismes d'adaptation, des sentiments ou des comportements plus précoces ou moins matures.

autres présentations cliniques incluent des problèmes développementaux tels qu'une perte des acquisitions précédemment maîtrisées (régression), tout comme l'apparition de craintes non liées de façon spécifique à des aspects du traumatisme. Un ajout significatif dans le DSM-V est celui de la sous-catégorie de TSPT modifiée en fonction du développement, c'est-à-dire le *trouble de stress post-traumatique chez les enfants de 6 ans ou moins*, qui diffèrent de façon significative des critères du TSPT chez les enfants âgés de plus de 6 ans. Un point particulièrement important pour le diagnostic de TSPT chez les enfants âgés de 6 ans ou moins est qu'au lieu des 7 symptômes requis chez les enfants plus âgés ou chez les adultes, seuls 3 symptômes sont nécessaires, un dans chacun des groupes de symptômes suivants : « intrusion », « évitement ou pensées négatives » ou « éveil » (voir Tableau F.4.1).

EPIDEMIOLOGIE

Trouble de stress aigu (TSA)

Dans les différentes études chez les adultes exposés à des traumatismes, la prévalence rapportée du TSA s'étend de 7% à 59% (Bryant et al, 2008 ; Elklit & Christiansen, 2010) avec une prévalence moyenne de 17,4% (Bryant, 2011). Ces chiffres sont néanmoins légèrement plus faibles chez les enfants, avec des taux rapportés de 8-10% dans les pays industrialisés (Kassam-Adams & Winston, 2004 ; Bryant et al, 2007 ; Dalgleish et al, 2008).

Trouble de stress post-traumatiques (TSPT)

Aux Etats-Unis, entre 7% et 10% des individus pourraient souffrir de TSPT durant leur vie, tandis que la prévalence rapportée sur 12 mois chez les adultes est d'environ 4% (Kessler et al, 2005a ; 2005b). Chez les adultes, le taux d'incidence (pourcentage de nouveaux cas) de TSPT dans les suites d'un traumatisme varie de façon importante (Breslau et al, 1998), déterminé par une gamme de facteurs tels que le type de traumatisme, la sévérité du traumatisme, l'exposition antérieure à un traumatisme, la présence de troubles anxieux ou de troubles de l'humeur préexistants, et des réactions péri-traumatiques importantes (Brewin et al, 2000 ; Ozer et al, 2003). Les taux de TSPT chez les enfants et les adolescents ayant survécu à des catastrophes varient grandement selon la population étudiée et les mesures utilisées pour déterminer le diagnostic, avec des taux allant de 1% à 60% (Wang et al, 2013).

Alors que des données antérieures avaient retrouvé des taux de TSPT de 36% chez les enfants et les adolescents exposés à une gamme d'événements traumatiques (Fletcher, 1996c), une méta-analyse récente a rapporté que le taux de TSPT chez les enfants après une exposition à un traumatisme était d'environ 16% (Alisic et al, sous presse). Une étude épidémiologique de grande envergure aux Etats-Unis a retrouvé un taux de prévalence sur la vie entière du TSPT de 4,7% chez les adolescents (McLaughlin et al, 2013), avec des taux plus élevés chez les individus de sexe féminin (7,3%) que masculin (2,2%).

Évolution et impact

Il a été prouvé que les symptômes du TSPT chez les adultes s'améliorent le plus souvent durant les 12 premiers mois suivant l'événement traumatique (Bui et al, 2010b) ; pourtant des données suggèrent que l'évolution du TSPT sans traitement est majoritairement chronique – les individus pouvant présenter

des degré d'atteinte symptomatique et de gêne significatifs même après plusieurs décades (par exemple, O'Toole et al, 2009).

De façon similaire, des données suggèrent que parmi les enfants d'âge préscolaire, l'évolution du TSPT peut être chronique, avec une amélioration limitée après les deux ans qui suivent l'événement traumatique (Scheeringa et al, 2004 ; 2005 ; 2006). Pourtant, les résultats chez les enfants d'âge scolaire associent certaines données ne rapportant pas d'impact sur le long terme de la catastrophe sur les taux de TSPT (McFarlane & Van Hoof, 2009) et d'autres qui rapportent des taux élevés (Morgan et al, 2003). Au final, les rares données chez les adolescents mettent également en avant une possible chronicité des symptômes de TSPT dans cette population (Yule et al, 2000).

Facteurs de risque

Une méta-analyse de 64 études évaluant les facteurs de risque du TSPT chez les enfants et les adolescents âgés de 6 à 18 ans (Trickey et al, 2012) a montré que les facteurs liés à l'expérience subjective de l'événement (incluant la crainte péri-traumatique et la perception d'une menace pour sa vie) et les paramètres variables post-traumatiques (incluant un faible niveau social, l'isolement social, les comorbidités psychiatriques, un mauvais fonctionnement familial, et le recours à certaines stratégies cognitives telles que la distraction ou la suppression de pensée représentaient une taille d'effet intermédiaire à importante dans la prédiction du TSPT, alors que les facteurs préexistants au traumatisme (incluant le sexe féminin, un faible niveau d'intelligence, un faible niveau socioéconomique, des événements de vie antérieurs au traumatisme, un faible niveau d'estime de soi préexistant au traumatisme, des problèmes psychologiques chez l'enfant et les parents préexistants au traumatisme) représentaient une taille d'effet seulement faible à intermédiaire.

CARACTERISTIQUES CLINIQUES

Réactions péri-traumatiques

Lorsqu'ils sont confrontés à un événement traumatique, les enfants et les adolescents montrent souvent des réponses psychologiques immédiates. Les réactions vécues durant et immédiatement après un traumatisme sont appelées péritraumatiques et ont été identifiées comme des facteurs prédictifs fort du développement d'un TSPT chez les adultes (Brewin et al, 2000 ; Ozer et al, 2003). Deux types de réactions péritraumatiques ont été décrites : la détresse péritraumatique et la dissociation péritraumatique.

La *détresse péritraumatique* a été introduite comme une mesure de l'intensité du TSPT selon le DSM-IV (Brunet et al, 2001), et évalue les réactions émotionnelles (par exemple, la peur, l'horreur) et physiques (par exemple la perte du contrôle des intestins) expérimentées durant ou immédiatement après l'exposition à un événement traumatique. La détresse péritraumatique peut être mesurée à l'aide des 13 items du *Peritraumatic Distress Inventory* (PDI) (Brunet et al, 2001) qui évalue les sentiments d'impuissance, de tristesse, de culpabilité, de honte, de frustration, de terreur, d'horreur, l'évanouissement, l'inquiétude pour les autres, la perte du contrôle intestinal ou vésical, les réactions physiques et les idées de mort (Appendice F.4.1).

La dissociation péritraumatique fait référence aux altérations de l'expérience du temps, des lieux et des personnes durant ou immédiatement après



Cliquez sur la photo pour regarder une courte vidéo décrivant le TSPT

l'exposition à un traumatisme (Marmar et al, 1994) et est évaluée grâce aux 10 items du Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ). Le PDEQ inclut des items qui évaluent le sentiment d'effacement, c'est-à-dire l'impression d'être en pilote automatique, la distorsion temporelle (impression de « ralenti »), la dépersonnalisation (l'impression de se regarder agir sans contrôle sur la situation), la déréalisation (un sentiment d'étrangeté et d'irréalité du monde extérieur), la confusion, l'amnésie, et une diminution de la vigilance (Appendice F.4.2).

Le PDI et le PDEQ ont tous les deux été validés chez les enfants (Bui et al, 2011), et il a été prouvé que la détresse et la dissociation péritraumatiques étaient toutes les deux associées au développement de symptômes de TSPT chez les enfants (Bui et al, 2010a).

Réaction de stress aiguë (CIM-10) Trouble de stress aigu (DSM-5)

Les réactions psychologiques précoces à l'exposition au traumatisme sont décrites sous le label de « réaction aiguë au stress » (RAS) dans la 10^{ème} version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 1992), et sous le vocable de « trouble de stress aigu » (TSA) dans le DSM-5. Bien que les descriptions du RAS et du TSA soient similaires, elles diffèrent légèrement dans leur délai (début deux jours après l'exposition au traumatisme dans le RAS, trois jours après pour le TSA). Nous nous sommes centrés sur le TSA car la recherche et les recommandations basées sur les preuves ont été majoritairement conduites en utilisant les critères du DSM.

Le TSA a été introduit dans le DSM-IV afin de différencier les détresses et les réactions invalidantes de courte durée du TSPT (Koopman et al, 1995), ainsi que pour identifier les individus à risque de développer un TSPT un mois plus tard (Spiegel et al, 1996). Dans le DSM-5, un diagnostic de TSA nécessite une exposition à un événement traumatique (par exemple à la mort ou à une menace de mort, une blessure réelle ou une menace sérieuse de blessure, ou bien des violences sexuelles réelles ou une menace de violence sexuelle) et le principal critère diagnostique nécessite de présenter 9 des 14 symptômes (dans chacune des catégories particulières), ce qui inclut les *symptômes d'intrusion* (par exemple les rêves stressants récurrents, les souvenirs stressants répétitifs du traumatisme, la détresse intense ou prolongée lors de l'exposition aux situations rappelant le traumatisme, et les réactions physiologiques à l'exposition aux situations rappelant la traumatisme) ; les *symptômes dissociatifs* (par exemple, la déréalisation, l'émoussement affectif et l'incapacité à se souvenir d'un aspect du traumatisme (typiquement l'amnésie dissociative)) ; les *symptômes d'évitement* (par exemple, l'évitement des situations internes ou externes rappelant le traumatisme et qui augmentent les souvenirs du ou des événement(s) traumatique(s)) ; et les symptômes d'hyperveil (par exemple, un comportement irritable ou agressif, des réactions exagérées de sursaut, des troubles du sommeil, une hyper-vigilance et des problèmes de concentration). La durée des symptômes peut aller de trois jours à quatre semaines après l'exposition au traumatisme, avec un niveau de détresse ou de répercussion cliniquement significatif (voir Tableau F.4.1).

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Le diagnostic de TSPT, initialement réservé aux adultes, a été étendu aux plus jeunes en 1987 avec le DSM-III. Dans le DSM-IV, les critères diagnostiques de

Réactions péritraumatiques chez un enfant de 11 ans

Alan est un garçon de 11 ans qui vit avec ses parents et sa sœur d'un an son aînée. Une nuit, alors que ses parents se disputaient devant lui, son père a poignardé sa mère à l'abdomen. Sa mère a été conduite à l'hôpital et Alan, qui était venu avec elle, rencontra la psychiatre de garde.

Alan lui raconta ce dont il avait été témoin et affirma que durant l'agression, il s'était senti très effrayé et que son cœur battait à tout rompre. Il se rappelait avoir ressenti le fait de devoir faire quelque chose pour aider sa mère, mais ne pas avoir sur comment l'aider, et avoir eu l'impression de ne plus pouvoir bouger ses jambes. Il raconta également que ce qui était arrivé lui semblait irréel, comme s'il était dans un film. Il dit à la psychiatre que lorsqu'il repensait à la scène, elle lui apparaissait ralentie et floue. Il se souvenait avoir crié très fort lorsque sa mère avait été blessée, mais ne parvenait pas à se souvenir d'autre chose après cela.

