



Coalition to Stop the Use of Child Soldiers

International Secretariat

2-12 Pentonville Road, 2nd floor, London N1 9HF

Tel: +44 207 713 2761 Fax: +44 207 713 2794

Email: info@child-soldiers.org Web: www.child-soldiers.org

Registered as a limited company (no. 4411965) in England

Ce document fait partie de la page web psychosocial de la Coalition.
Pour plus d'information sur l'impact psychosocial des conflits armés sur les enfants
allez sur:
www.child-soldiers.org/resources/psychosocial

Reproduction à partir de Joshua Barenbaum, Vladislav Ruchkin and Mary Schwab-Stone. Les aspects psychosociaux des problèmes des enfants exposés à la guerre : pratiques et initiatives de principes. Journal of Child Psychology and Psychiatry 45 :1 (2004) pp41-62, sous l'autorisation de La Blackwells Publishing Company (www.blackwellpublishing.com). La reproduction n'est pas autorisée.

Les aspects psychosociaux des problèmes des enfants exposés à la guerre: pratiques et initiatives de principes

Joshua Barenbaum, Vladislav Ruchkin, et Mary Schwab-Stone

Yale Child Study Center, Yale University School of Medicine,
New Haven, CT, USA

Les effets néfastes des atrocités de guerre sur le développement et la santé mentale des enfants ont été documentés depuis la 2^{ème} guerre mondiale. A ce jour, une quantité considérable de connaissances ont été accumulées, concernant notamment les effets des traumatismes sur la santé mentale et le développement de l'enfant, ainsi que les techniques d'intervention, et les méthodes de prévention. En considérant l'importance des populations qui subissent le traumatisme de la guerre, il paraît opportun de passer en revue la littérature existante, de résumer les approches pour aider les enfants affectés par la guerre, et suggérer des directions futures pour la recherche et les choix de principes. **Mots clefs** : guerre, enfants, psychopathologie, évaluation, traitement, principes.

'Il n'y a jamais eu une bonne guerre ni une mauvaise paix' (Benjamin Franklin, lettre à Quincy, 11 septembre 1783)

En dépit de l'ampleur qu'ont pris les discussions ces dernières années (pour les revues principales voir Jensen & Shaw, 1993 ; Klingman, 2002a ; Loar & Wolmer, 2002 ; Richman, 1993; Yule, 2000), l'impact des conflits armés sur la vie et la

The Coalition to Stop the Use of Child Soldiers unites national, regional and international organisations and Coalitions in Africa, Asia, Europe, Latin America and the Middle East. Its founding organisations are Amnesty International, Defence for Children International, Human Rights Watch, International Federation Terre des Hommes, International Save the Children Alliance, Jesuit Refugee Service, the Quaker United Nations Office-Geneva and World Vision International.



santé mentale des enfants a trop souvent été traité comme une question mineure voire même non reconnue (Machel, 1996, 2001). Les enfants soumis aux contraintes de la guerre sont une population dont les droits et les besoins sont souvent subordonnés à ceux de soldats et aux nécessités de la guerre. Les enfants ont été assassinés, violés, atrophiés, affamés, exposés aux brutalités, et sujet au manque de contrôle et au chaos (Machel, 2001). Ces dix dernières années, environ deux millions d'enfants ont été tués en zones de guerre, et six millions blessés ou rendus définitivement invalides (Bellamy, 2002 ; UNICEF, 1996). Entre 80 et 90% de ceux qui meurent ou sont blessés lors de conflits sont des civils – principalement des enfants avec leurs mères. Parmi les survivants de ceux qui ont été exposés à la guerre, un million d'enfants sont devenus orphelins (Bellamy, 2002 ; Plunkett et Southall, 1998) et 20 millions ont été déplacés dans des camps pour réfugiés ou personnes déplacés (Machel 2001). Certains conflits ethniques contemporains ont employés des techniques de nettoyage ethnique et de génocide visant spécifiquement les enfants (Unicef, 1996).

En temps de guerre les enfants peuvent être exposés à un grand nombre d'événements traumatiques, y compris les bombardements, les obus, et les tireurs isolés (Amnesty International, 1996), qui entraînent souvent la perte de membres de la famille, des amis, des structures de la communauté et soutien social (Machel, 1996). Au-delà des risques de blessures physiques, et des menaces directes à la vie, ces traumatismes sont souvent multiples, graves et chroniques (Kinzie 2001). De plus, les enfants sont souvent exposés à d'autres risques associés à des situations identiques à celles de la guerre, plus encore que les adultes. Par exemple, 75% des blessures provoquées par des mines terrestres, dans les zones rurales de Somalie ont été faites à des enfants entre les âges de cinq et quinze ans (ICRC, 1994).

En dépit de ces faits, les enfants pendant et après les guerres reçoivent rarement l'attention et l'assistance nécessaires pour faire face à ce qu'ils ont vécu et les aider dans leur rétablissement et développement futur (Machel, 1996). Il y a un besoin croissant de développer la conscience du public vis-à-vis de l'exposition des enfants aux atrocités, comprendre l'impact de celles-ci sur la santé mentale et le développement, et, plus important encore, développer des programmes pour contenir et guérir des effets de l'expérience de la guerre sur les enfants et les jeunes. Cette discussion exposera les principales questions qui demandent une attention spécifique, notamment l'évaluation, les approches culturellement sensibles des questions de diagnostic et de traitement, la considération des aspects psychosociaux des soins, le rôle des professionnels de santé mentale travaillant avec des enfants exposés à la guerre, et conclura par des recommandations pour les recherches futures.

Evénements traumatiques et symptômes

Evaluation des événements

La compréhension des effets des traumatismes de guerre a été compliquée par la pratique de différentes approches pour l'estimation des événements eux-mêmes,



bien que la mesure la plus fréquemment utilisée soit le questionnaire de traumatisme de guerre chez l'enfant (CWTQ=*Civil War Trauma Questionnaire*), qui a été développé par Macksoud et son équipe (Macksoud, 1992 ; Macksoud, Dyregrov, & Raundalen, 1993 ; Macksoud & Aber, 1996) pour le Liban après la guerre avec Israël, puis utilisé plus tard avec certaines modifications dans différents contextes (voir Dyregrov, Gjestad & Raundalen, 2002, Miller, El-Masri, Allodi, & Qouta, 1999). Cette mesure (ainsi que d'autres mesures disponibles, voir par exemple Allwood, Bell-Dolan, & Husain, 2002 ; Kuterovac-Jagodic, 2003) utilise une liste de différents événements (variés en termes de leur gravité et effets potentiels sur les enfants) et le nombre de fois que l'enfant les a subis, qui sont ensuite additionnés pour produire un score total pour prévoir l'impact de la guerre sur la santé mentale des enfants. Une telle approche est justifiée car les atrocités de guerre peuvent varier d'une situation à une autre, et de plus, plusieurs études ont démontré l'existence d'un effet supplémentaire de 'dose d'exposition', à savoir une augmentation de la gravité des réactions suivant le niveau d'exposition (voir Allwood et al., 2002 ; Hadi & Llabre, 1998 ; Laor, Wolmer & Cohen, 2001). Cependant, alors que le nombre de traumatismes de guerre vécus par un enfant est lié au nombre de symptômes PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*), différents types de traumatismes sont liés de façon *différentielle* au PTSD, et d'autres conséquences sur la santé mentale. Certains événements peuvent avoir un effet nul ou modéré sur la santé mentale des enfants, alors que d'autres peuvent avoir des effets dévastateurs. A ce jour, cependant, seulement quelques études ont essayé d'évaluer l'impact d'un événement spécifique sur la symptomatologie et l'ajustement de l'enfant (voir Allwood et al., 2002 ; Durakovic-Belko et al., 2003 ; Macksoud & Aber, 1996 ; Smith, Perrin, Yule, Hacam, & Stuvland 2002).

Une autre question est l'effet de tout événement particulier qui peut varier en terme du degré d'impact sur tout individu particulier, et est lié à la proximité émotionnelle et physique (Pfefferbaum, 1997), et à des facteurs individuels, tels que des personnalités pré-morbides (voir Schnur, Friedman, & Rosenberg, 1993), ou des formes de psychopathologie déjà présentes (Masten, Best, & Garmez, 1990 ; Perrin, Smith, & Yule, 2000). Un problème méthodologique soulevé est lié à l'usage de variables par opposition à des approches analytiques orientées vers la personne. Cependant, dans la recherche sur cette question une tendance regrettable répandue est de considérer les variables comme des entités indépendantes qui ont leur propre existence.

Un autre problème méthodologique est que les informations décrivant l'exposition à la guerre et autres événements potentiellement traumatisants ne sont pas toujours traités statistiquement de façon adéquate (voir Netland, 2001, pour une revue critique). Plus particulièrement, la fiabilité des mesures d'exposition ne devrait pas être démontrée par leur cohérence interne de reproductivité (test-retest), doubles tests, ou des corrélations inter-investigateurs basées sur le compte d'événements, car l'occurrence d'un événement n'augmente pas la probabilité d'un autre (Netland, 2001). Ainsi les événements ne doivent-ils pas être considérés comme des estimations alternatives d'une construction d'exposition sous-jacente (Netland, 2001 ; Neugebauer, 1984). Comme le note



Netland (2001), la plupart des chercheurs qui utilisent les approches d'analyse factorielles tentent de trouver un nombre restreint d'événements qui représentent le mieux la catégorie d'événements, soit pour construire une échelle, soit pour élaborer des mesures de résumé qui représentent le mieux la catégorie d'événements afin d'analyser les relations entre expositions et les variables de conséquences psychologiques. Cependant des méthodes telles que des modèles causaux d'équation structurale ou d'analyse factorielle ne sont pas applicables ici, car les constructions mesurant les variables d'exposition rassemblent des indicateurs uniques, et ne devraient pas être considérées en tant que variables latentes qui déterminent les indicateurs (Netland, 2001). La catégorisation devrait plutôt être faite sur une base rationnelle, ou l'impact d'un événement particulier devrait être considéré séparément, comme dans les études de Maksoud et Aber (1996) et Smith et al. (2002). Cependant, même avec cette approche, il est difficile de rendre compte de tous les facteurs qui déterminent la variabilité individuelle de la réaction au traumatisme.

Les symptômes associés au traumatisme

Les premiers écrits sur les effets de la guerre sur les enfants datent principalement de la seconde guerre mondiale, ils sont rares et de qualité médiocre. Ce n'est pas avant les années 80 que des enquêtes plus systématiques ont été conduites, mais pendant les deux dernières décennies un certain nombre d'organisations d'aide ainsi que des chercheurs ont noté la manifestation explicite psychopathologique dans les populations d'enfants exposés à la guerre (Ajdukovic & Ajdukovic, 1993 ; Baker, 1990 ; Cairns & Dawes, 1996 ; Garbarino & Kostelny, 1996 ; Geltman & Stover, 1997 ; Gibson, 1996 ; Kocijan-Hercigonja et al. 1996 ; Punamaki, Qouta, & El-Sarraj, 2001 ; Tomkiewicz, 1997). En plus d'autres formes de psychopathologies non spécifiques au traumatisme, des troubles liés au stress post-traumatique (PTSD), ont émergés de plus en plus comme un diagnostic psychiatrique commun pour des individus qui ont fait l'expérience de circonstances proches de la guerre (Summerfield, 1996). Il est généralement accepté aujourd'hui que les enfants représentent une population particulièrement vulnérable, pour lesquels des niveaux de symptômes peuvent souvent être plus élevés que ceux des adultes (voir Chimienti, Nasr, & Khalifeh, 1989). Les écrits récents suggèrent également que le traumatisme subi pendant l'enfance peut avoir un impact durable sur le développement cognitif, moral et la personnalité, les relations sociales et les capacités de faire face (voir Arroyo & Eth, 1985; Terr, 1983; Pynoos & Nader, 1988 ; Sack et al., 1993). D'excellentes descriptions de symptômes cliniques chez les enfants exposés au traumatisme en général (Pfefferbaum 1997 ; action officielle de l'AACAP, 1998), et au traumatisme de guerre en particulier (Jensen & Shaw, 1993 ; Laor & Wolmer, 2002 ; Yule 2000, 2002) ont été faites en détail ailleurs et le compte rendu ne sera pas fait ici. Pour les besoins de cet article, nous supposons que le lecteur est au fait des réactions des enfants et des adolescents aux expériences traumatiques, et nous nous efforcerons de nous focaliser sur d'autres questions plus controversées et moins établies.



Evaluation de symptômes

La vaste majorité des guerres prennent place dans des pays en voie de développement, la plupart des réfugiés en sont originaires, et demandent aussi l'asile dans des pays en voie de développement. Cependant seulement une partie limitée de la recherche est faite dans ces pays, et les études sont souvent conduites lorsque les réfugiés se sont installés dans un environnement plus sûr dans des pays développés, qui diffèrent de leur pays d'origine culturellement et économiquement. C'est pourquoi, les symptômes cliniques présentés par les réfugiés dans de tels contextes peuvent être influencés par la discontinuité de l'exposition, mais aussi par des différences dans l'environnement, et souvent par de vagues idées concernant l'avenir. Dans une perspective de santé publique, l'évaluation des symptômes et l'aide à fournir à de grandes populations d'enfants exposés au traumatisme de la guerre peu de temps après le conflit mais dans leur pays d'origine, plutôt que plus tard dans un pays d'exil, sont des tâches plus importantes mais également plus difficiles.

Le contexte de la collecte de données doit être prise en considération, étant donné les circonstances extrêmes des enfants traumatisés et de leurs familles, parmi lesquelles les démarches pour les recherches font souvent l'objet de résistances (Laor & Wolmer, 2002). Les recherches pour les évaluations peuvent être perçues comme hostiles, étrangères, relevant d'une exploitation, abusives, et les victimes ainsi que les réfugiés peuvent penser que la conduite de la recherche est soumise à un agenda étranger non justifié. (Laor & Wolmer, 2002). La recherche pure dans une situation de désespoir peut facilement conduire au manque de confiance, et peut compromettre l'efficacité des autres opérations d'aide. L'évaluation des enfants traumatisés en situations de guerre est également compliquée par l'ampleur du traumatisme et de la privation, des ressources économiques et de traitement limité, ainsi que par la présence d'autres problèmes qui semblent être ou sont plus prioritaires. Ainsi, en organisant l'aide contre les traumatismes et la guerre, des procédures d'évaluation et de recherche devraient être introduites comme composantes intégrées des efforts de guérison qui seront nécessairement et logiquement secondaires par rapport à la promotion de la cohésion et du bon fonctionnement social.

Les outils de dépistage clinique privilégiés sont ceux qui impliquent des interactions directes avec l'enfant, et des mesures qui sont simples et rapides à administrer, fiables, valides, sensibles, et spécifiques (Laor & Wolmer, 2002 ; Smith, Perrin, Dyregrov, & Yule, 2003 ; Stallard, Velleman, & Baldwin, 1999). Les rapports faits par les enfants eux-mêmes (auto-rapports *ndt*) sont de plus en plus fréquemment utilisés pour les symptômes, car les parents et les enseignants ont tendance à sous-estimer l'étendue des souffrances de l'enfant (Handford, Mayes, & Mattison, 1986 ; Malmquist, 1986 ; Rigamer, 1986 ; Yule & Williams, 1990). La majorité des mesures utilisées pour évaluer les symptômes chez des enfants exposés à la guerre ont inclus le PTSD et des mesures générales de l'anxiété, le dépistage du chagrin, et les inventaires des symptômes dépressifs.



Puisque l'efficacité et la description d'un certain nombre de ces mesures ont été largement présentés ailleurs (voir Pfefferbaum, 1997, Stichick, 2001), elles ne seront pas discutées ici. Il convient néanmoins de noter que la plupart des auto-rapports ne fournissent que des affirmations sommaires des taux de prévalence, et bien que plusieurs instruments soient disponibles pour évaluer les symptômes liés aux PTSD, aucun n'est idéal (Action Officiel AACAP 1998; Garmezzy, 1986 ; Kratochwill, 1996), car un grand nombre de faux positifs et faux négatifs sont souvent produits (voir Sack, Seeley, Him, & Clarke, 1998 ; Yule & Udwin, 1991) et les seuils peuvent varier selon la population étudiée. Certainement aucun instrument ne peut remplacer l'entretien clinique attentif dans la formulation du diagnostique (AACAP Official Action, 1998).

Un dépistage initial des symptômes traumatiques et de difficultés psychosociales est essentiel au moment de l'organisation des interventions thérapeutiques. Il est d'importance cruciale de séparer avec attention ceux en besoin urgent d'interventions de ceux dont les besoins sont moins pressants car il est apparu que des enfants qui n'ont pas de symptômes post traumatiques peuvent être négativement affectés par une implication dans des interventions thérapeutiques en compagnie d'enfants plus traumatisés (Laor, 2002 ; Wolmer, Laor, & Yazgan, 2003).

Prévalence des symptômes

Compte tenu de l'importance de la variété des manifestations psychosociales potentielles associées à une grande détresse, Il est crucial d'avoir une meilleure compréhension de la dynamique des symptômes liés aux traumatismes chez des enfants exposés à la guerre. Alors qu'il est clair que tous les enfants ne développent pas des symptômes psychopathologiques, les conclusions à propos de l'ampleur des traumatismes rapportés dans des études récentes ont tendance à varier, avec des estimations de la prévalence des symptômes variant de 22% chez les enfants israéliens après des attaques de missiles scud (Laor et al., 1997) et 27% des enfants libanais exposés aux bombardements (Saigh, 1991), 48% parmi les cambodgiens (Kinsie, Sack, Angell, Manson, & Rath, 1986) et 52% parmi des enfants réfugiés d'Amérique Centrale (Cervantes, Saldago-de-Snyder, & Padilla, 1989), à 70% chez les enfants koweïtiens après cinq mois d'occupation militaire (Nader, Pynoos, Fairbanks, al-Ajeel, & al-Asfour, 1993) et 93,8% chez les enfants déplacés pendant la guerre en Bosnie (Goldstein, Wampler & Wise, 1997). Il a été également suggéré qu'une fois la guerre terminée, il y a une diminution naturelle des symptômes du stress post traumatique (Laor et al. 1997 ; Punamaki et al., 2001); il semble donc que le nombre d'enfants ayant besoin d'aide professionnelle diminue considérablement avec un développement réussi de soins psychosociaux aux niveaux familiales, communautaires et institutionnels (voir ci-dessous).

Durée des symptômes

La question de la durée des symptômes est aussi assez controversée. Certains auteurs affirment que les effets des expériences de guerre sont persistants



(Elbedour, ten Benseel, & Bastien, 1993 ; Stein, Comer, Gardner & Kelleher, 1999). En fait, des niveaux significatifs de dysfonctionnement psychologique et de stress post traumatiques ont été établis parfois des années après les événements traumatisants (voir Kinzie et al., 1986 ; Sack et al., 1993 ; Terr, 1983). Dans une étude des enfants irakiens conduite après la guerre du golfe, la prévalence des symptômes de stress post traumatique est restée assez stable à 80% sur une période de deux ans (Dyregov et al., 2002). Dans une autre étude, 48% des jeunes Khmers ont montrés des symptômes liés aux traumatismes 8 à 12 ans plus tard (Kinsie, Sack, Angell, Clarke, & Ben, 1989). Néanmoins, ce point de vue n'est pas soutenu par toutes les études. Dans de nombreuses études de différentes régions géographiques, la majorité des enfants exposés à la guerre et/ou à la violence politique ne montrent aucun signe de troubles cliniques (Cairns & Dawes, 1996 ; Perrin et al., 2000), ou leurs symptômes sont passagers et de courte durée (Weine et al., 1995). Des taux de stress post traumatiques étonnamment bas ont été détectés chez des adolescents qui ont fait l'expérience de traumatismes psychiques massifs en raison de campagnes de nettoyage ethnique, et des études de suivi ont suggéré que les symptômes pouvaient être transitoires et non indicatifs de psychopathologie à long terme (Becker, Weine, Vojvoda, & McGlashan, 1999 ; Sack, Him, & Dickson, 1999 ; Schwarzwald, Weisenberg, Solomon, & Waysman, 1994 ; Weine et al., 1995). Laor et al. (2001) ont rapporté une diminution significative de gravité de la plupart des types de symptômes cinq ans après l'exposition à des attaques de missiles scud, mais des symptômes posttraumatiques graves étaient encore rapportés chez 8% des enfants. Ajdukovic et Ajdukovic (1998) ont trouvé que chez les enfants croates traumatisés par la guerre, les symptômes PTSD ont baissés de façon significative sur une période de six mois. Kuterovac-Jagodic (2003) ont rapporté que parmi les enfants qui avaient les plus graves symptômes pendant la guerre, 78,4% ont rapporté des symptômes modérés ou élevés 2 ans et demi plus tard, mais parmi les enfants avec les symptômes les moins sévères 97,5% ont reporté des niveaux de symptômes faibles ou moyens.

Les différences dans les rapports sur la gravité des symptômes à long terme peuvent éventuellement s'expliquer par un certain nombre de facteurs qui diffèrent selon les études, notamment la gravité initiale à court terme des symptômes, le milieu psychosocial après le traumatisme, et la continuité des perturbations (par exemple des déplacements continus au moment du suivi, des conflits dans la famille, etc.) (Voir Jones & Kafetsios, 2002 ; Kuterovac-Jagodic, 2003). Les caractéristiques de la personnalité infantile, telles que la capacité de faire face sur les plans émotionnels et agressifs, et l'âge de l'enfant sont également apparus comme hautement indicateurs des suites sur le plan psychologique à long terme (Kuterovac-Jagodic, 2003). De façon générale, les jeunes enfants sont considérés plus vulnérables que les adolescents en raison de leurs capacités cognitives moins développés pour se remémorer, traiter, et faire face au traumatisme (Fivush, 1998 ; Schneider, 2000). D'un autre côté, il y a aussi une forte conviction que les plus jeunes enfants ont certaines protections vis-à-vis du traumatisme car ils n'appréhendent pas la pleine mesure de ses conséquences négatives (Punamaki, 2002). De nombreuses études tendent à s'accorder pour attribuer la plus grande vulnérabilité aux enfants entre 5 et 9 ans



(voir Garbarino & Kostelny, 1996 ; Kuterovac-Jagodic, 2003) dont la capacité d'être conscients et de gérer des événements réels grandit, mais qui manquent encore d'identités consolidées et de mécanismes de défense élaborés . Enfin, le degré de soutien social disponible semble diminuer l'impact psychologique de la guerre avec le temps (Kuterovac-Jagodic, 2003).

Depuis la première guerre mondiale, les rapports montrent que l'accoutumance et l'acclimatation des adultes et des enfants peuvent jouer un rôle dans les réactions individuelles à l'anxiété due à la guerre (Zimmern, 1941 ; Vernon, 1941 ; Ziv & Israeli, 1973) ce qui entraîne un certain degré de résistance aux effets de l'exposition à la violence chronique (Cairns, 1996 ; Punamaki 1996). Dans le contexte d'activités de guerre continues, les événements et les circonstances stressants peuvent être perçus comme normaux, une réalité quotidienne à laquelle l'enfant peut s'adapter, particulièrement lorsqu'il s'agit du seul contexte vécu (Jensen & Shaw, 1993) ; ceci n'implique pas une absence complète de détresse psychologique (Miller, 1996).

Dans une grande mesure, le degré de détresse que vivent les enfants et les jeunes peut être lié à la compréhension de la signification psychologique que la violence représente pour eux-mêmes et leurs familles, et qui par la suite a une influence sur leur capacité à faire face (Cairns & Dawes, 1996, p.131 ; Punamaki, 1996). Cependant, si on tient compte du fait que la plupart des recherches faites sur la durée des symptômes ont été menées auprès d'enfants après leur relocalisation dans des pays plus sûrs, ou l'arrêt des combats, un travail est à envisager pour traiter la question de l'exposition chronique au traumatisme de guerre. Cependant, même dans les circonstances dans lesquelles les enfants ne vivent pas d'effets à long terme, et en dépit d'une diminution continue de la gravité des symptômes, la proportion d'enfants qui développent des troubles psychopathologiques et des difficultés est plus que significative, et devrait toujours être pris en considération dans l'organisation de l'aide et de la recherche avec des populations traumatisées.

Les difficultés psychosociales causées par les symptômes

Il a été suggéré que les études basées sur les populations, qui sont fréquemment utilisées pour obtenir de façon efficace des informations sur le niveau des symptômes d'un grand nombre d'enfants, puissent surestimer la prévalence de PTSD (Summerfield, 1996). Les symptômes de détresse représentent des réactions naturelles au traumatisme ; ainsi les études d'enfants affectés par la guerre sont confrontées à la tâche d'avoir à différencier les réactions normales des réactions pathologiques, sur le plan des réactions émotionnelles, ainsi que les changements de comportement et d'activités qui représentent soit des adaptations réalistes soit des difficultés liées à des troubles psychologiques. Certains critiques considèrent même le PTSD comme une médicalisation inappropriée de la souffrance humaine causée par des circonstances politiques (voir Bracken, Giller & Summerfield, 1995).



La plupart des mesures par auto-rapports, de même que la plupart des études conduites auprès d'enfants exposés à la guerre, n'ont pas pris en considération le degré de difficultés psychosociales associées aux symptômes, un aspect essentiel du diagnostic de PTSD qui a également une signification particulière pour l'organisation d'interventions (Green, 1982). Au sujet des études qui ont mesuré les niveaux de difficultés, les résultats sont jusqu'à présent controversés, voire surprenants. Summerfield et Toser (1991), dans une étude sur des nicaraguayens déplacés pour cause de guerre, ont noté que, en dépit d'une symptomatologie évidente, pour beaucoup d'entre eux les troubles dans le fonctionnement familial, occupationnel et social n'étaient souvent pas significatifs. Sack et al. (1993), dans une étude sur de jeunes Khmers a noté que la persistance et la gravité de PTSD ne semblaient pas, dans la plupart des cas, avoir d'impact sur la capacité de prendre des responsabilités à l'école ou au travail. Kinzie et al. (1986) ont montré que chez de jeunes enfants cambodgiens réfugiés, en dépit de la grande prévalence des symptômes psychiatriques, l'absence globale de difficultés sur le plan social était 'remarquable'. Jones et Kafetsios (2002), dans une étude auprès d'adolescents après le conflit en Bosnie, ont aussi noté que bien que les niveaux de symptômes aient été en corrélation avec les mesures du bien-être des enfants, chez presque le quart des participants, des niveaux auto-rapportés de symptômes ont fournis des informations trompeuses sur le bien-être des enfants. De nombreuses études, néanmoins, arrivent à des conclusions différentes. Par exemple, des études sur les enfants survivants de l'Holocauste (pour une revue voir Cohen, Brom, & Dasberg, 2001a), indiquent de hauts niveaux de symptômes post traumatismes et des symptômes psychosociaux parmi les enfants survivants par rapport aux contrôles, avec des difficultés dans le fonctionnement psychosocial concomitantes. C'est pourquoi ces études indiquent que certains problèmes peuvent être contenus pendant des années (à un certain prix), mais peuvent émerger lorsque les personnes cessent leur activité professionnelle ou tombent malades (Cohen et al. 2001a). Enfin, un nombre croissant de recherches suggère que le fait que les symptômes psychologiques soient perçus comme angoissants ou non est pour une grande part influencé par les interprétations individuelles de l'expérience traumatique et le contexte dans lequel celle-ci a pris place (Jones et Kafetsios, 2002).

Autres considérations diagnostiques

La nature des symptômes psychopathologiques qui résultent de l'exposition à des expériences traumatisantes pendant l'enfance a été un sujet de débat passionné, et certains ont proposé la création de nominations diagnostiques contextualisées. Laor et al. (2002), par exemple, ont soutenu que l'évaluation de la psychopathologie des enfants à la suite d'une catastrophe, y compris des expériences liées à la guerre, nécessitent une évaluation complémentaire des symptômes – pas seulement du stress post traumatique – mais également de la dissociation et du chagrin traumatique (distorsions perceptives, distorsions soi-corps, irritabilité, culpabilité et anhédonie) sont associés à différents facteurs de risque. Le fait que les mesures couramment utilisées ne soient souvent pas capables de distinguer le chagrin du stress post traumatique (McNally, 1996), et le



chagrin de la dépression (Jones et Kafetsios, 2002), rend d'autant plus importante une évaluation distincte des réactions de chagrin. Des propositions ont été faites d'élargir les considérations diagnostiques pour rendre compte de la variabilité dans le traitement du traumatisme. Par exemple, la notion de deuil culturel a été suggérée pour affiner et compléter le diagnostic psychiatrique associé au traumatisme (Eisenbruch, 1991). Au fond, le deuil culturel va plus loin que le diagnostic en incluant des expériences de culpabilité, de souvenirs douloureux, et des pensées morbides qui pèsent sur la vie quotidienne en conséquence de la perte de structure sociale, de valeurs culturelles et d'identité (Eisenbruch, 1991). Le concept de deuil culturel prend aussi en compte des méthodes individualisées ou traditionnelles pour faire face au traumatisme, et lorsqu'il est moins inhibant, il peut s'agir d'une réaction normale et même un signe constructif de rétablissement après des expériences traumatiques dévastatrices. Ainsi, dans l'évaluation des populations internationales d'enfants exposés aux événements traumatiques, la reconnaissance des manifestations culturelles de détresse liée à la guerre et des stratégies de rétablissement culturelles spécifiques est une question cruciale.