TSPT de l'enfant et de l'adolescent sont identiques à ceux utilisés chez les adultes avec quelques avertissements. Il y a eu d'intenses débats scientifiques concernant l'utilisation des critères DSM-IV de l'adulte dans le TSPT des enfants et des données récentes suggèrent que les jeunes pourraient requérir un plus petit nombre de critères basés la limitation fonctionnelle associée aux symptômes de TSPT, et pourrait avoir quelques spécificités dans les expressions de la détresse, en particulier chez les plus jeunes (Scheeringa et al, 2003).

Dans le DSM-5, le diagnostic de TSPT inclut les mêmes critères d'exposition que le TSA (c'est-à-dire une exposition à la mort ou à une menace de mort, une blessure réelle ou une menace sérieuse de blessure, ou bien des violences sexuelles réelles ou une menace de violence sexuelle). De plus, le diagnostic de TSPT chez l'adulte et l'adolescent requière :

- Un *symptôme envahissant* (critère B) incluant les rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse, les souvenirs répétitifs du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse, les réactions dissociatives (par exemple les flashbacks), ou les réactions psychologiques ou physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices évocateurs du ou des événements traumatiques ;
- *L'évitement persistant des stimuli internes ou externes* associés à un ou plusieurs événements traumatiques (critère C) ;
- *Deux symptômes d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur* associées à un ou plusieurs événements traumatiques (critère D) incluant des distorsions cognitives persistantes qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes, un état émotionnel négatif persistant (par exemple crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte), une réduction nette de l'intérêt ou de la participation à des activités importantes, un sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres, ou une incapacité persistante à éprouver des émotions positives (de type engourdissement émotionnel) ; et
- *Deux symptômes d'altération marquée de l'éveil et de la réactivité* (critère E), incluant un comportement irritable ou des accès de colère, un comportement irréflecti ou autodestructeur, une hyper-vigilance, une réaction de sursaut exagérée, des problèmes de concentration, ou une perturbation du sommeil.

Le diagnostic requière également que les symptômes durent plus d'un mois, soit associés à un niveau de détresse ou de répercussion cliniquement significatif, et ne soit pas dû aux effets d'une substance ou d'une maladie. En addition, le DSM-5 inclut un sous-type de TSPT pour les enfants d'âge préscolaire âgés de 6 ans ou plus jeunes qui met en avant des différences significatives incluant le caractère encore en développement des capacités d'expression cognitives et verbales (Scheeringa et al, 2011a ; Scheeringa et al, 2001b). Trois modifications principales existent dans ce sous-type :

- Des changements dans les symptômes de ré-expériences, incluant une reformulation du critère B1 (c'est-à-dire des souvenirs pénibles récurrents et intrusifs de l'événement) qui ne nécessite plus que les souvenirs soient pénibles, car un certain nombre d'enfants traumatisés se sentent soit indifférent soit excités par ces souvenirs.
- En ce qui concerne les symptômes d'évitement et les altérations

Relations entre le TSA et le TSPT

Le TSA a été introduit afin d'identifier les individus à risque de TSPT. Jusqu'ici, la littérature a rapporté que les symptômes de TSA augmentent de façon significative la probabilité de développer un TSPT (5mc Kibben et al, 2008 ; Bui et al, 2010b ; Yasan et al, 2009). Pourtant, d'après des données récentes obtenus chez l'adulte, bien que la valeur prédictive du TSA soit plutôt bonne, sa sensibilité (proportion de personnes présentant les critères du TSA qui développent finalement un TSPT) est faible (20-72%), ce qui suggère que la plupart des survivants à des traumatismes qui développent ensuite un TSPT ne remplissent pas tous les critères du TSA (Bryant, 2011).

En accord avec cela, une étude de grande envergure chez des enfants et des adolescents ayant survécu à des accidents de la route n'a pas réussi à prouver que les symptômes dissociatifs prédisaient de façon indépendante la survenue ultérieure d'un TSPT (Dagleish et al, 2008).

Le TSA doit donc être considéré comme une entité clinique qui est le marqueur d'un niveau de souffrance et de gêne important, qui peut aider à identifier les jeunes qui vont nécessiter une attention clinique particulière et qui peut être un indice de la survenue ultérieure d'un TSPT.



Participants au 1er Comité de Rencontre et d'Organisation du Partenariat Asiatique pour le Support de la Résilience Mentale Durant les Crises, à Jakarta, en septembre 2012.

négatives des cognitions et de l'humeur, les critères pour les enfants d'âge préscolaire ne nécessitent que soit rempli seulement un symptôme de ces catégories, car il est habituellement difficile d'identifier dans cette population certains symptômes incluant « une gamme d'affect restreinte » et « un détachement des proches ». De plus, deux symptômes ont été retirés car ils n'étaient pas sensibles d'un point de vue développemental : « le sentiment de raccourcissement du futur » et « l'incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme ». Enfin, dans cette catégorie, deux symptômes ont été reformulés pour améliorer la validité chez les enfants d'âge préscolaire : la diminution d'intérêt pour les activités peut prendre la forme d'un jeu raccourci, tandis que les sentiments de détachement peuvent se manifester par un retrait social.

- En ce qui concerne l'hyper-vigilance, seul un changement léger de terminologie a été réalisé, « l'hyper-vigilance avec accès de colère » ayant été modifiée pour inclure « des crises de colères extrêmes ». (Table 4.1)

Diagnostiques Différentiels

Le tableau F.4.1 résume les symptômes utilisés pour le diagnostic de TSA et de TSPT dans le DSM-5. Le TSPT partagent certains symptômes avec de nombreux autres troubles, tels que les intoxications à certains toxiques, qui doivent être éliminés en tant que cause potentielle ou qui doivent être exclus du diagnostic de TSPT. De plus, le TSPT peut se manifester à la fois par des symptômes thymiques et anxieux, et la présence d'un trouble anxieux ou d'un trouble de l'humeur doit être vérifiée. Les principaux diagnostics différentiels à envisager sont :

- Un trouble de l'adaptation
- Un TSA
- Un trouble anxieux
- Un TOC
- Une dépression caractérisée
- Les troubles dissociatifs



Soldat iranien durant la Guerre Iran-Irak.

- Un trouble de conversion
- Une psychose
- Une intoxication à une substance
- Un traumatisme cérébral.

Contrairement au TSPT, qui nécessite que les symptômes soient toujours présents au moins un mois après l'exposition au traumatisme, le TSA est diagnostiqué durant le premier mois. De plus, le diagnostic de TSPT nécessite la présence d'au moins six symptômes des quatre catégories (reviviscence, évitement, altérations négatives persistantes des cognitions et de l'humeur, et hyper-vigilance), tandis que le diagnostic de TSA nécessite seulement la présence de neuf des 14

Trouble de stress post-traumatique chez un enfant de 6 ans

Dolores, une fille de 6 ans, fut hospitalisée suite à l'incendie de 40^u de sa maison au cours duquel l'une de ses sœurs cadettes décéda. Sa mère est à son chevet, son père a été absent depuis de nombreuses années. Elle a un passé de déprivation précoce dû à de l'itinérance et est actuellement en CP.

Dolores était dans sa chambre lorsqu'elle a commencé à sentir de la fumée et à voir la porte prendre feu. Elle se souvenait avoir été effrayée, s'être mouillée, et avoir crié très fort. Elle ne pouvait pas se souvenir d'autre chose à part cela.

Elle était initialement sédatisée après les greffes reçues sur ses brûlures. Lorsqu'elle fut sevrée de la morphine IV et du midazolam, elle commença à larmoyer et à crier lorsque sa mère s'absentait durant de courtes périodes. Elle était également anxieuse lorsque les infirmières en uniforme entraient dans la pièce, craignant qu'elles la blessent. Elle commença à avoir des insomnies ainsi que des cauchemars au cours desquels elle revivait l'incendie, avec également des épisodes de terreurs nocturnes. Elle devint contrariée lorsque sa mère ne restait pas avec elle en permanence, même durant la nuit. Sa mère rapportait que Dolores avait changé depuis l'incendie ; elle ne jouait plus à la poupée, était en retrait, énervée, et avait souvent des accès de colère.

Elle commença à aller mieux lorsqu'on lui redonna du contrôle sur ses changements vestimentaires, avec une attention particulière pour l'encourager à maîtriser sa peur et sa douleur liées aux pansements de brûlures, ainsi qu'une analgésie suffisante, bien que réduite.

Tableau F.4.1 Comparaison des symptômes utilisés pour le diagnostic de TSA, de TSPT et de TSPT chez les enfants de < 6 ans selon le DSM-5.

GROUPES DE SYMPTÔMES	DESCRIPTION DES SYMPTÔMES	TSA	TSPT	TSPT chez les enfants de ≤ 6 ans
Exposition à un événement traumatique	• Avoir vécu l'événement traumatique directement	✓	✓	✓
	• Avoir été témoin d'un événement traumatique chez d'autres personnes	✓	✓	✓
	• Découvrir que sa famille ou un ami proche a vécu un événement traumatique	✓	✓	✓ (parent ou soignant)
	• Exposition répétée ou extrême aux détails traumatisants d'un événement traumatique	✓	✓	
Symptômes d'intrusion	• Souvenirs intrusifs récurrents de l'événement	✓	✓	✓ (par exemple, durant un jeu)
	• Cauchemars récurrents liés à l'événement	✓	✓	✓
	• Flashbacks ou autres réactions dissociatives	✓	✓	✓ (par exemple, revivant la scène durant un jeu)
	• Détresse provoquée par les indices internes ou externes reliés à l'événement	✓	✓	✓
	• Réactions physiologiques marquées vis-à-vis de ces indices internes ou externes		✓	✓
	• Des souvenirs ou des sentiments stressants associés à l'événement	✓	✓	✓
Évitement	• Des stimuli qui éveillent la mémoire du traumatisme tels que les personnes, les lieux ou les situations qui lui sont associés	✓	✓	✓
	• Incapable de se souvenir de certains aspects de l'événement		✓	
Symptômes d'humeur et de cognition négative	• Négative perception du monde, de soi ou des autres		✓	
	• Impressions déformées concernant la cause ou l'effet de l'événement		✓	
	• Émotions négatives persistantes telles que l'horreur, la colère ou la honte		✓	✓
	• Réduction significative de l'intérêt pour les activités quotidiennes ou pour les loisirs		✓	✓
	• Sentiment de détachement		✓	✓ (par exemple, le retrait social)
	• Incapacité à ressentir des émotions positives		✓	✓
			✓	
			✓	

Tableau F.4.1 (Suite)				
GROUPES DE SYMPTÔMES	DESCRIPTION DES SYMPTÔMES	TSA	TSPT	TSPT chez les enfants de ≤ 6 ans
Symptômes d'hyper-vigilance	• Irritabilité et accès de colère	✓	✓	✓ (par exemple, violents accès de colère)
	• Insouciance ou auto-agressivité		✓	
	• Hyper-vigilance	✓	✓	✓
	• Réaction de sursaut exagérée	✓	✓	✓
	• Difficultés de concentration	✓	✓	✓
	• Problèmes de sommeil	✓	✓	✓
Symptômes dissociatifs	• Dépersonnalisation	✓		
	• Déréalisation	✓		
Nombre requis pour le diagnostic		9 sur 14 symptômes	Traumatisme + 1 intrusion + 1 évitement + 2 humeur/cognition + 2 hyper-vigilance	Traumatisme + 1 intrusion + 1 évitement ou humeur/cognition + 2 hyper-vigilance
Durée des symptômes après l'exposition au traumatisme		3 jours à 1 mois	>1 mois	>1 mois

Évaluation et prise en charge des enfants et des adolescents réfugiés ayant été exposés à des traumatismes de guerre

Les enfants et les adolescents réfugiés qui ont fui les zones de guerre ont été fréquemment exposés à des traumatismes multiples (incluant le fait d'être témoin de blessures, de meurtres ou de scènes de tortures), ainsi qu'à des pertes multiples (Rutter, 2003). Bien qu'ils soient souvent résilients, beaucoup souffrent de TSPT tout comme d'autres troubles mentaux, incluant la dépression, l'anxiété et le deuil prolongé ou compliqué. Les pratiques de prise en charge des réfugiés, la vie dans les camps de réfugiés, et la réponse des pays d'accueil, en particulier lorsque leur entrée est illégale, aggravent parfois ces difficultés. Il semble exister une relation dose-effet entre les traumatismes cumulés et les symptômes de détresse émotionnelle chez les enfants et les adolescents exposés à la guerre (Heptinstall et al, 2004 ; Mollica et al, 1997). Les enfants demandeurs d'asile non accompagnés (c'est-à-dire les individus de moins de 18 ans séparés de leurs deux parents et non pris en charge par un adulte responsable) montrent un niveau de souffrance psychologique plus élevé que ceux qui sont accompagnés (Mckelvey & Webb, 1995).

Les problèmes de perte sont particulièrement importants chez ces enfants du fait de l'isolement social dans les pays d'accueil. Parmi les difficultés liées à l'évaluation de l'impacte des traumatismes chez l'enfant et les adolescents réfugiés de guerre, on note les éléments suivants : le travail avec les interprètes, la rédaction des rapports médico-légaux, l'exposition par procuration aux traumatismes (chez les soignants) et les variations dans la présentation clinique en fonction des cultures (Ehnholt & Yule, 2006). Chez les adultes, il a été prouvé de façon claire que les états de détresse liés à des traumatismes peuvent se manifester par des symptômes propres à la culture. Par exemple, dans les cultures asiatiques et sud-asiatiques, les individus traumatisés redoutent souvent une dysrégulation de leur « écoulement du vent » corporel. Il a ainsi été montré que de tels syndromes propres aux cultures, tout comme les plaintes somatiques, constituent des aspects essentiels de l'expérience du TSPT chez les réfugiés cambodgien, et sont bien plus saillants que la plupart des symptômes traditionnels du TSPT (Hinton et al, 2013). Les cliniciens ne doivent donc pas considérer les critères du DSM ou de la CIM comme les seuls pertinents.

Bien que des approches thérapeutiques basées sur des preuves incluant les TCC adaptées aux syndromes propres à la culture, l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), et la thérapie narrative d'exposition soient utiles pour atténuer les symptômes de TSPT chez les jeunes réfugiés, une approche holistique est habituellement également nécessaire (Papadopoulos, 1999). Parce qu'ils sont sous le coup d'un stress social et matériel important, les jeunes réfugiés ont fréquemment besoin de discuter de leurs difficultés pratiques quotidiennes plutôt que de leurs expériences passées. Enfin, ils peuvent également souhaiter se centrer sur leur avenir plutôt que de réfléchir à leur passé, et une telle focalisation ne doit pas être découragée (Beiser & Hyman, 1997).



Un camion réfrigérant contenant du poisson se retrouve renversé contre un arbre dans l'allée d'une résidence dévastée après le passage de l'ouragan Katrina dans la paroisse des Plaquemines, en Louisiane, USA. FEMA photo/Andrea Booher

symptômes (voir Tableau F.4.).

Comme dans le TSPT et le TSA, les troubles de l'adaptation nécessitent l'exposition à une situation génératrice de stress, qui entraînent une détresse ou une gêne cliniquement significatives. Pourtant, dans les troubles de l'adaptation, le stressor ne doit pas nécessairement être « traumatique » (c'est-à-dire aussi sévère que dans le TSA ou le TSPT). De plus, le trouble de l'adaptation ne spécifie pas de symptômes requis et l'état du patient ne doit pas être expliqué par un autre trouble.

Bien que l'exposition à un événement traumatique puisse précipiter la survenue d'un certain nombre de troubles anxieux ou de troubles de l'humeur, ces diagnostics ne sont pas aussi étroitement liés à l'événement traumatique que dans le cas du TSA et du TSPT. Tandis que le TSA et le TSPT ont en commun avec les troubles anxieux (incluant le trouble panique, l'anxiété généralisée et la phobie sociale) les symptômes d'hyper-vigilance et d'évitement, la présentation clinique du TSA et du TSPT inclut à la fois une focalisation sur l'événement traumatique et des reviviscences d'émotions et d'images du traumatisme. Un épisode dépressif majeur déclenché par une expérience stressante peut inclure des difficultés de concentration, une insomnie, un retrait social ou un détachement similaires à ce que l'on retrouve dans le TSPT ; pourtant le tableau clinique de la dépression ne comprend pas les reviviscences du traumatisme ou l'évitement associé.

DIAGNOSTICS

Conduite de l'entretien

L'évaluation des jeunes avec un possible TSPT doit d'une manière générale débiter par des questions à réponses ouvertes afin de favoriser un compte-rendu narratif d'une traumatisme. Avec les enfants les plus jeunes, cela se fera le plus souvent via le jeu, ce qui inclut les dessins ; les adolescents le feront avec leurs propres mots, la personne qui mène l'entretien intervenant le moins possible. Alors que chez les adultes cette partie non-directive peut être utile afin de minimiser le risque de poser de façon erronée un diagnostic de TSPT en permettant aux individus en attente de bénéfices secondaires (par exemple des compensations) de faire semblant, cela peut être utile chez les jeunes enfants ; il a été rapporté que les récits par les enfants de leur exposition au traumatisme ainsi que leurs symptômes pouvaient être influencés par la manière dont les questions étaient posées (Bruck & Ceci, 1999). En particulier, cela est important dans le contexte d'abus sexuels ou physiques potentiels, avec des implications légales significatives. Ainsi est-il recommandé, lorsque l'on évalue de possibles abus sexuels ou physiques, d'utiliser des questions à réponses ouvertes, en évitant les réponses suggestives, et même d'éviter de poser les mêmes questions plusieurs fois car les enfants peuvent changer leurs réponses en pensant qu'ils n'ont pas répondu correctement la première fois. L'enregistrement des entretiens par le clinicien est souvent recommandé dans les cas de témoignages dans un contexte de possibles abus d'enfant afin d'apporter la preuve que les questions étaient non directives.

Les enfants et les adolescents dépendent habituellement de leurs parents pour accéder aux soins. Il est donc important d'établir et de maintenir une alliance thérapeutique avec les proches. Si les proches ne sont pas au courant que l'enfant a été exposé à un traumatisme, il y a peu de chance qu'ils présentent leur enfant pour



Cliquez sur l'image pour accéder aux recommandations pratiques de l'Académie Américaine de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent pour l'évaluation et le traitement des enfants et des adolescents souffrants d'un trouble de stress post-traumatique.

Postpartum maternel, TSPT et problèmes développementaux

La recherche a montré que la naissance d'un enfant constitue un événement stressant qui peut conduire à des réponses psychologiques négatives et à des troubles psychiatriques incluant la dépression du postpartum (Robertson et al, 2004). Un nombre croissant de recherches se centre sur le TSPT lié à la naissance d'un enfant. Les taux rapportés de TSPT liés à la naissance d'un enfant varient de 2,8% à 5,6% à six semaines du postpartum (Creedy et al, 2000 ; Goutaudier et al, 2012). Lorsque l'on étudie les seuils infraliminaires de TSPT, des taux élevés, jusqu'à 30%, ont été rapportés dans un délai de 4 à 8 par rapport au postpartum (van Son et al, 2005). De plus, un accouchement stressant, tel qu'une naissance prématurée, augmente de manière significative la probabilité de développer un TSPT (Lotzo & Poets, 2005). Pourtant, les taux de prévalence peuvent ne pas être fiables car de nombreuses études dans le champ de la périnatalité utilisent des mesures d'auto-évaluation pour diagnostiquer le TSPT quand un diagnostic valide ne peut pas être établi uniquement à partir de scores d'échelles. De plus, comme certaines études utilisent un score cut-off à partir d'un questionnaire d'auto-évaluation pour faire le diagnostic et ne confirment pas l'exposition au traumatisme (à moins que la naissance d'un enfant soit en elle-même considérée comme un « événement traumatique » au sens requis dans le TSPT), il est probable que certains personnes puissent être diagnostiquées à tort comme TSPT du postpartum alors qu'en réalité elles souffrent d'autres troubles telles que la dépression du postpartum. Il est également important de noter que les taux les plus élevés de TSPT du postpartum ont été retrouvés au sein d'un échantillon à risque (à savoir des femmes avec des problèmes gynécologiques ou des antécédents de troubles psychiatriques).

Néanmoins, le TSPT lié à la naissance d'un enfant est un problème potentiellement important car les symptômes peuvent avoir un impact négatif sur la relation de la mère avec son enfant (Ballard et al, 1995), le développement du nourrisson, ainsi que leur santé mentale future (Pierrehumbert et al, 2003). En particulier, le TSPT qui suit la naissance d'un enfant a été associé à des troubles de l'attachement. Par exemple, les symptômes d'évitement peuvent conduire les mères à ne pas réussir à s'attacher à leur enfant, tandis que l'hyper-vigilance peut être la cause d'un attachement hyper-anxieux ou hyper-protecteur (Bailham & Joseph, 2003). Les symptômes de TSPT du postpartum sont également associés à une position de parent moins sensible et à une plus grande inquiétude concernant l'intimité avec le bébé (Schechter et al, 2004). Il a été montré que les enfants de mère déprimées étaient plus à risque de développer des perturbations comportementales ainsi que des difficultés sociales et une moins bonne réussite (Anderson & Hammen, 1993). Plusieurs auteurs ont fait l'hypothèse qu'il pourrait exister un lien similaire entre le TSPT du postpartum maternel et le développement social et comportemental du nourrisson (par exemple, Bailham & Joseph, 2003). Pour finir, les symptômes de TSPT du postpartum peuvent également avoir un impact négatif sur le développement cognitif de l'enfant (Parfitt et al, 2013). L'évaluation systématique de l'impact psychologique de l'accouchement sur les mères pourrait aider à identifier celles présentant un risque augmenté de symptômes significatifs de TSPT et de relation à leur enfant problématique. De plus, comme les pères ne vivent habituellement pas l'accouchement comme un traumatisme, les approches psychothérapeutiques impliquant le père au cours du postpartum pourrait être utile dans la gestion des symptômes maternels de TSPT.

une évaluation. Les recommandations de l'Académie Américaine de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (AACAP) précisent que « *Même si le traumatisme n'est pas la raison de l'évaluation, les cliniciens doivent interroger de façon routinière les enfants sur leurs possibles expositions à des événements traumatiques (...), et si une telle exposition est mise en avérée, il convient de rechercher chez l'enfant des signes de TSPT* » (Cohen et al, 2010).