La sensibilité culturelle dans l'évaluation et le traitement

Deux principales idéologies ont émergées sur la question du rôle de la culture dans l'évaluation et le traitement des individus affectés par la guerre. Etant donné l'absence d'études de qualité sur les aspects culturels de la psychopathologie chez les enfants et les adolescents, certaines des références qui suivent viennent des études faites sur des adultes. Certaines études affirment que les signes de détresse émotionnelle sont exprimés de façons semblables chez des enfants de cultures différentes, et que le PTSD qui résulte de traumatisme de guerre surmonte les barrières culturelles et langagières (Sacks, Seeley, & Clarke, 1997). Celles-ci ont démontré l'applicabilité transculturelle des programmes thérapeutiques occidentaux dans des cultures non occidentales (Goenjian et al., 1997) et affirment que les techniques de thérapies occidentales peuvent offrir des modes de traitement valables pour soutenir des programmes et des services psychosociaux pour différentes populations d'enfants affectés par la guerre (Lowry, 2000).

Le point de vue contraire soutient qu'il y a des variations plus grandes de réactions post traumatiques aux situations de guerre, et note les limites des modèles actuels, ainsi que le besoin d'expansion ou de révision (Bracken et al. 1995; Dawes, 2000. Krener & Sabin, 1985. Rousseau, Drapeau, & Platt, 1999). Kleinman et Kleinman (1991) ont noté que les facteurs culturels influencent l'expression des symptômes PTSD et mettent en question l'idée que des symptômes particuliers indiquent le syndrome complet dans toutes les cultures. Dawes a noté (2000) que la détresse ne peut pas être rendue homogène pour traiter de façon adéquate des formes locales de réactions et que les travailleurs de la santé mentale occidentaux risquent d'imposer des assomptions diagnostiques culturellement étrangères, dont certaines ne tiennent pas lorsqu'elles sont appliquées dans des cultures différentes (Krener & Sabin, 1985). De plus, Rosner (2003) a argumenté que 'même si le stress post traumatique peut être diagnostiqué dans de nombreuses cultures dans le monde, cela ne veut



pas dire qu'il s'agit de la catégorie la plus appropriée dans chacune des cultures' (p3). Kirmayer et Young (1999) ont noté que des réactions disfonctionnelles peuvent être distinguées des normales et définies selon le contexte social ou intrinsèquement culturel. En effet, comme l'a montré Bracken et al. (1995), les façons qu'ont les individus de gérer la souffrance sont déterminées par les aspects sociaux, culturels et politiques de leurs situations uniques, et les professionnels de la santé mentale avec des origines culturelles différentes doivent aider les soignants locaux à travailler avec leurs propres expressions de la détresse et du traumatisme (Laor Wolmer & 2002).

Afin de fournir une évaluation et un traitement sensibles à la culture, il est essentiel de comprendre les pratiques culturelles et d'avoir une connaissance locale de la communauté (Schwab-Stone, Ruchkin, Vermeiren, & Leckman, 2001). La mise en œuvre d'interventions de santé mentale dans des contextes non occidentaux doivent inclure des normes culturelles pratiquées, notamment des pratiques spirituelles ou religieuses, les croyances ontologiques de base, et des questions qui y sont liées (par exemple L'identité sexuée et les liens sociaux, la communauté et la maladie) (Klingman, 2002a). Dans la consultation transculturelle, des aspects importants de la communication comprennent l'usage d'interprètes qui soient capables d'expliquer les nuances linguistiques pendant la consultation (Schwab-Stone et al., 2001) et également acceptés par les enfants et la famille (Yule, 2002). Les besoins et les ressources locales, ainsi que la possibilité de modes de compréhension, de façon d'exprimer et de soigner le traumatisme qui sont spécifiques à la culture devraient être reconnus (Dawes, 2000). Par exemple, Kinzie et al (1986) ont montré que chez les jeunes Khmers, les valeurs traditionnelles induisaient une façon de faire face qui est caractérisée par l'évitement et la tendance à réprimer les sentiments. Dans certaines cultures, les adultes peuvent demander aux enfants d'être sages et de contenir leurs émotions (Laor & Wolmer, 2002), ce qui peut compliquer le processus d'identification des symptômes chez les jeunes. Dans certains contextes, les individus peuvent préférer rechercher l'aide de guérisseurs locaux (voir Neugebauer, 2002), dont l'aide sera particulièrement précieuse et valorisée parce qu'ils connaissent les réalités locales, partagent les croyances et peuvent les utiliser beaucoup plus efficacement que des nouveaux venus (Schwab-Stone et al., 2001).

Ainsi, il est possible que les meilleures approches pour comprendre et soigner les enfants exposés à la guerre fassent appel à des principes de spécificité culturelle, et d'universalité transculturelle. La reconnaissance des différences culturelles dans les systèmes de soutien social est importante, car elle induit des implications pour les stratégies d'intervention (Schwab-Stone et al., 2001), mais la biologie et la culture sont co-constitutive plutôt que séparées et additives (Dawes, 2000).



Autres considérations pour l'organisation des interventions

Idéologie et haine

Les enfants de tous les âges essaient de comprendre les événements et les expériences de guerre qui les dépassent, mais les stratégies utilisées sont différentes selon le niveau de développement. La perception de la guerre par un jeune enfant a tendance à être basée largement sur les perceptions des attitudes des adultes dans l'environnement social, ainsi que sur les messages reçus par l'intermédiaire de la radio, des films, et autre médias (Bender & Frosch, 1942 ; Jensen & Shaw, 1993). Une étude des enfants soviétiques en temps de guerre (Bender & Frosch, 1942) suggère également que 'les enfants s'accordent à ceux qui les entourent', et que 'les enfants absorbent et reflètent les attitudes de ceux qui leur sont les plus proches'. On a insisté sur le fait que même si les parents tentent de le faire, il est impossible de tromper les enfants et de leur cacher des informations, car ils seront tôt ou tard exposés à des informations et des émissions sur la guerre. Les parents ne peuvent pas protéger leurs enfants de la vie mais ils peuvent les aider à y faire face', car l'incertitude peut souvent stimuler plus de peurs et des fantasmes que les faits eux-mêmes (Beverly, 1942).

La communication par des membres de la famille, la communauté et les médias sur des sujets concernant la guerre peut apporter un sentiment de sécurité et de soutien, ou provoquer davantage de détresse. Une politisation excessive peut avoir un impact majeur sur l'identité politique d'un enfant, ce qui est souvent prématuré. Punamaki (2002) a remarqué que 'les jeunes s'intéressent aux questions idéologiques et sont en train de construire leurs points de vues sur le monde. Une histoire personnelle sécurisée et un environnement sans danger leur donne une opportunité d'essayer différents rôles, apprendre les répertoires d'expression émotionnelle, et entraîner des compétences pour résoudre des problèmes sophistiqués. En revanche, les besoins en cas d'urgence en temps de guerre créent une ambiance dans laquelle les dilemmes moraux complexes sont simplifiés et les gens sont divisés en gentils et méchants', ce qui conduit les enfants à s'identifier davantage aux personnes importantes de leur entourage. Ziv, Kruglanski et Shulman (1974), par exemple, ont noté que les enfants exposés aux bombardements étaient plus fortement identifiés à la communauté et avaient des sentiments de patriotisme plus importants que des enfants non exposés à la guerre.

La guerre peut produire des conflits dans l'esprit des jeunes en les forçant à adopter des positions ou des attitudes qui sont en contradiction avec des attitudes et des principes appris auparavant (Beverly, 1942). Si on a appris à des enfants que la guerre est mauvaise, on attend alors d'eux qu'ils rejettent cet enseignement, acceptent la guerre et rendent gloire aux héros de guerre. Néanmoins, une façon de résoudre cette confusion est de décrire l'ennemi comme injuste, malhonnête, barbare, sans merci, et différent de 'nous' (Sternberg, 2003). On leur affirme fréquemment que l'ennemi a commencé la guerre (ou que 'nous' n'avons pas eu d'autres choix que de commencer la guerre pour faire justice) et que le pays d'origine se bat pour la bonne cause. L'idéologie



en jeu dans tout conflit militaire est souvent utilisée comme outil pour atteindre un but, et pour rassurer les citoyens, y compris les enfants sur la légitimité de la lutte et du 'bon droit' de sa raison d'être. Pendant la seconde guerre mondiale, par exemple, les sources russes ont fortement insisté sur le fait qu'en plus des efforts pour renforcer le moral, il y avait aussi des sollicitations directes aux enfants pour qu'ils être actifs, qu'ils réalisent qu'il s'agissait de leur guerre et que leurs efforts pour apporter la victoire étaient aussi nécessaires que ceux de leurs aînés. (Bender & Frosch, 1942).

Un autre exemple d'explication 'raisonnable' de la guerre a été évoqué par Bender & Frosch, (1942), qui ont fait référence au travail de Ziemer (1941) qui décrit les approches éducatives utilisées auprès d'enfants dans l'Allemagne nazie. Mourir sur le champ de bataille pour Hitler était glorieux, alors que le désir de paix était décrit comme un souhait décadent. Des exemples récents de telles approches 'éducatives' viennent des enseignements très politisés de certains mouvements de libération palestiniens et sri lankais qui engagent des enfants comme kamikazes potentiels, en glorifiant la mort et la vie joyeuse après la mort pour ceux qui sacrifient leurs vies pour la 'juste cause' (voir Somasundaram, 2002).

Punamaki et ses collègues, sur la base de leurs études d'enfants palestiniens (Punamaki, 2002 ; Punamaki & Puhakka, 1997 ; Punamaki et al., 2001 ; Qouta, Punamaki, & El Sarraj, 1995) ont suggéré que l'implication active des enfants dans des confrontations politiques dans des périodes de violence politique de faible intensité peuvent avoir un effet protecteur sur la santé mentale des enfants. Ce que leur résultats suggèrent en fait est que bien que *les préférences subjectives* pour le combat actif en période de conflit peuvent être associées à des symptômes psychopathologiques moins importants après la baisse de l'intensité du conflit (Punamaki et al., 2001), la violence politique réelle peut avoir un effet 'dégrisant' sur les enfants. C'est ainsi que pendant l'Intifada, les enfants ont généralement fait part d'une moindre préférence pour le combat qu'auparavant, et les enfants plus âgés ayant vécu plusieurs événements stressants ont tendance à faire part d'une moindre préférence pour le combat actif que ceux qui n'avaient pas cette expérience (Punamaki & Puhakka, 1997). Bien que les enfants plus jeunes (~10-11 ans) aient fait part d'une plus grande préférence pour le combat actif par rapport aux nombres d'événements vécus (Punamaki & Puhakka, 1997), il est possible que ceci reflète seulement des fantasmes en réaction au traumatisme, plutôt qu'une implication active, surtout si l'on prend leur âge en considération. Ces résultats doivent être considérés avec prudence, puisque seulement *les attitudes*, et non les comportements eux-mêmes ont été évalués. Nous ne savons pas si ces enfants étaient *effectivement impliqués* dans les combats, ou si, au contraire, ils rendaient compte seulement de *leurs préférences* pour des comportements plus actifs ; c'est pourquoi des conclusions définitives quant au rôle protecteur d'une implication politique active sont prématurées.



Les enfants combattants

Le Protocole Facultatif sur la Convention sur les Droits de l'Enfant (adopté par l'Assemblée Générale des Nations Unies, 2000), sur l'implication d'enfants dans les combats a défini 18 ans comme âge minimum pour la participation aux hostilités, pour le recrutement obligatoire et pour tout recrutement par des groupes armés non gouvernementaux. De plus, le statut 1998 de la Cour Internationale de Justice a défini comme crime de guerre la conscription ou l'enrôlement d'enfants de moins de 15 ans dans les forces armées ou leur utilisation au combat (Pearn, 2003). Néanmoins, 'l'exploitation de plus en plus répandue d'enfants comme soldats est l'une des caractéristiques les plus redoutables des conflits armés récents' (Machel, 2001, p.7). Des estimations ont été faites (Brett & McCallin, 1998, p. 9) selon lesquelles 300 000 enfants, parfois âgés à peine de six ans, participent activement à des conflits militaires en cours. Les enfants entrent dans les forces armées après avoir été forcés par toutes sortes de pressions économiques, culturelles, sociales et politiques (Machel, 2001, McConnan & Uppard, 2001). Bien souvent entrer dans les forces armées peut être leur seule option, parce que leur entourage a été tué ou enrôlé, alors que le service armé offre la nourriture et de l'argent pour eux-mêmes et les survivants de leur famille (Boothby & Knudsen, 2000 ; Somasundaran, 2002). Les enfants ayant perdu un ou leurs deux parents pendant une invasion ou des bombardements expriment souvent un désir de vengeance (Despert, 1942). Les adolescents peuvent aussi être attirés par des idéologies particulières, et se battre pour des causes sociales et politiques, pour le droit à l'expression religieuse, l'autodétermination ou la libération nationale (Machel, 2001). Pendant la deuxième guerre mondiale, par exemple, plusieurs sources d'informations en provenance d'URSS relatent des anecdotes concernant de jeunes garçons qui se sont joints aux rangs de combattants de la guérilla et ont participé à des plans offensifs et défensifs (c.f. Despert, 1942).

Les enfants soldats sont utilisés comme combattants, messagers, porteurs, et cuisiniers ; ils s'occupent des blessés, sont éclaireurs pour les mines, font des gardes aux check-points dangereux et sont utilisés pour des services sexuels (Boothby & Knudsen, 2000 ; Machel, 2001). ' Les commandants considèrent les enfants soldats comme plus maniables que les adultes, et donc ils sont moins entraînés et doivent accomplir les tâches les plus dangereuses' (Boothby & Knudsen, 2000, p 63).

L'endoctrinement se fait habituellement en plusieurs phases, pendant lesquelles des tentatives sont faites pour durcir les enfants sur le plan émotionnel en punissant ceux qui offrent de l'aide, ou montrent des sentiments pour ceux qui sont soumis à des maltraitances (Boothby & Knudsen, 2000). Les enfants sont souvent battus et continuellement exposés à des scènes de violences, pour qu'ils ne questionnent pas l'autorité des adultes dans le groupe ; ils sont même parfois forcés à tuer des prisonniers ou des membres de leur propre famille (Boothby & Knudsen, 2000).