Comme c'est le cas dans d'autres troubles mentaux, les symptômes post-traumatiques chez l'enfant et chez l'adolescent influencent et sont influencés par la famille et l'environnement immédiat. L'évaluation des symptômes post-traumatiques dans cette classe d'âge doit donc inclure une évaluation de leur famille (ou de leur environnement). Cela est particulièrement important lorsque d'autres membres de la famille sont susceptibles d'avoir été exposés au même événement traumatique et peuvent donc présenter également des symptômes post-traumatiques.

Enfin, il a été montré que les parents sous-estimaient toujours les expériences traumatiques de leurs enfants ainsi que leurs symptômes post-traumatiques (Meiser-Stedman et al, 2007 ; Dyb et al, 2003 ; Shemesh et al, 2005) particulièrement chez les enfants les plus jeunes (Dyb et al, 2003). Il est donc non seulement important mais nécessaire d'évaluer directement les symptômes des



Cliquez sur l'image pour accéder au site internet du Health Care Toolbox qui contient des informations sur la façon de fournir des soins centrés sur les traumatismes.

Tableau F4.2 Instruments pour évaluer les réactions post-traumatiques chez les enfants et adolescents

INSTRUMENTS DE MESURE	AGES VALIDES	DUREE (MINUTES)	PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	LIBRE DE DROIT	OU LA TROUVER
Interviews					
Child PTSD Reaction Index (CPTS-RI) (Nader et al, 1990)	6-17	15-20	Bon	Oui	Contact author: rpynoos@mednet.ucla.edu
Clinician-Administered PTSD Scale for Children & Adolescents (CAPS-CA) (Nader et al, 1996)	7-18	30-120	Bon	Oui	http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/ncptsd-instrument-request-form.asp
Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised (CITES-2) (Wolfe et al, 1991)	6-18	30-45	Moyen à Bon	Oui	http://www.cimtools.com/victims/resources/assessment/ptsd/cites-r.pdf
Children's Posttraumatic Stress Disorder Inventory (CPTSDI) (Saigh et al, 2000)	7-18	15-20	Bon	Non	http://www.pearsonclinical.com/
Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) (Briere, 1996)	3-12	20-30	Bon	Non	http://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=TSCC
Traumatic Events Screening Inventory (TESI) (Ribbe, 1996)	4+	10-30	N/A	Oui	http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/assessment-pdf/TEI-C.pdf
Auto-Questionnaires					
Child PTSD Symptom Scale (CPSS) (Foa et al, 2001)	8-18	10-15	Bon	Non	http://www.performwell.org/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=500&cf_id=24
My Worst Experiences Survey (National Center for Study of Corporal Punishment and Alternatives in Schools, 1992)	9-18	20-30	Bon	Non	http://www.wpspublish.com/app/
UCLA PTSD Index for DSM-IV (Pynoos et al, 1998)	7-12, 13+	15-20	Excellent	No	Contact author: rpynoos@mednet.ucla.edu
When Bad Things Happen Scale (WBTH) (Fletcher, 1996b)	8-13	10-20	Moderate to Good	Yes	Contact author: Kenneth.Fletcher@umassmed.edu

Tableau F4.2 (suite) Instruments to assess posttraumatic reactions in children and adolescents

INSTRUMENTS DE MESURE	AGES VALIDES	DUREE (MINUTES)	PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	LIBRE DE DROIT	OU LA TROUVER
Child Stress Disorders Checklist (CSDC) (Saxe et al, 2003)	2-18	10	Excellent	Oui	http://www.ncitsnet.org/ncitsn_assets/acp/hospital/CSDC.pdf
Parent Report of Child's Reaction to Stress (Fletcher, 1996a)	N/A	30-45	Bon	Oui	Contact author: Kenneth.Fletcher@umassmed.edu
Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC) (Briere, 2005)	3-12	20-30	Bon	Non	http://www.w4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=TSCYC

enfants ainsi que leurs comportements et de ne pas se baser uniquement sur les recueils symptomatiques des parents.

Outils d'évaluation

De nombreux instruments de mesure sont disponibles pour aider à l'évaluation du TSA et du TSPT chez les enfants et les adolescents (Hawkins & Radcliff, 2006 ; March et al, 2012), même si certains présentent la limite d'avoir été adaptés de mesures faites chez l'adulte. Les mesures basées sur les critères du DSM-5 ne sont pas encore disponibles. Une revue détaillée de ces instruments est présentée à la fin de ce chapitre. Le Tableau F.4.2 résume certains des instruments de mesure les plus utilisés, s'ils sont disponibles gratuitement et où ils peuvent être trouvés.

L'outil le plus communément utilisé est la *PSTD Scale for Children and Adolescents* (CAPS-CA) (Nader et al, 1996), administrée par un clinicien, qui consiste en un outil basé sur un entretien dérivé de la CAPS adulte et qui est limité par la durée de passation de l'entretien ainsi que par la nécessité pour l'interviewer de recevoir une formation spécifique. La *Child Stress Disorders Checklist* (CSDC) (Saxe et al, 2003) constitue une autre option.

Un petit nombre d'entretiens à visée diagnostique évaluant une palette de troubles sont disponibles et peuvent être utiles dans l'évaluation du TSPT (Scheeringa & Haslet, 2010 ; Egger et al, 2006). Par exemple, le *Preschool Age Psychiatric Assesment* (Egger et al, 2006) ou le *Diagnostic Infant and Preschool Assesment Instruments* peuvent être utilisés chez les enfants d'âge préscolaire (Scheeringa & Haslett, 2010), tandis que le *Diagnostic Interview for Children and Adolescents* (DICA) peut être utilisé à la fois chez l'enfant et chez l'adolescent (Reich, 2000).

TRAITEMENT

Intervention immédiate pour tous (moins de 24 heures après le traumatisme)

Approches psychologiques

La plupart des enfants et des adolescents feront l'expérience de symptômes psychologiques et somatiques dans les suites immédiates du traumatisme. Ces symptômes ne constituent pas nécessairement une indication pour des interventions spécifiques car ils se résolvent la plupart du temps spontanément sans l'aide de professionnels.

Un débriefing de l'incident en période critique, qui implique que les individus évoquent les détails du traumatisme – parfois dans le cadre d'un groupe – n'a montré que peu ou pas d'efficacité (Australian Centre for

Posttraumatic Mental Health, 2013). Certains données chez l'adulte suggèrent que le débriefing de groupe augmente la symptomatologie du TSPT et pourrait même accroître les taux de TSPT (Rose et al, 2002 ; van Emmerik et al, 2002). Les données issues de deux essais contrôlés randomisés chez les enfants révèlent que le débriefing n'est pas supérieur aux soins usuels dans la réduction des taux de TSPT ou d'autres conséquences négatives, incluant les problèmes comportementaux, la dépression et l'anxiété (Stallard et al, 2006 ; Zehnder et al, 2010). En conséquences, si les enfants et les adolescents en détresse ou en demande d'aide doivent se voir offrir la possibilité d'évacuer individuellement à propos du traumatisme s'ils le souhaitent, le débriefing systématique (en particulier dans le cadre d'un groupe) n'est pas recommandé.

Des données récentes suggèrent qu'une intervention basée sur l'exposition en 3 séances débutée au département des urgences dans les 12 heures qui suivent un événement traumatique pourrait être efficace pour diminuer les taux de TSPT chez les adultes (Rothbaum et al, 2012), bien qu'aucune donnée ne soient pour l'instant disponible chez l'enfant et chez l'adolescent.

En conclusion, le *débriefing ne doit pas être proposé en routine chez les enfants et les adolescents* traumatisés à risque de TSPT. Les interventions basées sur l'exposition délivrées immédiatement après le traumatisme pourrait être utiles pour prévenir le TSPT chez le jeune exposé à un traumatisme, du fait de leur efficacité dans le traitement du TSPT chez les enfants et les adolescents (voir ci-dessous) ainsi que dans la prévention du TSPT chez l'adulte. Enfin, il est recommandé de fournir une aide psychologique de premier recours, incluant l'éducation sur l'évolution habituelle et les réactions normales au traumatisme, et de s'assurer que les besoins de base en termes de soins et de sécurité sont assurés, ce qui inclus un abri et de la nourriture, l'augmentation du soutien social ainsi qu'une orientation appropriée.

Approches pharmacologiques

Une approche possible en termes de prévention du TSPT pourrait être l'administration de médicaments immédiatement après l'exposition au traumatisme ; toutefois, peu de données supportent l'efficacité d'un agent pharmacologique particulier dans cette indication. Le traitement immédiat par du propranolol a montré des résultats mitigés chez l'adulte (Vaiva et al, 2003 ; Pitman et al, 2002 ; Hoge et al, 2012), et un essai chez des enfants et des adolescents s'est révélé négatif (Nugent et al, 2010). Certaines études plus prometteuses mettent en avant chez des enfants et des adultes ayant été blessés le bénéfice préventif de niveaux plus élevés d'administration d'opiacés pour la douleur en post-blessure, qui semblent retarder l'apparition d'une symptomatologie de TSPT (Saxe et al, 2001 ; Stoddard et al, 2009 ; Holbrook et al, 2010 ; Bryant et al, 2009).

Enfin, malgré leur large utilisation clinique dans le but de réduire la symptomatologie de stress aigu, certains arguments légers dans la littérature chez l'adulte – mais d'avantage dans les études chez l'animal – suggèrent que les *benzodiazépines* pourraient ne pas être utiles dans les suites immédiates d'un traumatisme et pourraient même aggraver les chez des individus ayant été exposés à un traumatisme (Gelpin et al, 1996 ; Mellman et al, 2002). En conséquences, plusieurs guidelines recommandent d'éviter l'utilisation de benzodiazépines dans les suites immédiates d'un traumatisme.