Jusqu'à présent aucune étude n'a évalué les devenir longitudinaux pour les enfants qui prennent part aux violences de masse. En plus des séquelles à long terme de la participation directe à la violence, les enfants soldats courent un plus grand risque d'être déplacés que d'autres enfants exposés à la guerre (Alfredson, 2002 ; McConnan & Uppard, 2001) ; c'est pourquoi des mesures supplémentaires doivent souvent être prises pour ramener ces enfants dans leur communauté d'origine. De plus, cela est souvent difficile à cause des sentiments négatifs au sujet de leur activité militaire. Et pour les enfants, l'activité militaire est fréquemment la seule chose qu'ils ont appris à faire bien. De plus, la plupart des gouvernements ne prennent pas la responsabilité d'intégrer d'anciennes recrues dans la société une fois qu'ils ont été rendus à la vie civile (Alfredson, 2002). Pour les enfants soldats, le retour à la vie de la communauté est au mieux un long processus de rétablissement et de pardon, qui requière un réseau de soutien des parents, enseignants, responsables religieux et autres, et la médiation de la communauté (Machel, 2001). Les lecteurs qui souhaitent en savoir davantage sur les étapes pratiques pour approcher les problèmes des enfants soldats devraient consulter McConnan et Uppard (2001).

Certains témoignages suggèrent que, jusqu'à un certain point, les concepts sociaux et moraux des enfants peuvent demeurer solides, avec les liens familiaux et religieux restant forts face à la violence, et les enfants étant capable de maintenir une distinction essentielle entre la violence pour des causes justes d'une part, et injustes d'autre part (Boothby & Knudsen, 2000). Cependant, il a aussi été noté que la réaction morale des enfants est largement déterminée par la longueur de temps qu'ils ont passé dans le groupe armé (Boothby & Knudsen, 2000). Au Mozambique, par exemple, les enfants engagés moins de six mois, ont montré après leur libération un comportement agressif et une méfiance vis-à-vis des adultes, mais ces réactions ont disparues rapidement et les enfants se définissaient comme victimes plutôt que comme membres du groupe militaire, avec des réactions communes de stress post traumatique et de remord (Boothby & Knudsen, 2000). En même temps, les enfants qui ont été dans des camps une année ou plus ont profondément changé leurs visions d'eux-mêmes, qui se sont confondues avec celles de leurs geôliers. Ils ont continué à avoir recours à la violence comme moyen principal d'exercer un contrôle social et une influence (Boothby & Knudsen, 2000), ou même se sont joint à un autre groupe armé dans un autre pays, comme mercenaires (Machel, 2001).

Interventions psychosociales non spécifiques

Les interventions non spécifiques traitent des questions comme la fin des différentes tensions, y compris l'élimination des conflits en cours et l'aménagement de zones de sécurité et d'abris ; la restauration ou la réactivation de facteurs d'amélioration et de protection significatifs, notamment la réunification, l'engagement actif et la coordination de familles, l'éducation et les efforts de la communauté pour le processus de rétablissement psychosocial.



Elimination et déplacement

Pour que le processus de guérison se mette en place, l'interruption des facteurs de stress est d'une importance immédiate. Lorsque l'adversité extrême et continue (par exemple la perte des membres de sa famille ou des amis proches) s'ajoute à des expériences de désastres, les réactions post traumatiques des enfants s'intensifient souvent et le rétablissement est retardé (Laor et Wolmer, 2002 ; Husain et al., 1998 ; Pynoos et al., 1993).

L'élimination des facteurs de stress pour les enfants en temps de guerre implique une parmi trois possibilités. La première est la cessation du conflit existant entre les factions belligérantes et le rétablissement d'un climat sécurisé et civil. Bien qu'il s'agisse de l'issue idéale, elle est souvent difficile ou impossible à obtenir, surtout en un temps limité, dans la mesure où les processus de paix peuvent être indéfiniment reportés. Il est prouvé que le traumatisme chronique sans la possibilité d'un arrêt prévisible de l'exposition à la violence et au stress a un impact significatif sur la santé mentale des enfants qui est différent de l'impact du traumatisme ponctuel (Cairns & Dawes, 1996). Dans le contexte d'activités de guerres continues, les événements et les circonstances stressants peuvent être perçus comme une réalité quotidienne normale, à laquelle l'enfant peut s'habituer, particulièrement lorsqu'il s'agit du seul environnement social qu'il ait connu (Jensen & Shaw, 1993). En particulier, certaines études ont suggéré qu'une telle exposition prolongée peut avoir pour résultat un seuil plus élevé à la réaction traumatique, avec une moindre perception du danger (Punamaki et al., 2001). Les secondes et troisièmes alternatives impliquent le déplacement des enfants (et de leur famille) vers des régions moins dangereuses, soit des déplacements vers des sites internes à l'intérieur des pays d'origine soit des déplacements externes vers des territoires ou des pays étrangers, jusqu'à ce que la vie civile soit rétablie dans le pays ou la communauté d'origine. Aucune de ces alternatives n'est parfaite, mais elles représentent la dure nécessité. En plus des expériences de guerres, le déplacement lui-même peut aggraver le niveau de détresse car les enfants développent des liens intimes avec leur environnement, pas seulement des liens avec des personnes, mais aussi des attachements aux lieux (Fullilove, 1996). Un risque supplémentaire associé avec le déplacement concerne la possibilité de recrutement militaire par des groupes armés. C'est pourquoi les camps de réfugiés et les installations devraient être localisés loin de la zone de conflit, et la sécurité et le personnel devraient être renforcés lorsque les enfants peuvent être vulnérables aux efforts de recrutement (par exemple itinéraires de fuite, centres de réception, camps ou habitations) (Alfredson, 2002).

Une littérature considérable sur les effets des déplacements provenant des études des enfants évacués en Grande Bretagne pendant la seconde guerre mondiale (Burt, 1941; Henshaw, 1940; Isaacs, Brown, & Thouless, 1941 ; Zimmern, 1941) suggère que le déplacement a tendance à être beaucoup mieux perçu par les enfants plus âgés (généralement de 12 ans et plus). Tandis que les enfants plus jeunes, réagissent souvent par des angoisses de séparation et d'autres symptômes d'intériorisation et d'extériorisation (Henshaw & Howarth, 1941). Plusieurs auteurs (Bowley, 1940 ; Burt, 1941) ont insisté sur le fait que les



enfants en âge préscolaire ne devraient pas être séparés de leur mère. Même des enfants plus âgés se portent mieux lorsqu'ils sont accompagnés par d'autres adultes familiers, des frères et sœurs, ou par un enseignant. Les jeunes enfants ont tendance à percevoir les dangers de la situation à travers les yeux des adultes importants pour eux, et c'est pourquoi la détresse subjective vécue et exprimée par les adultes a tendance à produire la détresse des enfants (Bowley, 1940 ; Solomon, 1942). Ceci est aussi corroboré par des recherches plus récentes qui démontrent un lien intime entre les niveaux de stress chez la mère et l'enfant (Laor et al. 2002), et une association entre la santé mentale maternelle et l'ajustement de l'enfant à la suite d'une guerre (Smith, Perrin, Yule & Rabe-Hesketh, 2001), particulièrement chez les enfants de moins de quatre ans (Laor & Wolmer, 2002).

En dépit des avantages possibles du déplacement, tel que l'arrêt de l'exposition à des événements potentiellement traumatiques, l'impact du déplacement en lui-même sur la santé mentale des enfants demeure un sujet de controverse. Plusieurs études britanniques suggèrent que les effets psychologiques de l'évacuation peuvent être plus néfastes que les bombardements, surtout lorsque l'évacuation n'est pas planifiée (Despert, 1942). De plus, des études par Laor et al. (2001) et Fayyad (2002) suggèrent que le nombre et même le fait même du déplacement lui-même peut renforcer l'impact négatif chez les familles ayant un pauvre fonctionnement quant à la prédiction de la gravité des symptômes chez les enfants. Cependant, d'autres études ont trouvé que la plupart des enfants sont capables de s'ajuster avec succès à l'évacuation et que les plus graves troubles psychopathologiques étaient moins graves que beaucoup ne l'avaient craint (par exemple, Jersild & Meigs, 1943). Les conséquences et le processus d'évacuation dépendent, en grande partie du caractère volontaire ou forcé de celle-ci, une évacuation par contrainte personnelle et sans hâte étant relativement moins traumatisante (Brander, 1941, c.f. Despert, 1942). Les effets du déplacement sur la santé mentale sont aussi décrits avec plus de détails par Fullilove (1996).

Avec la conscience grandissante de la souffrance des enfants et des familles déplacés pendant les guerres, les Nations Unis et d'autres agences d'aides ont développé et publié des guides pour les organisateurs de secours, les planificateurs et les autres spécialistes, qui décrivent en détail les pas nécessaires à prendre pour donner une protection adéquate aux réfugiés (voir, par exemple les instructions du UNCHR sur la protection et l'aide aux enfants réfugiés (UNCHR, 1994).

Tout en espérant que le rapatriement volontaire dans la région d'origine soit possible dans l'avenir, si la réinstallation n'était pas considérée comme sécurisée, l'option la moins favorable devient l'intégration locale temporaire dans un pays d'asile. Le succès de cette expérience est lié aux facteurs tels que le degré de sécurité dans le nouvel endroit, que ce soit un camp de réfugiés (Geissler, 1999) ou un cadre pour la communauté dans un pays industrialisé (Anderson, 2001). Naturellement, lorsque les enfants sont forcés de quitter leur environnement familial, la sécurité dans le nouveau cadre a une importance énorme (Paul, 1999) ; Il a été rapporté que certains lieux pour réfugiés exposent les enfants à



d'avantage de violence, d'abus d'alcool, de disputes familiales, d'abus sexuels et de coups (Machel, 1996, 2001).

Le rétablissement et la réinstallation

Une fois que les événements traumatiques ont pris fin ou été éliminés, le processus de rétablissement commence. Des interventions non psychiatriques, telles que l'approvisionnement en besoins essentiels, la nourriture, le logement et l'habillement, aident à instaurer la stabilité requise pour évaluer le nombre de jeunes ayant besoin de soins psychiatriques spécialisés. Tout d'abord, les besoins essentiels et un environnement sanitaire substantiel doivent être rétablis. Ceci inclut les soins de santé vitaux, les efforts pour stopper la propagation de maladies infectieuses, l'accès à l'eau propre et la fourniture de nourriture, une nutrition adéquate, l'abri et les installations sanitaires. Le rétablissement devrait aussi impliquer de reprendre la production alimentaire, la scolarité, et les activités religieuses. Alors que le but final est l'autonomie, si pendant un certain temps la production locale n'est pas possible, une nourriture adéquate et d'autres programmes d'aide seront nécessaires jusqu'à ce que la viabilité soit rendue possible. La provision de besoins de base doit être intégrée à une assistance psychosociale et une évaluation clinique attentive, car l'impact du traumatisme sur la santé physique est un sujet négligé (McFarlane & Yehuda, 1996). Pour les plus jeunes enfants, en particulier ceux de moins de trois ans, de nombreux problèmes de santé sont liés à la malnutrition (Machel, 1996, 2001). La malnutrition à long terme et la sous alimentation en énergie protéinique 'ont pour résultats des difficultés cognitives et sociales et émotionnels, avec peu d'amélioration lors du rétablissement nutritif' (Sternberg & Grigorenko, 1997, p .27). La nécessité d'une approche holistique de la santé est également illustrée dans l'article 39 de la Convention des Droits de l'Enfant, où il est également noté que les états doivent prendre des mesures pour encourager le rétablissement physique et psychologique ainsi que la réintégration des enfants.

Concernant la réintégration des enfants combattants, Machel (2001) a noté trois aspects essentiels à considérer pour la reconstruction de sociétés ravagées par la guerre. Ceux-ci incluent le désarmement (la collecte d'armes dans les zones de conflits et leur stockage sécurisé ou leur destruction), la démobilisation (l'inscription formelle, et la mise en congé des combattants, l'aide pour les besoins immédiats et le transport de retour chez eux), et la réintégration (le processus d'aide aux anciens combattants pour leur retour à la vie civile et leur ajustement social et économique). La démobilisation des enfants requiert leur séparation immédiate des soldats adultes, suivie de l'évacuation sous escorte des zones de combat dans les 48 heures pour éviter les risques de remobilisation (Machel, 2001). Des efforts particuliers doivent être faits pour assurer l'intégration des enfants soldats dans leur communauté. Les croyances et les attitudes culturelles peuvent rendre la réunification particulièrement difficile pour les filles soldats qui ont été violées ou sexuellement agressées (Machel, 2001). Les lecteurs intéressés par les instructions pratiques pour les problèmes des enfants soldats devraient consulter McConnan et Uppard (2001).



Au-delà des besoins de base, le rétablissement implique la restauration des liens avec les traditions, la culture, la nature, et les pratiques religieuses qui ont donné le sens et la valeur à la vie avant la perturbation traumatique (Lowry, 2000). Le rétablissement comprend aussi le rétablissement de la confiance, de l'estime de soi, de l'attachement et des réseaux sociaux, et le retour de l'espoir et de la croyance en l'avenir (Jareg, 1995). La reconstruction et le rétablissement des institutions culturelles et sociales sont des tâches longues et difficiles qui demandent de l'intérêt, de l'attention et de l'initiative. Le savoir-faire est nécessaire pour aider à rétablir les éléments culturels avec des solutions durables et permanentes qui n'engendrent pas des sentiments d'impuissance ou de dépendance (Lowry, 2000). De plus, la participation active des enfants et des adolescents dans le processus de rétablissement peut engendrer un engagement idéologique qui peut être bénéfique à la santé mentale (Punamaki, 1996). D'anciennes études (Beverly, 1942) ont aussi pointé l'importance de l'implication des jeunes et noté que, pendant la guerre, il faudrait que les jeunes sentent qu'il y a quelque chose qu'ils sont capable faire, et le faire bien, et qu'ils sachent qu'il y a une place pour eux dans la société, aussi perturbée qu'elle puisse paraître.

Le rétablissement du réseau psychosocial.

L'impact de la guerre sur la santé mentale des enfants est déterminé par des effets psychosociaux et sociaux, notamment les relations perturbées par des décès, séparations, éloignements et autres pertes, l'éclatement de la famille et de la communauté, les atteintes aux valeurs sociales et les pratiques coutumières, et la destruction des installations et des services. Ces facteurs ont des interactions les uns sur les autres, ils affectent les perceptions et la compréhension de l'enfant, et induisent également des expressions de symptômes spécifiques. Pour reconstituer la santé et la stabilité psychosociales, les enfants ont besoin de parents qui s'occupent d'eux, de sécurité, de scolarisation, et d'opportunités pour faire de l'exercice et jouer. En raison d'une plus grande prise de conscience de ces aspects du processus de rétablissement, de nombreuses ONG ont mis en place des programmes de soutien psychosocial qui traitent spécifiquement des besoins des familles et des enfants (Dybdahl, 2001a, b ; Dyregrov et al. 2000 ; Woodside, Barbara & Benner, 1999). Certains de ces programmes privilégient l'éducation et le soutien des parents et des enseignants pour qu'à leur tour ils puissent soutenir les enfants, alors que d'autres programmes travaillent directement avec les enfants pour les aider à assimiler leurs souvenirs traumatisants en évoquant ce qui c'est passé par le dessin, le jeu ou la parole (Dybdahl, 2001a). Bien que les initiatives de rétablissement aient utilisés des approches aussi bien basées dans la population que des approches individualisées, elles comprendront probablement des méthodes simples et directes en raison des ressources limitées et du grand nombre d'individus affectés. Il s'agira par exemple de programmes et d'initiatives visant à former les représentants de l'autorité dans la communauté à aider le processus de guérison psychosociale. Les interventions individualisées sont ordinairement introduites après celles qui sont basées sur la communauté à cause des conditions d'urgence et du grand nombre de besoins.