Intervention précoce dans le TSA (symptômes durant moins de deux jours mais plus d'un mois)

Approches psychothérapeutiques

Chez les adultes présentant des symptômes qui ne s'améliorent pas rapidement, une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) centrée sur le traumatisme brève (quatre à cinq sessions) peut être efficace dans la prise en charge du TSA ainsi que dans la prévention du développement du TSPT (Australian Center for Posttraumatic Mental Health, 2013). Ces interventions de TCC incluent l'éducation, les techniques de contrôle respiratoire, l'entraînement à la relaxation, les exercices basés sur l'exposition et le traitement cognitif. Chez les enfants et les adolescents, ces approches pourraient être utiles en tant qu'interventions psychologiques précoces dans le TSA, en se basant sur leur efficacité dans le traitement du TSPT. Dans tous les cas, l'administration de ces interventions psychologiques précoces est limitée par la rareté des professionnels formés à leur administration, en particulier dans les pays à faible niveau de revenu.

Les autres interventions précoces testées chez les enfants, avec des résultats favorables limités ou non concluants, incluent les sites internet d'auto-assistance pour les enfants et les brochures d'information pour les parents (Cox et al, 2010), la thérapie d'exposition narrative, et la relaxation par la méditation (Catani et al, 2009). Une étude a rapporté qu'une intervention soignant/enfant de gestion psychosociale et de gestion du stress (intervention de stress traumatique pour l'enfant et sa famille) était supérieure à l'association de la psychoéducation et de conseils de soutien de l'enfant dans la réduction des taux de TSPT et de sévérité des symptômes du TSPT chez des enfants avec au moins une catégorie de symptômes de stress traumatiques (Berkowitz et al, 2011).

Approches pharmacologiques

Un essai basé sur la sertraline débuté à l'hôpital dans les jours suivants un traumatisme (et pour une durée de 24 semaines) chez des enfants et des adolescents brûlés (Stoddard et al, 2011) a donné des résultats mitigés : pas d'amélioration significative dans les taux de symptômes de TSPT chez le jeune mais une réduction significative des symptômes de TSPT rapportés par les parents chez leur enfant. D'après ces résultats ainsi que sur les résultats mitigés des antidépresseurs dans le traitement du TSPT, les antidépresseurs ne sont généralement pas recommandés dans le traitement du TSA.

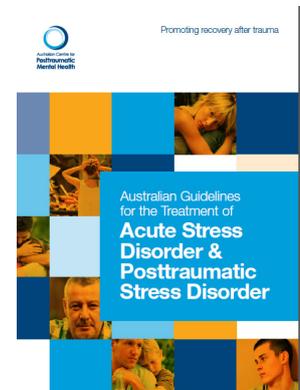
Interventions dans le TSPT (symptômes durant un mois ou plus)

Traitement pharmacologique

Aucun traitement important ou définitif n'est disponible pour l'heure dans le TSPT pédiatrique. Globalement, les approches psychothérapeutiques centrées sur le traumatisme doivent être favorisées dans le TSPT de l'enfant.

Antidépresseurs

Chez les adultes, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) constituent le traitement de première ligne recommandé dans le TSPT. Leur efficacité est bien documentée ; ils sont habituellement bien tolérés et peuvent être utiles dans le traitement d'une dépression comorbide. Néanmoins, il n'existe que peu de preuve attestant de leur efficacité dans le traitement du TSPT du jeune.



Cliquez sur l'image pour accéder aux Guidelines Australiennes pour le Traitement du Trouble de Stress Aigu et Du Trouble de Stress Post-traumatique.

En dépit d'importantes avancées dans le traitement pharmacologique des adultes souffrants de TSPT, à ce jour, il n'existe pas de données supportant l'utilisation de médicaments psychotropes dans la prise en charge du TSPT chez les enfants et les adolescents.

Lorsque l'efficacité de la sertraline et de la fluoxétine a été étudiée chez les jeunes, elles ne se sont toutes les deux pas montrées supérieures au placebo (Cohen et al, 2007 ; Robb et al, 2010 ; Robert et al, 2008). Ainsi, à ce jour, les preuves étayant l'utilisation des ISRS dans le traitement du TSPT de l'enfant et de l'adolescent font défaut.

L'efficacité des autres antidépresseurs n'a pas été évaluée dans des essais contrôlés randomisés (par exemple, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline) ou bien dans des essais ayant donné des résultats limités ou concluants (par exemple avec les inhibiteurs de la monoamine oxydase). Étant donné ce manque de preuve empirique ainsi que leur profil d'effet indésirable non favorable, incluant agitation et irritabilité, ils ne sont pas recommandés dans le traitement du TSPT de l'enfant.

Autres traitements pharmacologiques

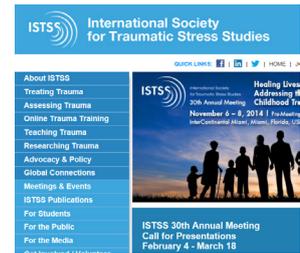
Bien qu'il puisse-t-être tentant de prescrire des benzodiazépines dans le TSPT à cause de leur effet anxiolytique, il n'existe pas de données solides supportant leur efficacité. De plus, étant donné qu'elles peuvent interférer avec l'extinction du processus d'apprentissage – important dans l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale particulièrement lorsque les benzodiazépines sont prescrites en « si besoin » - et que les individus avec TSPT sont à risque élevé d'abus de substance et de dépendance, elles ne sont habituellement pas recommandées dans le traitement du TSPT du jeune.

Se basant sur le fait que le TSPT est associé à un niveau d'activation augmenté du système nerveux autonome, des données récentes suggèrent que les médicaments anti-adrénergiques, incluant les bloqueurs des récepteurs α - et β -adrénergiques, pourraient être utiles (Management of Post-Traumatic Stress Working Group, 2010). Les résultats d'études ouvertes conduites chez l'enfant suggèrent que la clonidine, bloqueur du système β -adrénergique (Harmon & Riggs, 1996), et le propranolol, bloqueur β -adrénergique (Famularo et al, 1988) pourraient être efficaces dans le traitement des symptômes du TSPT, bien que des données issues d'essais contrôlés randomisés soient encore nécessaires.

Les antipsychotiques de seconde génération ont été étudiés du fait de leur efficacité potentielle dans le traitement du TSPT chez l'adulte ; une revue suggère qu'ils pourraient apporter un bénéfice modeste (Ahearn et al, 2011). Pourtant, à ce jour, aucune donnée randomisée contrôlée ne supporte leur utilisation chez les enfants avec TSPT et leurs effets indésirables sont significatifs.

Enfin, plusieurs essais contrôlés portant sur des antiépileptiques thymorégulateurs ont été conduits dans le TSPT chez l'adulte. Globalement, les résultats sont mitigés. La lamotrigine pourrait apporter un bénéfice (Hertzberg et al, 1999), mais le topiramate, la tiagabine et le divalproate n'ont pas montré d'efficacité (par exemple, Tucker et al, 2007 ; Hamner et al, 2009). Les données chez l'enfant sont plus limitées ; jusqu'ici, seul un essai clinique contrôlé randomisé a montré une efficacité du valproate de sodium dans les symptômes du TSPT chez des adolescents ayant un trouble des conduites comorbide (Steiner et al, 2007).

En résumé, bien que le domaine du traitement pharmacologique des adultes avec TSPT ait connu des avancées importantes, il n'existe pas à ce jour de données supportant l'utilisation de médicaments psychotropes dans la prise en charge du



Cliquer sur l'image pour accéder au site internet de l'International Society for Traumatic Stress Studies

TSPT chez l'enfant et chez l'adolescent.

Traitements psychothérapeutiques

Les approches les plus efficaces dans le traitement des symptômes du TSPT sont celles qui se basent sur les principes cognitivo-comportementaux, en particulier l'exposition et le remodelage des processus cognitifs. Des prises en charge élaborées spécifiquement pour les enfants et les adolescents ont commencé à être disponibles à la fin des années 1990, et ont montré dans des études contrôlées randomisées une efficacité supérieure que les thérapies de soutien et les thérapies non-directives (Gerson & Rappaport, 2013 ; Schneider et al, 2013).

La plus étudiée et la plus largement utilisée est la *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy* (TF-CBT) (Schneider et al, 2013). La TF-CBT a montré une réduction des symptômes de TSPT, de la dépression liée au traumatisme ainsi qu'une amélioration du fonctionnement adaptatif dans des populations variées, incluant les enfants et les adolescents traumatisés par des abus sexuels, par le terrorisme, la violence domestique et communautaire, et par les pertes traumatiques (Kowalik et al, 2011 ; Cary & McMillen, 2012). Une adaptation de la TF-CBT (*Preschool PTSD Treatment*) a été testée dans un échantillon d'enfants âgés de trois à six ans, avec des résultats positifs (Scheeringa et al, 2011a).

La TF-CBT est une thérapie limitée dans le temps (12 à 16 sessions) qui combine l'exposition, les processus de remodelage cognitif et l'amélioration des capacités de coping ; elle est délivrée de façon séquentielle en 10 composantes : la psychoéducation, les compétences de parent (les parents), les capacités de relaxation, les capacités de régulation des affects, les capacités de coping cognitif, le récit du traumatisme, les processus de distorsion cognitive, la maîtrise *in vivo* des situations activatrices du traumatisme, les sessions parent-enfant et les capacités à augmenter sa sécurité lors de futures expositions au traumatisme. Le traitement du TSPT d'âge préscolaire consiste en 12 sessions conjointes enfant-parent et utilise le dessin comme un moyen d'expression développementale permettant à l'enfant d'identifier ses pensées et ses sentiments et d'élaborer le récit du traumatisme de l'enfant (voir la boîte page F.4.20).

Comme chez l'adulte, les jeunes gens avec un TSPT peuvent souffrir de troubles mentaux comorbides tels que les abus de substance, les agressions, la délinquance et la psychose. La TF-CBT peut être associée efficacement à une prise en charge d'un abus de substance afin de réduire les symptômes de TSPT chez les adolescents consommateurs de drogues ou d'alcool (Cohen et al, 2006 ; 2010). Il n'existe actuellement pas de données pour guider le traitement psychothérapeutique des enfants et des adolescents souffrants de TSPT et de comorbidités à type de trouble des conduites, de bipolarité ou de psychose. Les guidelines pratiques (par exemple Cohen et al, 2010) recommandent d'intégrer dans la prise en charge à la fois le TSPT et les comorbidités.

Contrairement aux psychothérapies chez l'adulte, les psychothérapies chez les enfants et les adolescents soulèvent la question de savoir s'il faut impliquer les parents dans le traitement. Certains arguments suggèrent que, lorsqu'elle est comparée à la prise en charge des enfants et des adolescents seuls, l'implication des parents conduit à de meilleurs résultats (Cohen et al, 2010). De plus, l'implication des parents pourrait diminuer le taux d'abandon (Chowdhury & Pancha, 2011)

Principes du traitement cognitivo-comportemental du TSPT

Les approches de TCC sont basées fondamentalement sur les processus cognitifs et sur l'évitement.

Processus cognitif

Les croyances inexactes (cognitions) d'une personne traumatisée à propos des causes et des conséquences d'un événement traumatique (par exemple : « J'aurais dû savoir que la voiture n'allait pas s'arrêter lorsque mon ami a traversé la rue en vélo ») jouent un rôle significatif dans les processus qui empêchent le rétablissement naturel du traumatisme. Les processus cognitifs ciblent ces cognitions inadéquates ainsi que les sentiments négatifs qui leur sont associés avec pour but de parvenir à une appréciation des événements plus adaptée, facilitant ainsi l'évolution vers un rétablissement de l'expérience traumatique.

Évitement

Chez un individu traumatisé, la crainte et l'évitement de l'événement traumatique (par exemple, en évitant le lieu dans lequel l'événement traumatique a eu lieu), empêche le rétablissement du traumatisme et maintient le TSPT dans le temps. L'exposition consiste en deux procédures : l'exposition imaginaire au souvenir du traumatisme et l'exposition in-vivo à des situations liées au traumatisme. L'exposition est mise en œuvre de façon progressive après que le thérapeute et le patient aient hiérarchisé ensemble la sévérité de ces situations. L'exposition systématique a pour but de réduire les réactions émotionnelles et physiologiques stressantes activées par les souvenirs traumatiques (« gâchettes »), prévenant ainsi les comportements d'évitement qui maintiennent les symptômes de TSPT.

Composantes de la Thérapie Cognitivo-Comportementale

Centrée sur le Traumatisme

- **Psychoéducation**

Délivrer des informations sur les symptômes fréquents, les réactions émotionnelles et comportementales habituelles en fonction du type de traumatisme expérimenté, la relation entre les pensées, les sentiments et le comportement, le traitement actuel et les stratégies de gestion des symptômes actuels.

- **Compétences parentales**

Apprendre aux proches l'utilisation efficace des encouragements, l'attention sélective, les temps de repos et les tableaux de comportement, afin de favoriser le renforcement contingent.

- **Compétences de relaxation**

Enseigner la focalisation sur la respiration, la relaxation musculaire progressive, l'imagerie positive et l'activité aérobie.

- **Régulation des affects**

Aider les jeunes gens à identifier leurs sentiments plus efficacement via des activités telles que des graphiques ou des jeux sur les sentiments, puis les aider à développer une meilleure régulation de leurs sentiments grâce à l'acquisition d'habiletés telles que l'arrêt de la pensée, la pensée positive, les auto-encouragements, la résolution de problème et les habiletés sociales.

- **Capacités cognitives de coping**

Fournir des coaching sur le « langage intérieur », les influences réciproques des cognitions, des sentiments et du comportement, et aider à avoir des pensées alternatives, plus réalistes afin d'ajuster et de corriger les croyances erronées sur l'événement traumatique (par exemple : « Si j'avais été au parc avec mon frère, j'aurais pu arrêter la voiture qui l'a renversé. »).

- **Récit du traumatisme**

Tenter d'obtenir une compréhension plus cohérente et plus consistante de l'expérience traumatique grâce à une exposition progressive aux souvenirs traumatiques via la lecture, l'écriture et des modalités expressives telles que le dessin, conduisant à une diminution des symptômes ; le récit est partagé avec les parents, en tant que source supplémentaire d'exposition mais aussi de restauration et d'amélioration de la relation entre les parents et l'enfant.

- **Processus de distorsion cognitive**

Chercher à approfondir les processus et à corriger les pensées inexacts et inutiles relevés lors du récit du traumatisme.

- **Maîtrise in vivo des éléments activateurs du traumatisme**

Tenter de maîtriser l'anxiété et l'évitement apparus comme une réponse protectrice aux circonstances rappelant le traumatisme mais intrinsèquement non dangereux grâce à une exposition progressive à ces situations elles-mêmes.

- **Sessions parents-enfants**

Chercher à augmenter les capacités des jeunes gens à discuter de leur expérience traumatique avec leurs parents via des rencontres conjointes qui ont lieu en général après que le travail cognitif et les capacités de coping ont été maîtrisés par les jeunes et leurs parents.

- **Augmentation de la sécurité dans le futur**

Enseigner les techniques qui leur permettront d'améliorer leur préparation et leur efficacité personnelle quand ils sont confrontés à des situations avec un risque pour leur sécurité (par exemple, s'entraîner à communiquer avec les adultes à propos des situations et des expériences effrayantes ou troublantes ; faire attention aux « réactions instinctives » ; repérer les adultes dignes de confiance ; s'entraîner à demander de l'aide).

et offrir aux enfants une aide à la réalisation des exercices devant être effectués au domicile, mais aussi au maintien d'une perspective positive et à la pratique des habiletés acquises afin de maintenir les gains post-traitement. L'implication des parents dans le traitement des enfants les plus jeunes est capitale car une relation empathique, ajustée émotionnellement, avec ses parents ou avec ses soignants proches est essentielle pour qu'un enfant puisse se rétablir d'un traumatisme (Lieberman et al, 2011).

Enfin, bien que les mécanismes d'action ne soient pas clairs, l'*eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) a montré son efficacité dans le TSPT de l'adulte. L'EMDR intègre des éléments issus des thérapies psychodynamiques, cognitivo-comportementales, cognitives, interpersonnelles, systémiques et centrées sur le corps associés à la composante de stimulation cérébrale bilatérale (par exemple les mouvements oculaires). La littérature actuelle suggère que l'EMDR est efficace chez les adultes souffrant de TSPT (Bisson et al, 2007). Chez le jeune, les preuves de l'efficacité de l'EMDR sont moins fortes que celle des TCC (Gillies et al, 2012).

CONCLUSION

Depuis l'introduction formalisée du diagnostic de TSPT chez l'enfant en 1981, la recherche a amélioré notre compréhension des facteurs de risque, de la phénoménologie, de la neurobiologie, de la prévention et du traitement. Il est maintenant largement admis que le TSPT est un trouble fréquent chez le jeune, qui entraîne beaucoup de souffrance et de handicap.

Bien que des avancées significatives aient été réalisées dans le traitement, particulièrement en ce qui concerne les approches cognitivo-comportementales, les stigmates et l'évitement associés au TSPT, tout comme la dépendance des enfants à leurs parents dans la recherche de soins est toujours un problème. Dans la plupart des pays, mais plus particulièrement dans ceux à faible niveau de vie, le manque de professionnels formés est une autre barrière, souvent insurmontable. Néanmoins, en poursuivant la recherche et les progrès dans ce domaine, les barrières au traitement vont probablement diminuer.

- Avez-vous des questions ?
- Des commentaires ?

Cliquez ici pour vous rendre sur la page Facebook du Textbook afin de partager vos visions sur le chapitre avec les autres lecteurs, mais aussi de poser des questions aux auteurs ou à l'éditeur ou de faire des commentaires..

REFERENCES

- Ahearn EP, Juergens T, Cordes T et al. (2011) A review of atypical antipsychotic medications for posttraumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology* 26:193-200.
- Alisic E, Zalta AK, van Wesel F et al (in press). PTSD rates in trauma-exposed children and adolescents: A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*.
- Anderson CA, Hammen CL (1993). Psychosocial outcomes of children of unipolar depressed, bipolar, medically ill, and normal women: A longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61:448-454.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*. Arlington VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2013). *Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Melbourne: ACPMH.
- Bailham D, Joseph S (2003). Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health & Medicine* 8:159-168.
- Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF (1995). Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *British Journal of Psychiatry* 166:525-528.
- Beiser M, Hyman I (1997). Refugees' time perspective and mental health. *American Journal of Psychiatry* 154:996-1002.
- Berkowitz SJ, Stover CS, Marans SR (2011). The Child and Family Traumatic Stress Intervention: Secondary prevention for youth at risk of developing PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52:676-685. Doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02321.x
- Birmes P, Bui E, Klein K et al (2010). Psychotraumatology in antiquity. *Stress & Health* 26:21-31. Doi: 10.1002/smi.1251
- Bisson JI, Ehlers A, Matthews R et al (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 190:97-104.
- Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD et al (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Archives of General Psychiatry* 55:626-632.
- Brewin CR, Andrews B, Valentine JD (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68:748-766. Doi: 10.1037/0022-006X.68.5.748
- Briere J (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources 00253-8.
- Briere J (2005). *Trauma Symptom Checklist for Young Children*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Bruck M, Ceci SJ (1999). The suggestibility of children's memory. *Annual Review of Psychology* 50:419-439.
- Brunet A, Weiss DS, Metzler TJ et al (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: A proposed measure of PTSD criterion A2. *American Journal of Psychiatry* 158:1480-1485.
- Bryant RA (2011). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry* 72:233-239.
- Bryant RA, Creamer M, O'donnell M et al (2009). A study of the protective function of acute morphine administration on subsequent posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry* 65:438-440.
- Bryant RA, Creamer M, O'donnell ML et al (2008). A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 69:923-929.
- Bryant RA, Salmon K, Sinclair E et al (2007). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in injured children. *Journal of Traumatic Stress* 20:1075-1079.
- Bui E, Brunet A, Allenou C et al (2010a). Peritraumatic reactions and posttraumatic stress symptoms in school-aged children victims of road traffic accident. *General Hospital Psychiatry* 32:330-333.
- Bui E, Brunet A, Olliac B et al (2011). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire and Peritraumatic Distress Inventory in school-aged victims of road traffic accidents. *European Psychiatry* 26:108-111.
- Bui E, Tremblay L, Brunet A et al (2010b). Course of posttraumatic stress symptoms over the 5 years following an industrial disaster: A structural equation modeling study. *Journal of Traumatic Stress* 23:759-766. Doi:10.1002/jts.20592
- Cary CE, Mcmillen JC (2012). The data behind the dissemination: A systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Children and Youth Services Review* 34:748-757.
- Catani C, Kohiladevy M, Ruf M et al (2009). Treating children traumatized by war and Tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry* 9:22.
- Chowdhury U, Pancha A (2011). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Community Practitioner* 84:33-35.
- Cohen JA, Bukstein O, Walter H et al (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 49:414-430.
- Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New York, NY: Guilford Press.