La Famille. Ce sont généralement les familles qui servent de principale source de savoir-faire des modèles d'expressions et règles culturelles et sous-culturelles pour ce qui concerne les émotions (Gerull & Rapee, 2002 ; Von Salisch, 2001). Lorsque les enfants expriment leurs peurs (Rime, Dozier, Vandenplas, & Declercq, 1996) les parents donnent l'exemple de façons propres à la culture de gérer les émotions négatives (Laor & Wolmer, 2002 ; Saarni & Weber, 1999 ; Schwab-Stone et al., 2001), et en réagissant à des expressions de colère, de frustration ou de détresse, ils peuvent aider à médiatiser la gestion du stress par l'enfant et soutenir la maîtrise des situations menaçantes ou frustrantes (Cassidy, 1994).

En fait la plus grande gravité des symptômes est liée aux difficultés mentales de la mère de l'enfant et à la vie quotidienne dans une famille dont la cohésion est inadéquate (Laor et al. 2001 ; Smith et al. 2001). Les parents et les relations proches en souffrance ont des interactions difficiles avec leurs enfants et peuvent devenir moins sensibles, moins tolérants et moins capables de maintenir des règles normales et des limites pour leurs enfants (c.f. Dybdahl, 2001a). C'est pourquoi parmi les buts importants des interventions auprès des familles est la réduction de la détresse familiale et la promotion des stratégies pour soutenir le calme et la stabilité des parents, qui à leur tour contribuent à soutenir le bien-être de l'enfant (Machel, 1996).

Il faut néanmoins noter que bien la détresse maternelle ait un impact important sur les réactions des enfants, le fait d'avoir une mère qui protège et s'occupe de son enfant n'est pas la panacée, et la 'proximité d'une mère responsable ne protège pas les enfants d'âge préscolaire de l'impact traumatique de la guerre et de la persécution' (Almquist & Brandell-Forsberg, 1995, p.225), car les mères ne peuvent pas écarter le stress, un point de vue qui a été 'accepté comme truisme' (Cairns & Dawes, 1996, p 131). Ainsi l'organisation des interventions requiert une approche sobre qui évalue les ressources disponibles de façon réaliste et ne soutient pas des espoirs et des attentes injustifiées.

Il est en général dans l'intérêt de l'enfant de demeurer dans le cadre familial, pour des raisons émotionnelles et parce que les enfants séparés sont davantage à la merci de l'exploitation et d'autres risques (Bruce, 2001). Les enfants qui ont perdu leurs familles ou ont été rejetés par leurs communautés peuvent avoir besoin d'une période transitoire de cadre familial alternatif, tel qu'un groupe d'enfants de leur âge ou une famille d'accueil (Machel, 2001). Bien qu'il soit préférable d'éviter les orphelinats, il arrive que la réalité induise la nécessité de tels cadres (par exemple des centres pour mineurs non accompagnés au Rwanda, organisés par l'UNICEF) qui ont tendance à être moins onéreux – un facteur important pour des sociétés qui ont vécu une guerre (Neugebauer, 2002). Néanmoins, des placements familiaux peuvent être une meilleure alternative jusqu'à ce que les familles biologiques, ou des solutions plus permanentes puissent être trouvées (Bruce, 2001). Si ces arrangements sont bien intégrés dans les communautés, ils peuvent réussir mieux que des soins en institutions (Machel, 2001). Quand de telles décisions sont prises, les fratries doivent être placées ensemble, et les placements devraient si possible réunir des enfants dont les familles sont



d'origines culturelles proches (Bowley, 1940 ; Burt, 1941 ; Kinzie et al., 1986 ; Williams & Westermeyer, 1983).

Education. L'éducation est reconnue partout comme un droit inaliénable, auquel tous les enfants, y compris ceux qui sont pris dans des situations d'urgence, qu'elles soient d'origine naturelle ou humaine, doivent avoir accès, et ce droit est essentiel au développement humain et national (c.f. Pigozzi, 1999). Dans les situations d'urgence, des activités éducatives doivent être établies ou rétablies le plus tôt possible, et lorsque les systèmes éducatifs ne fonctionnent plus, la reconstruction du système donne l'opportunité d'une transformation de l'éducation afin qu'elle réponde aux besoins de la population (Pigozzi, 1999). L'éducation peut aussi servir de mécanisme pour contribuer à la prévention des urgences. Dans de nombreux pays, il est nécessaire de savoir ce qui peut être fait pour soutenir l'éducation en cas d'urgence (Laor & Wolmer, 2002 ; Pigozzi, 1999; pour une excellente revue de la question de l'école et la guerre voir aussi Klingman, 2002 b). Le rétablissement des structures d'éducation aide à restaurer la normalisation, la stabilité, et la continuité de la vie des enfants, et apporte un soutien important au rôle social des étudiants (Kos & Derviskadic-Jovanovic, 1998), ainsi qu'à la cohésion de la communauté (Dawes, 2000). Le cadre de la classe propose des routines prévisibles, des attentes claires, les règles cohérentes, et un feedback immédiat pour les enfants avec des questions ou des préoccupations (Laor & Wolmer, 2002 ; Yule, 2002), de même qu'une interaction sociale et des relations d'amitié, d'attachement, et de sécurité émotionnelle (Laor & Wolmer, 2002 ; Parker, Ruben, Price, & DeRosier, 1998). A l'école, les enfants ont aussi par ailleurs des tâches de travail, des fonctions, et des responsabilités. Le succès à l'école développe l'estime de soi et améliore les capacités de faire face (Kos & Derviskadic-Jovanovic, 1998), tout en s'opposant aux tendances à l'isolement à au repli sur soi (Laor & Wolmer, 2002 ; Vernberg, Silverman, La Greca, & Prinstein, 1996). Dans les interventions basées à l'école, le but initial est de créer un environnement sécurisant du point de vue émotionnel et amical tout en incorporant des interventions dans les champs de la santé mentale (Kos & Derviskadic-Jovanovic, 1998). En plus, les écoles et les autres services publics peuvent aider à veiller sur l'adaptabilité et la capacité à faire face des enfants, et également faciliter l'accès à l'aide de professeurs lorsque c'est nécessaire (Yule, 2002).

Les relations avec des enseignants qui les soutiennent sont d'importants indicateurs du bien-être psychologique des enfants traumatisés (Laor & Wolmer, 2002 ; Udwin, Boyle, Yule, Bolton, & O'Ryan, 2000 ; Vernberg et al. 1996 ; Rutter, 2000). Dans un manuel publié par UNICEF, Macksoud (1993) souligne le rôle crucial que les enseignants peuvent jouer pour créer un environnement thérapeutique. Elle montre que les enseignants ont la tâche difficile de comprendre et soutenir leurs élèves émotionnellement, tout en poursuivant les routines en cours et les activités quotidiennes et extrascolaires, comme la musique, les sports et les arts. Celles-ci, quand elles sont possibles, peuvent servir d'exutoire utile pour surmonter le stress (Macksoud 1993). Les enseignants peuvent aussi faciliter les discussions sur la guerre, en tenant compte du niveau de leurs élèves. De plus, ils ont des opportunités de renforcer les compétences



pour faire face, corriger les rumeurs, identifier les enfants en souffrance, et préparer les élèves pour des expériences futures (Laor & Wolmer, 2002). Dans de telles situations, il est souvent nécessaire d'enseigner les compétences de base de repérage et d'approche thérapeutique aussi bien aux enseignants et aux parents, car ils peuvent être les premiers à voir les symptômes des traumatismes se développer (Macksoud 1993). La compréhension et le repérage des symptômes et des difficultés psychosociales sont des premiers pas essentiels pour assurer le rétablissement optimal des enfants.

Il arrive fréquemment que d'anciens combattants aient pris du retard dans leur scolarité. Lorsqu'ils sont intégrés à leur niveau scolaire, ils peuvent finir dans des classes avec des enfants plus jeunes, ce qui peut être humiliant pour eux, et les conduire à éviter puis arrêter l'école (Machel, 2001). De plus, il arrive que les enseignants et les parents ne souhaitent pas favoriser leur influence possible sur les autres enfants. C'est pourquoi le développement de classes spéciales pour d'anciens enfants soldats a été proposé comme première étape dans un processus qui devrait conduire à la réintégration dans des écoles publiques (Machel, 2001).

Plusieurs ONG ont mis en place la pratique de 'formations de formateurs', qui consistent en une formation de membres de la communauté et d'enseignants aux compétences de base de l'intervention psychosociale et du soulagement de la détresse, d'une durée de quelques semaines à plusieurs mois. Par la suite, ces membres de la communauté apportent une compétence supplémentaire sur le terrain, que d'autres formes d'interventions n'ont pas (Laor & Wolmer, 2002 ; Miller et Billings, 1994). Bien que l'efficacité de telles mesures n'aient pas été définitivement démontrée, certains auteurs ont insisté que dans une situation de grande pénurie de professionnels de la santé mentale, le soutien additionnel apporté par des membres de la communauté et des enseignants peut être très utile pour atteindre la communauté sur le terrain (Laor & Wolmer, 2002 ; Neugebauer, 2002). De plus, le processus de formation peut aider à réduire l'ambivalence ou la résistance à une assistance étrangère venant des travailleurs sociaux locaux (Laor & Wolmer, 2002). Ces personnes ont cependant besoin d'avoir un accès rapide à un retour d'information et des consultations professionnelles, et l'organisation et les attentes de leur travail doivent être évaluées à la lumière de la quantité de formation qu'ils obtiennent.

Parmi les programmes éducatifs spécifiques, certaines ONG (Unesco, la Fondation des Nations Unies pour les Enfants) ont proposé et initié des programmes basés dans les écoles qui portent sur le chagrin et le stress psychosocial. Il n'y a pas une seule 'bonne' manière d'approcher ces états émotionnels. De nombreuses sociétés, des communautés et des familles ont développé des modes de gestion de la perte et du stress qu'elles considèrent comme adéquates; Il importe de savoir les identifier et de les utiliser pour aider les enfants, les parents, et les enseignants à faire face à leurs situations et à leurs expériences, et reprendre leurs activités quotidiennes normales dans la mesure du possible (Pigozzi, 1999). Il a également été suggéré que les programmes éducatifs dans les écoles enseignent l'éducation à la paix et la réconciliation, afin de promouvoir la culture de la paix chez les enfants (Schwebel, 2001). Les



programmes d'éducation à la paix visent à donner aux jeunes 'les compétences dont ils ont besoin pour résoudre leurs conflits de façon pacifique, gérer le stress de violents conflits ethniques, et se préparer à un avenir moins violent en leur apportant un soutien psychosocial et des compétences éducatives' (Aguilar & Retamal, 1998, p.43). La suggestion a été faite que ces compétences fassent partie de tout cursus éducatif de base (Pigozzi, 1999). De tels programmes ont été développés avec des succès différents dans plusieurs pays en crises, y compris, entre autres, au Burundi, au Libéria, et en Somalie (voir aussi Aguilar & Retamal (1998)). Néanmoins, aucune évaluation systématique n'a été faite pour évaluer la pertinence et l'impact de ces expériences; davantage de recherches et de réflexions sont donc nécessaires.

Coordination des efforts psychosociaux

Les initiatives d'intervention à différents niveaux pour traiter les questions au niveau individuel, familial et communautaire, sont très efficaces pour soutenir le rétablissement et la normalisation (Garmezzy, Maston, & Tellegen, 1984 ; Zimmerman & Arunkumar, 1994 ; voir aussi Dawes, 2000). A une échelle macroscopique, le but est de mettre en place des institutions sociales cohérentes, fonctionnant bien, et offrant le soutien nécessaire (Dawes, 2000). Des communautés qui puissent soutenir des adolescents à risques peuvent contribuer au processus de rétablissement de l'identité traumatisée et à la reconstruction du tissu social (Barudy, 1989). Hjern et Angel (2000) ont montré que les enfants réfugiés manifestaient des problèmes de santé mentale significatifs pendant les 18 premiers mois après l'exil, mais une amélioration significative apparaissait dans une étude de suivi six ans après. Il a été suggéré que cette amélioration ait pu être liée à un changement positif dans l'environnement, puisque les réfugiés avaient passé les premiers 18 mois dans des hébergements transitoires, alors qu'au moment du suivi les situations sociales et d'habitation avaient été considérablement améliorées. C'est pourquoi, des confirmations convergentes confirment le rôle de la médiation et de la participation de la communauté (Dawes, 2000) comme éléments clefs des programmes d'intervention au niveau de la communauté.

Efficacité d'interventions non spécifiques

La littérature sur l'efficacité des interventions psychosociales non spécifiques est rare. Cependant il y a des signes que certains programmes d'interventions psychosociales ont un effet positif sur la santé mentale des enfants. Dybdahl (2001a, b), par exemple, a fait état d'un effet positif modéré qu'a eu sur la santé mentale des mères et des enfants un programme d'éducation et de soin pour la petite enfance en Bosnie et Herzégovine. Le programme soutenait la participation, le soutien et l'éducation parentale et mettait l'accent en particulier sur la relation mère-enfant, en essayant de renforcer la communication positive existante et les modèles d'interaction pour enrichir l'environnement de l'enfant (Dybdahl (2001a, b). A notre connaissance ceci est aussi la seule étude publiée ayant utilisé l'affectation au hasard des individus (comme unités mère-enfant) aux groupes d'intervention (soutien psychosocial et soin médical de base par rapport



à soin médical de base seulement). Une description détaillée du programme est donnée ailleurs (Dybdahl (2001a), mais pour résumer, la structure du programme consiste en groupes d'enfants, de mères, de responsables de groupes et d'un superviseur, qui avaient lui-même également accès à des superviseurs et un soutien à son niveau. Avant l'intervention, le superviseur et les responsables de groupes recevaient plusieurs semaines de formation au sujet du contexte, du contenu et des méthodes de travail en suivant un manuel développé spécifiquement pour le programme. Les groupes d'intervention consistaient en réunions de deux heures semi-structurées, conduites une fois par semaine pendant cinq mois, chaque réunion étant consacrée à l'éducation et à des discussions sur des sujets spécifiques, comme les réactions communes au stress traumatique et l'importance de reconnaître la détresse des enfants et de les aider plutôt que les punir pour leurs problèmes (par exemple, jeu répétitif ou énurésie). Les mères étaient aussi encouragées à partager leur expérience sur le sujet et discutaient les suggestions faites par le responsable du groupe. L'efficacité des programmes de soutien de famille suggère qu'alors que la détresse maternelle joue un rôle négatif par son impact sur le bien-être de l'enfant (Laor et al., 2001 ; Smith et al., 2001), le soutien parental aux enfants a un effet protecteur et guérisseur significatif, qui pourrait être accentué par des interventions ultérieures spécifiques.