- Cohen JA, Mannarino AP, Perel JM et al (2007). A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46:811-819.
- Cox CM, Kenardy JA, Hendrikz JK (2010). A randomized controlled trial of a web-based early intervention for children and their parents following unintentional injury. *Journal of Pediatric Psychology* 35:581-592.
- Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth* 27:104-111.
- Dalgleish T, Meiser-Stedman R, Kassam-Adams N et al (2008). Predictive validity of acute stress disorder in children and adolescents. *British Journal of Psychiatry* 192:392-393.
- Dyb G, Holen A, Braenne K et al (2003). Parent-child discrepancy in reporting children's post-traumatic stress reactions after a traffic accident. *Nordic Journal of Psychiatry* 57:339-344.
- Egger HL, Erkanli A, Keeler G et al (2006). Test-retest reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 45:538-549.
- Ehnholt KA, Yule W (2006). Practitioner review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47:1197-1210.
- Elklit A, Christiansen DM (2010). ASD and PTSD in rape victims. *Journal of Interpersonal Violence* 25:1470-1488.
- Famularo R, Kinscherff R, Fenton T (1988). Propranolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type. A pilot study. *American Journal of Diseases of Children* 142: 1244-1247.
- Fletcher KE (1996a). Psychometric review of the Parent Report of Child's Reaction to Stress. In Stamm B (ed) *Measurement of Stress, Trauma, and Adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Fletcher KE (1996b). Psychometric review of the When Bad Things Happen Scale (WBTH). In Stamm B (ed) *Measurement of Stress, Trauma, and Adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Fletcher KE (1996c). Childhood posttraumatic stress disorder. In EJ Mash, RA Barkley (eds) *Child Psychopathology*. New York: The Guilford Press, pp. 242-276.
- Foa EB, Johnson KM, Feeny NC et al (2001). The child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 30:376-384.
- Gelpin E, Bonne O, Peri T et al (1996). Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: A prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry* 57:390-394.
- Gerson R, Rappaport N (2013). Traumatic stress and posttraumatic stress disorder in youth: Recent research findings on clinical impact, assessment, and treatment. *Journal of Adolescent Health* 52:137-143.
- Gillies D, Taylor F, Gray C et al (2012). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12:CD006726.
- Goutaudier N, Séjourné N, Rousset C et al (2012). Negative emotions, childbirth pain, perinatal dissociation and self-efficacy as predictors of postpartum posttraumatic stress symptoms. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 30:352-362.
- Guardia D, Brunet A, Duhamel A et al (2013). Prediction of trauma-related disorders: A proposed cutoff score for the peritraumatic distress inventory. *Primary Care Companion for CNS Disorders* 15(1):PCC.12l01406. Doi:10.4088/PCC.12l01406
- Hamner MB, Faldowski RA, Robert S et al (2009). A preliminary controlled trial of divalproex in posttraumatic stress disorder. *Annals of Clinical Psychiatry* 21:89-94.
- Harmon RJ, Riggs PD (1996). Clonidine for posttraumatic stress disorder in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 35:1247-1249.
- Hawkins SS, Radcliffe J (2006). Current measures of PTSD for children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology* 31:420-430.
- Heptinstall E, Sethna V, Taylor E (2004). PTSD and depression in refugee children: Associations with pre-migration trauma and post-migration stress. *European Child & Adolescent Psychiatry* 13:373-380.
- Hertzberg MA, Butterfield MI, Feldman ME et al (1999). A preliminary study of lamotrigine for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry* 45:1226-1229.
- Hinton DE, Kredlow MA, Pich V et al (2013). The relationship of PTSD to key somatic complaints and cultural syndromes among Cambodian refugees attending a psychiatric clinic: The Cambodian Somatic Symptom and Syndrome Inventory (CSSI). *Transcultural Psychiatry* 50:347-370.
- Hoge EA, Worthington JJ, Nagurny JT et al. (2012). Effect of acute posttrauma propranolol on PTSD outcome and physiological responses during script-driven imagery. *CNS Neuroscience & Therapeutics* 18:21-27.
- Holbrook TL, Galarneau MR, Dye JL et al (2010). Morphine use after combat injury in Iraq and post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine* 362:110-117.
- Jotzo M, Poets CF (2005). Helping parents cope with the trauma of premature birth: An evaluation of a trauma-preventive psychological intervention. *Pediatrics* 115:915-919.
- Kassam-Adams N, Winston FK (2004). Predicting child PTSD: The relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 43:403-411.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O et al (2005a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 62:593-602.

- Kessler RC, Chiu WT, Demler O et al (2005b). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 62:617-627.
- Koopman C, Classen C, Cardena E et al (1995). When disaster strikes, acute stress disorder may follow. *Journal of Traumatic Stress* 8:29-46.
- Kowalik J, Weller J, Venter J et al (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: A review and meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 42:405-413.
- Lieberman AF, Chu A, Van Horn P et al (2011). Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications. *Development and Psychopathology* 23:397-410.
- Management of Post-Traumatic Stress Working Group (2010). VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Post-Traumatic Stress. Washington (DC): Veterans Health Administration, Department of Defense.
- March S, De Young AC, Murray B et al (2012). Assessment of posttraumatic stress in children and adolescents. In G Beck and D Sloane (eds) *The Oxford Handbook of Traumatic Stress Disorders*. New York: Oxford University Press pp. 262-281.
- Marmar CR, Weiss DS, Schlenger WE et al (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry* 151:902-907.
- Mcfarlane AC, Van Hooff M (2009). Impact of childhood exposure to a natural disaster on adult mental health: 20-year longitudinal follow-up study. *British Journal of Psychiatry* 195:142-148.
- Mckelvey RS, Webb JA (1995). Unaccompanied status as a risk factor in Vietnamese Amerasians. *Social Science & Medicine* 41:261-266.
- Mckibben JB, Bresnick MG, Askay SAW et al (2008). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective study of prevalence, course, and predictors in a sample with major burn injuries. *Journal of Burn Care Research* 29:22-35.
- Mclaughlin KA, Koenen KC, Hill ED et al (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 52:815-830. Doi: 10.1016/j.jaac.2013.05.011
- Meiser-Stedman R, Smith P, Glucksman E et al (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* 35:191-201.
- Mellman TA, Bustamante V, David D et al (2002). Hypnotic medication in the aftermath of trauma. *Journal of Clinical Psychiatry* 63:1183-1184.
- Mollica RF, Poole C, Son L et al (1997). Effects of war trauma on Cambodian refugee adolescents' functional health and mental health status. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 36:1098-1106.
- Morgan L, Scourfield J, Williams D et al (2003). The Aberfan disaster: 33-year follow-up of survivors. *British Journal of Psychiatry* 182:532-336.
- Nader K, Kriegler J, Blake D et al (1996). *Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents for (DSM-IV) (CAPS-CA). Current and Lifetime Diagnostic Version, and Instruction Manual*. Los Angeles: National Center for PTSD and UCLA Trauma Psychiatry Program.
- Nader K, Pynoos R, Fairbanks L et al (1990). Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. *American Journal of Psychiatry* 147:1526-1530.
- National Center for Study of Corporal Punishment and Alternatives in Schools (1992). *My Worst Experiences Survey*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Nugent NR, Christopher NC, Crow JP et al (2010). The efficacy of early propranolol administration at reducing PTSD symptoms in pediatric injury patients: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress* 23:282-287.
- O'Toole BI, Catts SV, Outram S et al (2009). The physical and mental health of Australian Vietnam veterans 3 decades after the war and its relation to military service, combat, and post-traumatic stress disorder. *American Journal of Epidemiology* 170:318-330.
- Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL et al (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 129:52-73. Doi: 10.1037/1942-9681.S.1.3
- Papadopoulous R (1999). Working with Bosnian medical evacuees and their families: Therapeutic dilemmas. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 4:107-120.
- Parfitt Y, Pike A, Ayers S (2013). Infant developmental outcomes: a family systems perspective. *Infant and Child Development*. Doi: 10.1002/icd.1830.
- Pierrehumbert B, Nicole A, Muller-Nix C et al (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: Implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archives of Disease in Childhood Fetal Neonatal Edition* 88:F400-404. Doi: 10.1136/fn.88.5.F400
- Pitman RK, Sanders KM, Zusman RM et al (2002). Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biological Psychiatry* 51:189-192.
- Plutarch (1920). *Plutarch's Lives*, London: William Heinemann.
- Pynoos R, Rodriguez N, Steinberg A et al (1998). *The UCLA PTSD Reaction Index for DSM IV* (Revision 1). Los Angeles: UCLA Trauma Psychiatry Program.
- Reich W (2000). Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 39:59-66.
- Resick PA, Bovin MJ, Calloway AL et al (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress* 25: 241-251. Doi: 10.1002/jts.21699
- Ribbe D (1996). Psychometric review of Traumatic Event Screening Instrument for Children (TESI-C). In Stamm B (ed) *Measurement of Stress, Trauma, and Adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Robb AS, Cueva JE, Sporn J et al (2010). Sertraline treatment of children and adolescents with posttraumatic stress

- disorder: A double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 20:463-471.
- Robert R, Tcheung WJ, Rosenberg L et al (2008). Treating thermally injured children suffering symptoms of acute stress with imipramine and fluoxetine: A randomized, double-blind study. *Burns* 34:919-928.
- Robertson E, Grace S, Wallington T et al (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital of Psychiatry* 26:289-295.
- Rose S, Bisson J, Churchill R et al (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Systematic Reviews* (2): CD000560. Doi: 10.1002/14651858.CD000560
- Rothbaum BO, Kearns MC, Price M et al (2012). Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: A randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biological Psychiatry* 72:957-963. Doi: 10.1016/j.biopsych.2012.06.002.
- Rutter J (2003). *Supporting Refugee Children in 21st Century Britain: A Compendium of Essential Information*. Stoke on Trent, UK: Trentham Books.
- Saigh PA, Yasik AE, Oberfield RA et al (2000). The Children's PTSD Inventory: Development and reliability. *Journal of Traumatic Stress* 13:369-380.
- Saxe G, Chawla N, Stoddard F et al (2003). Child Stress Disorders Checklist: A measure of ASD and PTSD in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 42:972-978.
- Saxe G, Stoddard F, Courtney D et al (2001). Relationship between acute morphine and the course of PTSD in children with burns. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40:915-921.
- Schechter DS, Zeanah CH, Jr., Myers MM et al (2004). Psychobiological dysregulation in violence-exposed mothers: Salivary cortisol of mothers with very young children pre- and post-separation stress. *Bulletin of the Menninger Clinic* 68:319-336.
- Scheeringa MS, Haslett N (2010). The reliability and criterion validity of the Diagnostic Infant and Preschool Assessment: A new diagnostic instrument for young children. *Child Psychiatry and Human Development* 41:299-312.
- Scheeringa MS, Peebles CD, Cook CA et al (2001a). Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40:52-60.
- Scheeringa MS, Weems CF, Cohen JA et al (2011b). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: A randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52:853-860. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02354.x
- Scheeringa MS, Wright MJ, Hunt JP et al (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 163:644-651.
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Cohen JA (2011b). PTSD in children and adolescents: Toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety* 28:770-782.
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L et al (2004). Heart period and variability findings in preschool children with posttraumatic stress symptoms. *Biological Psychiatry* 55:685-691. Doi:10.1016/j.biopsych.2004.01.006
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L et al (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 42:561-570.
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L et al (2005). Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 44:899-906.
- Schneider SJ, Grilli SF, Schneider JR (2013). Evidence-based treatments for traumatized children and adolescents. *Current Psychiatry Reports* 15:332.
- Shemesh E, Newcorn JH, Rockmore L et al (2005). Comparison of parent and child reports of emotional trauma symptoms in pediatric outpatient settings. *Pediatrics* 115:e582-589.
- Spiegel D, Koopman C, Cardeña E et al (1996). Dissociative symptoms in the diagnosis of acute stress disorder. In L K Michelson, W J Ray (eds). *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*. New York, NY: Plenum Press pp. 367-380.
- Stallard P, Velleman R, Salter E et al (2006). A randomised controlled trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47:127-134. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01459.x
- Steiner H, Saxena KS, Carrion V et al (2007). Divalproex sodium for the treatment of PTSD and conduct disordered youth: A pilot randomized controlled clinical trial. *Child Psychiatry and Human Development* 38:183-193.
- Stoddard FJ Jr, Luthra R, Sorrentino EA et al (2011). A randomized controlled trial of sertraline to prevent posttraumatic stress disorder in burned children. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 21:469-477. Doi:10.1089/cap.2010.0133.
- Stoddard FJ, Jr., Sorrentino EA, Ceranoglu TA et al (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* 30:836-843.
- Stoddard FJ, Simon NM, Pitman RK (in press). Trauma- and stressor-related disorders. In: Hales RE, Yudofsky S, Roberts L (eds) *American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, Sixth Edition*. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Terr LC (1991). *Childhood traumas: An outline and overview*. *American Journal of Psychiatry* 148:10-20.
- Trickey D, Siddaway AP, Meiser-Stedman R et al (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review* 32:122-138.

- Tucker P, Trautman RP, Wyatt DB et al (2007). Efficacy and safety of topiramate monotherapy in civilian posttraumatic stress disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry* 68:201-206.
- Vaiva G, Ducrocq F, Jezequel K et al (2003). Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma. *Biological Psychiatry* 54:947-949.
- van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AM et al (2002). Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *Lancet* 360:766-771. Doi: 10.1016/S0140-6736(02)09897-5
- van Son M, Verkerk G, van der Hart O et al (2005). Prenatal depression, mode of delivery and perinatal dissociation as predictors of postpartum posttraumatic stress: An empirical study. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 12:297-312.
- Wang CW, Chan CL, Ho RT (2013). Prevalence and trajectory of psychopathology among child and adolescent survivors of disasters: A systematic review of epidemiological studies across 1987-2011. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48:1697-1720. Doi: 10.1007/s00127-013-0731-x
- Wolfe VV, Gentile C, Michienzi T et al (1991). The Children's Impact of Traumatic Events Scale: A measure of post-sexual abuse PTSD symptoms. *Behavioral Assessment* 13:359-383.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Yasan A, Guzel A, Tamam Y et al (2009). Predictive factors for acute stress disorder and posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Psychopathology* 42:236-241.
- Yule W, Bolton D, Udwin O et al (2000). The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: I: The incidence and course of PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41:503-511. Doi: 10.1111/1469-710.00635
- Zehnder D, Meuli M, Landolt MA (2010). Effectiveness of a single-session early psychological intervention for children after road traffic accidents: A randomised controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 4:7.



Muzaffarabad, Pakistan (1er novembre, 2005) – Le lieutenant de 1ère classe de l'armée des Etats-Unis, Tony Marcon, attaché à l'unité 212th MASH, aide un enfant pakistanais à boire un milkshake en poudre provenant des Aliments Prêts-À-Manger (MRE en anglais) à Muzaffarabad, Pakistan. L'enfant est atteint du tétanos et ce milkshake est la seule nourriture qu'il peut réussir à avaler à cause des spasmes musculaires. Les Etats-Unis participaient à une opération d'aide et à un effort de soutien multinational dirigé par le gouvernement pakistanais, afin d'apporter de l'aide aux victimes du tremblement de terre meurtrier qui a frappé la région le 8 octobre 2005. Photo de l'US Navy prise par le photographe 2nde classe Eric S. Powell.

Appendix F.4.1

PERITRAUMATIC DISTRESS INVENTORY-CHILD*

Please complete the sentences below by checking (✓) the boxes corresponding best to what you felt during and immediately after the event that took you to the hospital. If the sentence doesn't apply to how you felt, check the box "not true at all."

	Not true at all	Slightly true	Somewhat true	Very true	Extremely true
1. I felt helpless, overwhelmed	0	1	2	3	4
2. I felt sadness and grief	0	1	2	3	4
3. I felt frustrated or angry I could not do more	0	1	2	3	4
4. I felt afraid for my safety	0	1	2	3	4
5. I felt guilty	0	1	2	3	4
6. I felt guilty of my emotions, of the way I felt	0	1	2	3	4
7. I worried for the safety of others (my parents, brother(s), sister(s), friends...)	0	1	2	3	4
8. I had the feeling I was about to lose control of my emotions, of no longer controlling what I was feeling	0	1	2	3	4
9. I felt like I needed to urinate (pee), to defecate (poop)	0	1	2	3	4
10. I was horrified, frightened	0	1	2	3	4
11. I sweated, shook and my heart pounded or raced	0	1	2	3	4
12. I felt I might pass out	0	1	2	3	4
13. I thought I might die	0	1	2	3	4

*Slightly modified; with permission from Dr Alain Brunet <http://www.info-trauma.org/flash/media-e/triageToolkit.pdf>

The total score is calculated by adding up ratings for all the items. Higher scores indicate increased risk for PTSD. In adults, a score <7 indicates no need for monitoring; a score >28 indicates immediate care and follow-up is needed; a score between 7 and 28 warrants follow up after a few weeks (Guardia et al, 2013). Bui et al (2011) provides further psychometric data.

Appendix F.4.2

PERITRAUMATIC DISSOCIATIVE EXPERIENCES QUESTIONNAIRE-CHILD*

Thank you for answering the following questions by checking (✓) the answer that best describes what happened to you and how you felt *during* _____ *and just after it*. If a question doesn't apply to what happened to you, please check "Not true at all".

1. At times, I lost track of what was going on around me. I felt disconnected, "blacked out," "spaced out" and didn't feel part of what was going on

1	2	3	4	5
Not true at all	Slightly true	Somewhat true	Very true	Extremely true

2. I felt as if on autopilot and I ended up doing things that I hadn't actively decided to do.

1	2	3	4	5
Not true at all	Slightly true	Somewhat true	Very true	Extremely true

3. My sense of time was changed, as if things seemed to be happening in slow motion.

1	2	3	4	5
Not true at all	Slightly true	Somewhat true	Very true	Extremely true

4. What happened seemed unreal, as though I was in a dream or as if I was watching a movie, or as if I was in a movie.

1	2	3	4	5
Not true at all	Slightly true	Somewhat true	Very true	Extremely true

5. I felt as though I was a spectator, as though I was watching from above what was happening to me, as if I were observing from outside.

1	2	3	4	5
Not true at all	Slightly true	Somewhat true	Very true	Extremely true

6. There have been times in which the way I perceived my body was distorted or altered. I felt disconnected from my own body or it seemed bigger or smaller than usual.

1	2	3	4	5
Not true at all	Slightly true	Somewhat true	Very true	Extremely true

7. I felt that things happening to others also happened to me like, for example, feeling in danger while I wasn't really in danger.

1	2	3	4	5
Not true at all	Slightly true	Somewhat true	Very true	Extremely true

8. I was surprised to find afterwards that a lot of things happened at the time that I was not aware of, especially things I ordinarily would have noticed.

1	2	3	4	5
Not true at all	Slightly true	Somewhat true	Very true	Extremely true

10. I was disoriented, that is, at times I was not certain about where I was or what time it was.

1	2	3	4	5
Not true at all	Slightly true	Somewhat true	Very true	Extremely true

*Slightly modified; with permission from Dr Alain Brunet <http://www.info-trauma.org/flash/media-e/triageToolkit.pdf>

The total score is calculated by summing all the items. Elevated scores indicate increased risk for PTSD. Bui et al (2011) provides further psychometric data.

Appendix F.4.3

SELF-DIRECTED LEARNING EXERCISES AND SELF-ASSESSMENT

- Interview a child or adolescent who has been exposed to a psychologically traumatic event.
- Write a letter to the family doctor or referring agent summarizing the above case (formulation), including a provisional diagnosis and a management plan (as per Chapter A.10).
- What are the differences in diagnostic criteria between PTSD and ASD? (for answer, see Table F.4.1)
- Write a short essay about the factors that increase the likelihood of PTSD in refugee children (for answer, see page 12).
- List the 5 groups of symptoms that can be found in individuals who have experienced a traumatic event (for answer, see Table F.4.1)
- List some of the components of trauma-focused cognitive behavioral therapy (for answer, see Box in page 20).

MCQ F.4.1 *What is the first line treatment for posttraumatic stress disorder in children?*

1. Critical incident debriefing
2. Tricyclic antidepressants
3. Selective serotonin reuptake inhibitors
4. Beta blockers
5. Trauma-focused cognitive behavioral therapy

MCQ F.4.2 *Which one of the answers below is true regarding posttraumatic stress disorder in children under 6 years of age?*

1. It occurs only after 6 or more months following the trauma
2. It usually involves feeling that the future will be cut short
3. Re-experiencing (e.g. repetitive play) may not be distressing to the child
4. It rarely involves nightmares of the trauma
5. It often involves self-destructive behaviors

MCQ F.4.3 *Which one of the treatments listed below administered immediately after the traumatic event has been found to reduce the development of PTSD?*

1. Critical incident debriefing,
2. Benzodiazepines
3. Psychological first aid
4. Sodium valproate
5. Exposure-based intervention started in the emergency department.

MCQ F.4.4 *Critical incident debriefing for victims of a traumatic event should:*

1. Not be provided systematically
2. Be provided but only in case of very severe traumatic events
3. Be provided but only by trained personnel
4. Be provided but only for people exposed to repeated traumatic events
5. Be provided in all cases.

ANSWERS TO MCQS

- **MCQ F.4.1** Answer: 1 (see page 19).
- **MCQ F.4.2** Answer: 3 (unlike in adults, re-experiencing the event may not be distressing in children under the age of 6).
- **MCQ F.4.3** Answer: 5. Recent data suggest that a 3-session exposure-based intervention started in the emergency department within 12 hours of a traumatic event may be helpful in decreasing rates of PTSD among adults (Rothbaum et al, 2012), however, no data are yet available on children and adolescents (page 16).
- **MCQ F.4.4** Answer: 1. Critical incident debriefing, which requires individuals to discuss details of the trauma—sometimes in a group setting—has been found to provide very little or no benefit (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health, 2013). Some data in adults suggest that group debriefing increases PTSD symptomatology and may even increase rates of PTSD (Rose et al, 2002; van Emmerik et al, 2002). Data from two randomized controlled trials among children revealed that debriefing was not superior to usual care in reducing rates of PTSD or other negative outcomes including behavioral problems, depression or anxiety (Stallard et al, 2006; Zehnder et al, 2010). Thus while children and adolescents in distress or seeking assistance should be offered the opportunity to ventilate individually about the trauma if they wish to do so, unrequested debriefing (in particular in a group setting) is not recommended.