Gupta (2000) a reporté une réduction significative des symptômes psychopathologiques après une intervention psychosociale non structurée et non spécifique basée dans l'école conduite dans quatre camps de déplacements au Sierra Leone. Les enfants étaient sélectionnés au hasard à partir d'une population d'enfants plus large, et étaient évalués avant et après l'évaluation. L'intervention était conduite par des enseignants, qui reçurent 6 heures de formation, et comprenait l'enseignement de la lecture de base et du calcul, combiné avec un module sur la guérison du traumatisme et l'expression, ainsi qu'une partie consacrée aux loisirs. Ce module était consacré au soulagement des symptômes de stress traumatique des enfants en les encourageant à participer à différentes activités structurées culturellement appropriées, telles que les contes, dessin, écriture, discussions, théâtre, danse, musique et athlétisme.

Chase et al. (1999) ont décrit un programme thérapeutique innovant au Sri Lanka appelé Jardin des Papillons, dans lequel les enfants participaient toutes les semaines à un programme de six à neuf mois après l'école et le week-end pour développer la créativité, l'imagination et la confiance en eux par les arts plastiques et du spectacle. Le site a été instauré comme 'zone de paix', pour offrir aux enfants affectés par les conflits armés un sanctuaire où ils pouvaient guérir en engageant leur créativité dans le jeu, les arts plastiques et la poterie. Dans ses buts thérapeutiques, le Jardin des Papillons devait contrer les effets du traumatisme psychologique par l'intrépidité (comme expression du confort psychologique, du bien-être) et un sens de la dignité, de la parentalité, et l'espoir. Il n'y a malheureusement pas eu d'évaluation détaillée de l'efficacité de l'étude, en dehors de remarques anecdotiques par les enseignants selon lesquelles, pour beaucoup d'enfants, les performances et le comportement avaient radicalement changé au cours du programme (Chase et al. 1999).



Woodside, Santa Barbara, et Benner (1999) ont rapporté des réductions réduites mais significatives du stress post traumatique après une intervention dans une école pour promouvoir la guérison du traumatisme chez des enfants croates. Leur intervention a donné aux enfants traumatisés l'opportunité d'exprimer leurs souvenirs et leurs sentiments, comme leur expérience de perte, séparation, et de chagrin, et cela a été associé à un travail sur la résolution non-violente des conflits, la conscience des préjugés ethniques, l'éducation sur les droits de l'humain, et les perspectives de vie quotidienne paisible. Dans sa conception, l'intervention a utilisé des groupes de contrôle, et a inclus quatre mois de sessions de formations hebdomadaires pour des classes d'intervention, d'une durée d'environ deux heures, en suivant un cursus conçu spécialement pour le projet (Woodside et al. 1999).

Yule et ses collègues (voir Smith, Perrin, & Yule, 1999) ont développé un programme psycho-socio-éducatif pour traiter les premières réactions de stress communes chez des enfants exposés à la guerre et d'autres enfants gravement traumatisés, qui peut être mis en pratique par des personnes ayant une expérience minimale de la santé mentale infantile sous la supervision de professionnels plus expérimentés (Yule, 2002). Ce programme est organisé pour deux responsables avec un groupe de 10 enfants, et il consiste en modules de cinq demi-journées pour tous les enfants, suivies d'une réunion pour ceux qui sont endeuillés. Les cinq sessions principales sont consacrées à l'aide des enfants pour gérer les pénibles symptômes d'intrusion, d'éveil, et d'évitement. Une réunion pour les parents qui explique l'intervention et leur propose des suggestions pour aider leurs enfants est un élément essentiel du programme. Bien qu'il soit utilisé avec des enfants exposés aux traumatismes de guerre, il n'y a pas eu d'études pour évaluer l'efficacité du programme dans ce contexte. Néanmoins, des données préalables non publiées suggèrent qu'il a un effet positif, démontré par des données rapportées à partir d'autres populations d'enfants exposés au traumatisme (Yule, 2002).

Interventions de santé mentale spécifiques

Le rôle des professionnels de la santé mentale

Les cliniciens de la santé mentale sont des acteurs importants pour l'évaluation des individus, la compréhension, l'indication de traitement, et la supervision des opérations sur les effets de la guerre. L'importance de la sensibilité culturelle a été discutée car elle joue un rôle sur la reconnaissance et l'interprétation des symptômes ; néanmoins, elle a aussi son importance pour l'organisation du traitement. Idéalement, les professionnels devraient avoir les compétences linguistiques, culturelles et psychothérapeutiques nécessaires pour combler le fossé entre eux-mêmes comme thérapeutes et les patients souffrant d'effets de guerre et les réfugiés (Kinzie & Manson, 1983). Boehnlein (1987) et Schwab-Stone et al. (2001) ont noté l'importance d'une approche directe et affirmée, et néanmoins ouverte à la possibilité de conceptions culturelles des maladies et de guérison conflictuelles.



Les cliniciens de santé mentale peuvent également jouer un rôle au niveau des choix politiques comme consultants pour l'administration politique. Il arrive qu'il y ait une plus grande probabilité de mise en place des interventions si l'initiative est proposée par des travailleurs de la santé mentale dont l'opinion spécialisée fait autorité (Kos & Derviskavic-Jovanovic, 1998). De plus, les professionnels de la santé mentale, par les recherches conjointes et autres activités, ont souvent beaucoup de contacts au niveau international à travers le monde (MacQueen & Santa-Barbara, 2000) qui peuvent être mobilisés pour des besoins d'assistance à travers le monde.

D'un autre côté, il a été noté une tendance des professionnels de la santé mentale à trop valoriser leur importance dans les situations de conflits armés et dans la vie des populations affectées par la guerre, ainsi que de surestimer l'impact des interventions thérapeutiques (Lowry, 2000). Kos et Derviskadic-Jovanovic (1998) ont noté que 80% des besoins de santé mentale apparents d'une population affectée peuvent être traités par des interventions effectuées par des non-spécialistes qui s'occupent des besoins de base, du rétablissement de la loi, de la sécurité, et des droits de l'humain. Les savoir-faire psychothérapeutiques et les connaissances spécialisées peuvent jouer un rôle de moindre importance dans le travail intensif auprès de réfugiés que dans des conditions de travail normal.

Thérapie individuelle ou de groupe

Les programmes d'intervention pour les enfants exposés à la guerre ont généralement pour but de développer des compétences efficaces pour faire face à la situation, la faculté de récupération, et proposer un soutien social (Punamaki, 2002). Dans des contextes où ils ont subi la guerre, le travail de groupe est généralement le traitement de choix pour des enfants traumatisés (Jensen & Shaw, 1993 ; Becker, Castillo, Gomez, Kovalskys, & Lira, 1989 ; Udwin, 1993; Gillis, 1993 ; Corder, Haizlip, & DeBoer, 1990 ; Yule & Williams, 1990 ; Pynoos & Nader, 1988), car le groupe permet aux participants de prendre conscience qu'ils ne sont pas seuls avec leurs sentiments et leurs problèmes (Gillis, 1993), ils peuvent apprendre comment faire face, trouver des solutions aux problèmes par l'intermédiaire des autres (Yule & Williams, 1990), et qu'ils peuvent se familiariser avec des façons de résoudre les problèmes dans un groupe. De plus, dans des contextes de guerre le groupe est souvent une nécessité liée aux contraintes économiques et au nombre limité de professionnels de la santé mentale disponibles (Kos et Derviskadic-Jovanovic, 1998). Ainsi, il y a un besoin de santé publique pour des modèles de traitement et de réhabilitation psychosociales orientés vers les populations sur le terrain (Kos et Derviskadic-Jovanovic, 1998) qui peuvent être mis en place de façon efficace et pragmatique avec des fonds limités. A ce jour, différentes approches thérapeutiques de groupe ont été utilisées dans différents contextes; néanmoins il n'y a pas d'indication claire pour soutenir une modalité particulière par rapport à une autre. Idéalement, toutes les interventions thérapeutiques devraient être basées sur des données (Yule, 2002), et malheureusement celles-ci sont pour beaucoup d'entre elles loin d'être complètes.



Dans la formation de groupes thérapeutiques, et pour faciliter le processus de rétablissement, quelques principes de base doivent être utilisés dans la mesure du possible. Par exemple, les enfants qui ont vécu des expériences similaires devraient être placés ensemble, car le sentiment d'être unis et d'avoir vécu un vécu commun peut avoir un effet de soutien et être thérapeutique (Yule, 2002). Les enfants et les jeunes qui ont été déplacés à multiples reprises, et ceux qui ont vécu des pertes affectives devraient être mis en groupe avec d'autres qui ont vécu des expériences proches. Certains ont suggéré que la meilleure forme de travail avec les enfants consiste en petits groupes de six à huit enfants de même sexe (Gillis, 1993). Néanmoins, dans la mesure où des groupes de même sexe peuvent éventuellement conduire à un éloignement entre enfants de sexes différents, il se peut que ce dispositif soit préférable seulement dans des situations spécifiques (par exemple avec des victimes de viols).

Pour atteindre ceux dans le besoin, des équipes de santé mentale mobiles peuvent être utiles pour rendre visite à des refuges collectifs et apporter une guidance et un traitement (Neugebauer, 2002). Le développement de partenariats entre de telles équipes et des membres clés de la communauté permet à des cliniciens de cibler leur travail sur des programmes pour former des conseillers au soutien aux individus, aux familles et aux groupes (Lowry, 2000).

A ce stade, il n'y a pas d'indication claire qu'une structure particulière soit la meilleure pour les interventions en temps de guerre ou après-guerre avec des enfants et des jeunes. Une variété de stratégies, de très structurées (Galante & Foa, 1986) à non structurées (Yule & Williams, 1990) ont été essayées. Bien que différentes circonstances puissent requérir des approches différentes (Yule, 2002), l'usage d'approches plus structurées peut être préféré à cause de la possibilité d'une meilleure quantification de l'intervention pour des raisons à la fois cliniques (par exemple, la reproduction en d'autres sites) et scientifiques (par exemple l'évaluation de l'efficacité et la compréhension des mécanismes en jeu dans un traitement efficace).

Les traitements individuels peuvent être proposés à des enfants particulièrement vulnérables ou pour ceux qui sont fortement perturbés (Rahe, Looney, Ward, Tung, & Liu, 1978). Une autre approche est d'utiliser la thérapie individuelle pour des enfants dont les problèmes persistent malgré l'intervention en groupe (Yule, 2002). Dans tous les cas, les interventions sont à adapter au contexte particulier et aux vulnérabilités et aux forces des enfants en question.

L'évaluation de l'efficacité des programmes psychosociaux thérapeutiques pour les individus et les groupes est délicate en raison des difficultés inhérentes à la conduite d'évaluations détaillées, qui peuvent nécessiter beaucoup de temps et de ressources. Même avec le temps, l'énergie, et les moyens financiers suffisants, pour conduire des évaluations scientifiques dans des situations d'urgences, il reste des problèmes évidents, tels que les considérations éthiques incontournables liées à la création des groupes de contrôle et de comparaison. Une alternative scientifiquement viable, cependant, est de conduire des comparaisons entre différentes modalités de traitement (voir Harrington, Cartwright-Hatton, & Stein, 2002).



Techniques de thérapie spécifique

Malheureusement, il y a relativement peu d'écrit sur les techniques de thérapies spécifiques pour les enfants affectés par la guerre, et on sait encore moins sur l'efficacité de telles techniques. La plupart des études soulignent le besoin d'un impact important et durable sur de nombreux enfants et d'interventions à long terme (Boyden & Gibbs, 1997 ; Dawes, 2000 ; Wessells & Monteiro, 2000), ainsi que l'importance de pratiques panculturelles pour des thérapies administrées par des professionnels de la santé mentale. Cependant peu de recommandations détaillées soutenues par la recherche ont été faites. Davantage d'information est disponible dans la littérature sur les recherches cliniques au sujet du traitement de PTSD résultant d'expériences traumatiques dans les contextes de communauté et domestiques (en dehors de la guerre) ; Néanmoins, la capacité de transfert à des situations de guerre n'a pas été adéquatement évaluée.

En règle générale, les approches de traitement du PTSD représentent des adaptations d'approches utilisées avec des adultes (Yule, Perrin, & Smith, 2001). Dans une étude récente par Cohen, Mannarino, et Rogal (2001b), les pratiques de traitement pour les PTSD destinés aux enfants ont été revues en utilisant un échantillon de 241 pédopsychiatres et physiothérapeutes dont les interventions utilisées pour traiter des enfants traumatisés avec des symptômes de PTSD ont fait l'objet d'une enquête. 99% de participants médicaux utilisaient la pharmacothérapie (Cohen et al., 2001b), bien que l'évaluation systématique des traitements pharmacologiques pour les enfants traumatisés aient été limitée (Laor & Wolmer, 2002 ; Perrin et al., 2000 ; Vogel & Vernberg, 1993). Si la médication peut être efficace pour soulager l'anxiété ou les symptômes dépressifs (Terr, 1983), les traitements psycho-pharmacologiques sont moins efficaces pour réduire les symptômes comme l'évitement, l'isolement, et l'insensibilité émotionnelle (voir Laor & Wolmer, 2002). La médication ne peut donc pas être considérée moyen unique de traiter les états post traumatiques dus à la guerre (Laor & Wolmer, 2002 en référence à Shiloh, Nutt, & Weizman, 1999). De plus, une administration généralisée de drogues et l'urgence d'atteindre un grand nombre de personnes peuvent rapidement conduire à une gestion anarchique et à une médication non professionnelle des enfants (Laor & Wolmer, 2002). Enfin les ressources économiques pour les programmes d'aide après-guerre destinés aux enfants peuvent rarement couvrir les coûts médicaux pour ceux qui en ont le besoin. C'est pourquoi il s'agit de privilégier l'implantation d'interventions thérapeutiques axées sur le groupe, simples et peu coûteuses.

En dépit d'un manque de consensus concernant les modalités thérapeutiques optimales pour les enfants souffrant de symptômes de PTSD, certaines techniques (par exemple la thérapie comportementale cognitive) ont attiré attention et louanges (par exemple, Smith et al., 1999). Néanmoins, le manque d'études sur ces questions obligent à se fier aux données concernant l'efficacité de ces interventions chez les adultes. L'intervention psychothérapeutique qui a reçu le plus d'attention est la thérapie comportementale cognitive (TCC)



(Silverman et al., 1999 ; Smith et al., 1999). Kendall (1994) a trouvé que les TCC individuelles amélioreraient les troubles liés à l'anxiété, ainsi que Barrett, Dadds, et Rapee (1996). Il a été néanmoins noté que bien qu'un nombre croissant d'études sur les TCC montre leur efficacité pour améliorer le PTSD après violence, la rigueur méthodologique de nombreuses études n'a pas été optimale (Bryant, 2000).

D'autres stratégies d'intervention ont utilisées une variété de méthodes notamment la thérapie par le jeu, l'expression artistique, la musique, le théâtre, la méditation et la prière (Lowry, 2000), des méthodes liées principalement au principe de s'appuyer sur des talents et des compétences. Miller et Billings (1994) ont utilisé une variété de techniques d'art pour aider des enfants guatémaltèques et argentins à exprimer leurs pensées et leurs sentiments au sujet de leur enfance vécue en exil. D'autres auteurs ont mis l'accent sur l'importance de valoriser l'imagination, l'apprentissage, la prise de décision et l'autonomie, ou ont introduit des sports comme stratégie pour favoriser une amélioration de la confiance (Lowry, 2000). Un des principaux buts de telles thérapies est d'aider l'enfant à maîtriser sa détresse en retrouvant le contrôle de la situation et de ses sentiments. Dans ce sens, les approches thérapeutiques qui utilisent la promotion du développement émotionnel, la relaxation, et les techniques comportementales cognitives ont été suggérées et décrites en détail ailleurs, en particulier par Yule et collègues (Perrin et al., 2000 ; Smith et al., 1999 ; Yule, 2002), ainsi que d'autres auteurs (voir Palace & Johnston, 1989 ; Rachman, 1980).

Bien qu'il puisse être utile de demander à des enfants de dessiner leur expérience pour les aider à se souvenir des événements traumatiques et des émotions associées (Galante & Foa, 1986 ; Newman, 1976 ; Pynoos & Eth, 1986), le simple fait de dessiner le traumatisme n'est pas une thérapie suffisante et peut même être traumatisant en soi (Machel, 2001). Dans une étude récente de l'ancienne Yougoslavie, l'accent a été mis sur la facilitation de l'expression des émotions des enfants par le dessin et d'autres techniques d'expression, et pourtant à la suite du traitement il n'y avait pas de changement mesurable dans l'adaptation des enfants sur un ensemble d'auto-évaluation de réactions au stress (Bunjevack & Kuterovac, 1994).

Une autre méthode de thérapie, courante et plus controversée, utilisée pour le traitement de symptômes liés aux traumatismes (bien que, cette fois-ci encore, les données publiées viennent surtout d'études sur des adultes) comprend le debriefing. Au départ, le debriefing psychologique était conçu pour un usage professionnel, comme intervention de groupe en une séance devant être faite 24 à 72 heures après les incidents critiques, dans l'espoir de prévenir le développement de problèmes psychologiques, et plus communément le PTSD (Arendt & Elkit, 2001). D'autres recherches affirment que le debriefing permet l'expression des expériences traumatiques, facilite la détente, aide l'organisation cognitive, restaure l'estime de soi et l'espoir, et prépare pour les expériences à venir (Laor & Wolmer, 2002 ; Stallard & Law, 1993). Alors que certaines études ont trouvé des effets positifs au debriefing psychologique (Jenkins, 1996 ; Shalev, Peri, Rogel-Fuchs, Ersanao, & Marlowe, 1998 ; Bohl, 1991 ; Chemtob, Tomas,



Law, & Cremniter, 1997), d'autres n'ont pas constaté d'effets (Carlier, Voerman, & Gersons, 2000 ; Conlon, Fahy, & Conroy, 1999 ; Deahl, Gillham, Thomas, Searle, & Srinivasan, 1994) ou ont même suggéré des effets négatifs possibles (Bisson, Jenkins, Alexander, & Bannister, 1997 ; Hobbs, Mayou, Harrison, & Warlock, 1996 ; Kenardy et al. ; 1996). Ainsi, une exposition rapide à des souvenirs particuliers peut intervenir dans les processus affectifs et cognitifs qui conduisent au rétablissement et peuvent même avoir pour résultat une exacerbation des symptômes (Mayou, Ehlers, & Hobbs, 2000 ; Wessely, Rose, & Bisson, 1998). Dans une revue de l'efficacité du debriefing psychologique chez l'adulte, Arendt et Elkit (2001) concluent que le debriefing n'empêche pas les troubles psychiatriques ou ne nuance pas les effets du stress post traumatique, alors que Dyregrov (1998) a argumenté que la qualité des études à ce jour ne justifie pas un arrêt de son usage. Pour les enfants, la situation paraît plus optimiste (Yule, 2002), et plusieurs études ont démontré l'efficacité de debriefing avec des enfants exposés à différents événements traumatisants (Yule & Udwin, 1991 ; Stallard & Law, 1993) ; ceci, néanmoins n'a pas été systématiquement évalué dans des circonstances de guerre. Il a été souligné que bien que l'expression et le partage des sentiments soit l'un des éléments cruciaux du debriefing, personne n'a l'obligation de parler pendant les sessions (Yule, 2002). Certains faits montrent par leurs aspects anecdotiques compliqués que les enfants n'étaient pas seulement encouragés, mais parfois plutôt poussés à parler de leurs sentiments (voir Neugebauer, 2002).

De plus, il faut noter que de nombreux professionnels et études utilisent différentes définitions du debriefing, et pour parvenir à une meilleure compréhension des risques et des bénéfices de cette stratégie, la définition et les objectifs du debriefing devraient être clarifiés et la méthode affinée. (Pour une description détaillée de la méthode, consulter Yule (2002) et Laor et Wolmer (2002).

Un certain nombre de méthodes attendent une évaluation systématique, bien qu'il existe des indications préalables de leur efficacité dans le soulagement des effets du traumatisme chez les enfants, notamment pour les méthodes comme les techniques d'inoculation (Ayalon, 1983) et la désensibilisation et traitement par le mouvement oculaire qui est très contestée (EMDR) (Puffin, Green Wald, & Rod, 1997). De plus un certain nombre de méthodes ont été utilisées avec des populations adultes, mais il n'existe pas de rapports systématiques au sujet de leur usage auprès d'enfants (pour une revue d'approches alternatives du traitement du traumatisme voir Dietrich, 2000; Dietrich et al., 2000).

Défauts méthodologiques et défis

Les défauts méthodologiques et les défis dans la recherche sur les enfants et la guerre comprennent l'usage généralisé de données auto-rapportées, avec une attention insuffisante aux effets de la symptomatologie sur le fonctionnement psychosocial, et l'absence d'attention aux symptômes spécifiques à la culture et aux façons de gérer le traumatisme. Une évaluation attentive est nécessaire non seulement pour identifier la psychopathologie et les enfants ayant besoin



d'interventions supplémentaires, mais aussi pour comprendre la dynamique des symptômes traumatiques et des facteurs en jeu. Ceux-ci sont importants pour déterminer les besoins à long terme et, à partir de là, pour organiser les interventions futures ; de même, le recours à des évaluations futures est essentiel pour tirer certaines conclusions claires sur les effets obtenus.

Malheureusement, de nombreuses études publiées ne donnent que des descriptions courtes, voire aucune description de leurs interventions, et ainsi la reproduction et la multiplication des interventions efficaces restent problématiques. De même, il y a peu d'information sur le type d'études qui ont été faites, et leurs forces et leurs faiblesses. De nombreuses études n'ont pas d'échantillonnage représentatif, et il manque une conception avec contrôle aléatoire. De plus, des terminologies disparates sont utilisées pour caractériser les interventions, et ainsi les mêmes termes sont souvent utilisés de façon interchangeable pour différents concepts.

Les études d'interventions devraient également envisager l'usage de groupes de contrôle. Il est essentiel de ne pas faire de mal, et puisque jusqu'à maintenant il n'y a que peu de preuves de l'efficacité de la plupart des interventions existantes auprès d'enfants exposés à la guerre, le recours à la conception d'une forme de contrôle adaptée est pertinente des points de vues éthiques et pratiques. Cela ne signifie pas que les enfants dans les groupes de contrôle devraient être laissés sans soutien, mais plutôt comme dans une étude par Dybdahl (2002a, b), il est possible de comparer les effets d'une intervention combinée qui implique une composante non prouvée avec une composante connue nécessaire en l'opposant à la seule composante nécessaire (par exemple les soins médicaux de base). Un livre récent de Machel (2001) a donné des exemples de 'thérapies du traumatisme', des interventions ou des entretiens qui 'conduisent les enfants à raconter ou revivre leurs pires moments' (p 86), dont l'usage est déplacé et potentiellement dangereux.

Il est important de comprendre le raisonnement qui sous-tend les interventions et sur lesquels les conclusions en sont tirées. Par exemple, quelles sont les considérations pratiques et économiques pour l'utilisation d'une intervention particulière ? Dans les efforts futurs, il est important de comparer différentes stratégies d'intervention pour donner des données empiriques au sujet de la meilleure façon d'aider les enfants et de déterminer si les différentes approches psychosociales du traitement sont fondées de façon empirique ou pas.

Conclusions

Des approches diagnostiques sensibles du point de vue culturel sont nécessaires pour évaluer les symptômes traumatiques et les troubles associés. Les opérations d'aide immédiates peuvent se mettre en place avec des interventions non spécifiques pour aider les groupes d'individus organisés autour des questions de sentiments de sécurité émotionnelle et afin de soutenir des projets d'avenir qui impliquent la maîtrise et l'engagement dans la reconstruction.



Les traitements individualisés dans la période post-traumatique ne sont habituellement pas possibles en tant que stratégies immédiates, surtout si l'on prend en considération le manque de professionnels de la santé mentale et le coût élevé comparé aux groupes d'interventions. Il est important d'apprendre aux parents et aux enseignants à reconnaître la détresse des enfants et à appliquer des stratégies appropriées qui traitent les besoins des enfants. Les meilleures interventions spécifiques sont habituellement faites sous forme de groupes. Les considérations et l'ampleur à prendre en compte dans les interventions doivent être orientées vers la communauté pour aider la normalisation de la vie quotidienne et une implication active des enfants. Enfin, en dépit du défi scientifique que pose le contexte extrême dans lequel ces interventions doivent avoir lieu, des initiatives de recherche appliquées sont grandement nécessaires pour apporter l'information nécessaire aux choix politiques, au développement et au perfectionnement des programmes d'interventions pour les enfants traumatisés par la guerre.

Adresser correspondance à :

Vladislav Ruchkin, Yale Child Study Center, 230 south Frontage Road, New Haven, CT, 06520-7900, USA ; Email : vladislav.ruchkin@yale.edu

References:

- AACAP Official Action. (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(Suppl. 10).
- Aguilar, P., & Retamal, G. (1998). Rapid Educational Response in complex emergencies: A discussion document. International Bureau of Education, Geneva.
- Ajdukovic, M., & Ajdukovic, D. (1993). Psychological well-being of refugee children. *Child Abuse and Neglect*, 17, 843–854.
- Ajdukovic, M., & Ajdukovic, D. (1998). Impact of displacement on psychological well-being of refugee children. *International Review of Psychiatry*, 10, 186–195.
- Alfredson, L. (2002). Child soldiers, displacement and human security. *Disarmament Forum*, 3, 17–27.
- Allwood, M.A., Bell-Dolan, D., & Husain, S.A. (2002). Children's trauma and adjustment reactions to violent and nonviolent war experiences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 450–457.
- Almquist, K., & Brandell-Forsberg, M. (1995). Iranian refugee children in Sweden: Effects of organized violence and forced migration on preschool children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 225–237.
- Amnesty International. (1996). Children at risk of torture, death in custody and 'disappearance'. Document EUR 44/144/96. London: Amnesty International.
- Anderson, P. (2001). 'You don't belong here in Germany': On the social situation of refugee children in Germany. *Journal of Refugee Studies*, 14, 187–199.
- Arendt, M., & Elklit, A. (2001). Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 423–437.
- Arroyo, W., & Eth, S. (1985). Children traumatized by Central American warfare. In S. Eth & R. Pynoos (Eds.), *Post-traumatic stress disorder in children* (pp. 103–117). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Ayalon, O. (1983). Coping with terrorism: The Israeli case. In D. Meichenbaum & M. Jaremko (Eds.), *Stress reduction and prevention* (pp. 293–339). New York: Plenum.
- Baker, A.M. (1990). The psychological impact of the Intifada on Palestinian children in the occupied West Bank and Gaza: An exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 496–505.
- Barrett, P.M., Dadds, M.R., & Rapee, R.M. (1996). Family treatment for childhood anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333–342.
- Barudy, J. (1989). A program of mental health for political refugees: Dealing with the invisible pain of political exile. *Social Science and Medicine*, 28, 715–727.
- Becker, D., Castillo, M.I., Gomez, E., Kovalskys, J., & Lira, E. (1989). Subjectivity and politics: The psychotherapy of extreme traumatization in Chile. *International Journal of Mental Health*, 18, 80–97.
- Becker, D., Weine, S.M., Vojvoda, D., & McGlashan, T.H. (1999). Case Series: PTSD symptoms in adolescent survivors of 'ethnic cleansing'. Results from a 1-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 775–781.
- Bellamy, C. (2002). *The state of the world's children 2002: Leadership*. New York: United Nations Children's Fund.
- Bender, L., & Frosch, J. (1942). Children's reactions to the war. *American Journal of Orthopsychiatry*, 12, 571–586.
- Beverly, B.I. (1942). The reaction of children and youth to wartime. *The Journal of Pediatrics*, 20, 665–672.
- Bisson, J.I., Jenkins, P.L., Alexander, J., & Bannister, C. (1997). Randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*, 171, 78–81.
- Boehnlein, J.K. (1987). Culture and society in posttraumatic stress disorder: Complications for psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 16, 519–530.
- Bohl, N. (1991). The effectiveness of brief psychological intervention in police officers after critical incidents. In J.T. Reese, J.M. Horn, & C. Dunning (Eds.), *Critical incidents in policing—revised* (pp. 31–38). Washington, DC: Department of Justice, Federal Bureau of Investigation.
- Boothby, N.G., & Knudsen, C.M. (2000). Waging a new kind of war: Children of the gun. *Scientific American*, 282, 60–65.
- Bowley, A.H. (1940). Child guidance service in wartime. *Mental Health*, 7, 176–180.
- Boyden, J., & Gibbs, S. (1997). *Children of war. Vulnerability and resilience: Perceptions and responses to psychosocial distress in Cambodia*. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development.
- Bracken, P.J., Giller, J.E., & Summerfield, D. (1995). Psychological responses to war and atrocity: The limitations of current concepts. *Social Science and Medicine*, 40, 1073–1082.
- Brander, T. (1941). *Kinderpsychiatrische beobachtungen während des krieges in Finnland, 1939–1940*. *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie*, 7, 177–187.
- Brett, R., & McCallin, M. (1998). *Children: The invisible soldiers*. Sweden: Radda Barnen.
- Bruce, B. (2001). Toward mediating the impact of forced migration and displacement among children affected by armed conflict. *Journal of International Affairs*, 55, 35–57.
- Bryant, R.A. (2000). Cognitive behavioral therapy of violence-related posttraumatic stress disorder. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 79–97.
- Bunjevac, T., & Kuterovac, G. (1994). Report on the results of psychological evaluation of the art therapy program in schools in Herzegovina. Zagreb: UNICEF.
- Burt, M.R., Resnick, G., & Novick, E.R. (1998). *Building supportive communities for at risk adolescents: It takes more than services*. Washington DC: American Psychological Association.
- Cairns, E. (1996). *Children and political violence*. Cambridge: Blackwell.
- Cairns, E., & Dawes, A. (1996). Children: Ethnic and political violence – a commentary. *Child Development*, 67, 129–139.
- Carlier, I.V., Voerman, A.E., & Gersons, B.P.R. (2000). The influence of occupational debriefing on posttraumatic stress symptomatology in traumatized police officers. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 87–98.

- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. In N. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 59, 228–249.
- Cervantes, R.C., Salgado-de-Snyder, V.N., & Padilla, A.M. (1989). Posttraumatic stress in immigrants from Central America and Mexico. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 615–619.
- Chase, R., Doney, A., Sivayogan, S., Ariyaratne, V., Satkunanayagam, P., & Swaminathan, A. (1999). Mental health initiatives as peace initiatives in Sri Lankan schoolchildren affected by armed conflict. *Medicine, Conflict, and Survival*, 15, 379–390.
- Chemtob, C.M., Tomas, S., Law, W., & Cremniter, D. (1997). Post-disaster psychosocial intervention: A field study of debriefing on psychological distress. *American Journal of Psychiatry*, 154, 415–417.
- Chimienti, G., Nasr, J.A., & Khalifeh, I. (1989). Children's reactions to war related stress: Affective symptoms and behavior problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24, 282–287.
- Cohen, M., Brom, D., & Dasberg, H. (2001a). Child survivors of the Holocaust: Symptoms and coping after fifty years. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 3–12.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Rogal, S. (2001b). Treatment practices for childhood posttraumatic stress disorder. *Child Abuse and Neglect*, 25, 123–135.
- Conlon, L., Fahy, T.J., & Conroy, R. (1999). PTSD in Ambulant RTA victims: A randomized controlled trial of debriefing. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 37–44.
- Corder, B., Haizlip, T., & DeBoer, P. (1990). A pilot study for a structured, time limited therapy group for sexually abused pre-adolescent children. *Child Abuse and Neglect*, 14, 243–521.
- Dawes, A. (2000). Cultural diversity and childhood adversity: Implications for community level interventions with children in difficult circumstances. *Children in Adversity* (<http://www.childreninadversity.org/DocumentCentre.html>). Last accessed: October 16, 2002.
- Deahl, M.P., Gillham, A.B., Thomas, J., Searle, M.M., & Srinivasan, M. (1994). Psychological sequelae following the Gulf War. Factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing. *British Journal of Psychiatry*, 165, 60–65.
- Despert, J.L. (1942). Preliminary report on children's reactions to the war. New York.
- Dietrich, A.M. (2000). A review of visual-kinesthetic disassociation in the treatment of posttraumatic disorders: Theory, efficacy and practice recommendations. *Traumatology*, 6, <http://www.fsu.edu/trauma/>, last accessed November 13, 2002.
- Dietrich, A.M., Baranowsky, A.B., Devich-Navarro, M., Gentry, J.E., Harris, C.J., & Figley, C.R. (2000). A review of alternative approaches to the treatment of posttraumatic sequelae. *Traumatology*, 6, <http://www.fsu.edu/trauma/>, last accessed November 13, 2002.
- Durakovic-Belko, E., Kulenovic, A., & Dapic, R. (2003). Determinants of posttraumatic adjustment in adolescents from Sarajevo who experienced war. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 27–40.
- Dybdahl, R. (2001a). A psychosocial support programme for children and mothers in war. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6, 425–436.
- Dybdahl, R. (2001b). Children and mothers in war: An outcome study of a psychosocial intervention program. *Child Development*, 72, 1214–1230.
- Dyregrov, A. (1998). Psychological debriefing – an effective method? *Traumatology*, 4, <http://www.fsu.edu/trauma/>, last accessed November 13, 2002.
- Dyregrov, A., Gjestad, R., & Raundalen, M. (2002). Children exposed to warfare: A longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 59–68.
- Eisenbruch, M. (1991). From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: Diagnosis of Southeast Asian refugees. *Social Science and Medicine*, 33, 673–680.
- Elbedour, S., ten Benschel, R., & Bastien, D.T. (1993). Ecological integrated model of children of war: Individual and social psychology. *Child Abuse and Neglect*, 17, 805–819.
- Fayyad, J. (2002). Community group therapy in children and adolescents exposed to war. Paper presented at the 49th Annual Meeting of the American Association of Child and Adolescent Psychiatry, October, 2002.
- Fivush, R. (1998). Children's recollections of traumatic and non-traumatic events. *Development and Psychopathology*, 10, 699–726.
- Fullilove, M.T. (1996). Psychiatric implications of displacement: Contributions from the psychology of place. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1516–1523.
- Galante, R., & Foa, D. (1986). An epidemiological study of psychic trauma and treatment effectiveness for children after a natural disaster. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 357–363.
- Garbarino, J., & Kostelny, K. (1996). The effects of political violence on Palestinian children's behavior problems: A risk accumulation model. *Child Development*, 67, 33–45.
- Garmezy, N. (1986). Children under severe stress: Critique and commentary. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 384–392.
- Garmezy, N., Maston, A., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97–111.
- Geissler, N. (1999). The international protection of internally displaced persons. *International Journal of Refugee Law*, 11, 451–478.
- Geltman, P., & Stover, E. (1997). Genocide and the plight of children in Rwanda. *Journal of the American Medical Association*, 269, 289–291.
- Gerull, F.C., & Rapee, R.M. (2002). Mother knows best: Effects of maternal modeling on the acquisition of fear and avoidance behavior in toddlers. *Behavior Research and Therapy*, 40, 279–287.

- Gibson, K. (1996). Children in political violence. *Social Science and Medicine*, 28, 659–667.
- Gillis, H.H. (1993). Individuals and small group psychotherapy for children involved in trauma and disaster. In C.F. Saylor (Ed.), *Children and disasters* (pp. 165–186). New York: Plenum Press.
- Goenjian, A.K., Karayan, I., Pynoos, R.S., Minassian, D., Najarian, L.M., Steinberg, A.M., & Fairbanks, L.A. (1997). Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma. *American Journal of Psychiatry*, 154, 536–542.
- Goldstein, R.D., Wampler, N.S., & Wise, P.H. (1997). War experiences and distress symptoms of Bosnian children. *Pediatrics*, 100, 873–878.
- Green, B.L. (1982). Assessing levels of psychological impairment following disaster: Consideration of actual and methodological dimensions. *Journal of Nervous Mental Disease*, 170, 544–552.
- Gupta, L. (2000). Psychosocial assessment of displaced children exposed to war-related violence in Sierra Leone. ReliefWeb (<http://www.reliefweb.int/w/rwb.nsf/s/615FB4A419CBA540C125691A0039406A>, last accessed April 16, 2003).
- Hadi, F.A., & Llabre, M.M. (1998). The Gulf crisis experience of Kuwaiti children: Psychological and cognitive factors. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 45–56.
- Handford, H.A., Mayes, S.D., & Mattison, R. (1986). Child and parent reaction to the Three Mile Island nuclear accident. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 346–356.
- Harrington, R.C., Cartwright-Hatton, S., & Stein, A. (2002). Randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 695–704.
- Henshaw, E.M. (1940). Some psychological difficulties of evacuation. *Mental Health*, 1, 5–10.
- Henshaw, E.M., & Howarth, H.E. (1941). Observed effects of wartime conditions on children. *Mental Health*, 2, 93–101.
- Hjern, A., & Angel, B. (2000). Organized violence and mental health of refugee children in exile: A six-year follow-up. *Acta Paediatrica*, 89, 722–727.
- Hobbs, M., Mayou, R., Harrison, B., & Warlock, P. (1996). A randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. *British Medical Journal*, 313, 1438–1439.
- Husain, A.S., Nair, J., Holcomb, W., Reid, J., Vargas, V., & Nair, S.S. (1998). Stress reactions of children and adolescents in war and siege conditions. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1718–1719.
- ICRC – International Committee of the Red Cross. (1994). *Children and war*. Geneva: Author.
- Isaacs, S., Brown, S.C., & Thouless, R.H. (1941). *The Cambridge Evacuation Survey*. London: Methuen.
- Jareg, E. (1995). Main guiding principles for the development of psycho-social interventions for children affected by war. Stockholm: ISCA Workshop, May 18–19.
- Jenkins, S.R. (1996). Social support and debriefing efficacy among emergency medical workers after a mass shooting incident. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11, 477–492.
- Jensen, P.S., & Shaw, J. (1993). Children as victims of war: Current knowledge and future research needs. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 697–708.
- Jersild, A.T., & Meigs, M.F. (1943). Children and war. *Psychological Bulletin*, 40, 541–573.
- Jones, L., & Kafetsios, K. (2002). Assessing adolescent mental health in war-affected societies: The significance of symptoms. *Child Abuse and Neglect*, 26, 1059–1080.
- Kenardy, J.A., Webster, R.A., Lewin, T.J., Carr, V.J., Hazzell, P.L., & Carter, G.L. (1996). Stress debriefing and patterns and patterns of recovery following a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 37–49.
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100–110.
- Kinzie, J.D. (2001). Southeast Asian refugees: Legacy of trauma. In W.S. Tseng, & J. Streltzer (Eds.), *Culture and psychotherapy: A guide for clinical practice* (pp. 173–191). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kinzie, J.D., & Manson, S. (1983). Five year experience with Indochinese refugee psychiatric patients. *Journal of Operational Psychiatry*, 14, 105–111.
- Kinzie, J.D., Sack, W., Angell, R., Clarke, G., & Ben, R. (1989). A three-year follow up of Cambodian young people traumatized as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 501–504.
- Kinzie, J.D., Sack, W.H., Angell, H.A., Manson, S., & Rath, B. (1986). The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children: I. The children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 370–376.
- Kirmayer, L.J., & Young, A. (1999). Culture and context in the evolutionary concept of mental disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 446–452.
- Kleinman, A., & Kleinman, J. (1991). Suffering and its professional transformation: Toward an ethnography of interpersonal experience. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15, 275–301.
- Klingman, A. (2002a). Children under stress of war. In A. La Greca, W.K. Silverman, E. Vernberg, & M.C. Roberts (Eds.), *Helping children cope with disasters and terrorism* (pp. 359–380). Washington, DC: APA Books.
- Klingman, A. (2002b). School and war. National Association of School Psychologists (<http://www.nasponline.org/pdf/Chapter%2028edit.pdf>, last accessed April 16, 2003).
- Kocijan-Hercigonja, D., Rijavec, M., Jones, W.P., & Remeta, D. (1996). Psychological problems of children wounded during the war in Croatia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50, 451–456.
- Kos, A.M., & Derviskadic-Jovanovic, S. (1998). What can we do to support children who have been through war? *Forced Migration Review*, 3, 4–7.
- Kratochwill, T.R. (1996). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: Commentary and recommendations. *Journal of School Psychology*, 34, 185–188.
- Krener, P.G., & Sabin, C. (1985). Indochinese immigrant children: Problems in psychiatric diagnosis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 453–458.
- Kuterovac-Jagodic, G. (2003). Posttraumatic stress symptoms in Croatian children exposed to war: A prospective study. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 9–25.
- Laor, N. (2002). Community reactivation after war and disaster: The role of child mental health professionals. Paper presented at the 49th Annual Meeting of the American Association of Child and Adolescent Psychiatry, October, 2002.

- Laor, N., & Wolmer, L. (2002). Children exposed to disaster: The role of the mental health professional. In M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (pp. 925–937). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Laor, N., Wolmer, L., & Cohen, D.J. (2001). Mothers' functioning and children's symptoms 5 years after a SCUD missile attack. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1020–1026.
- Laor, N., Wolmer, L., Kora, M., Yucel, D., Spirman, S., & Yazgan, Y. (2002). Posttraumatic, dissociative and grief symptoms in Turkish children exposed to the 1999 earthquakes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 824–832.
- Laor, N., Wolmer, L., Mayes, L.C., Gershon, A., Weizman, R., & Cohen, D.J. (1997). Israeli preschool children under Scuds: A 30-month follow-up. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 349–356.
- Lowry, C. (2000). Mental health interventions for war-affected children: Taking into account children's resilience and coping in armed conflict. *Children in Adversity* (<http://www.childreninadversity.org/DocumentCentre.html>, last accessed: October 16, 2002).
- Machel, G. (1996). *Impact of armed conflict on children. Report of the Expert of the Secretary General of the United Nations*. New York: United Nations.
- Machel, G. (2001). *The impact of war on children*. London: Hurst & Company.

- Macksoud, M. (1992). Assessing war trauma in children: A case study of Lebanese children. *Journal of Refugee Studies*, 5, 1–15.
- Macksoud, M. (1993). *Helping children cope with the stresses of war: A manual for parents and teachers*. New York: United Nations Children's Fund, Program Publications.
- Macksoud, M., & Aber, L.J. (1996). The war experiences and psychosocial development of children in Lebanon. *Child Development*, 67, 70–88.
- Macksoud, M., Dyregrov, A., & Raundalen, M. (1993). Traumatic war experiences and their effects on children. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 625–633). New York: Plenum Press.
- MacQueen, G., & Santa-Barbara, J. (2000). Peace building through health initiatives. *British Medical Journal*, 321, 293–296.
- Malmquist, C.P., (1986). Children who witness parental murder: Posttraumatic aspects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 320–325.
- Masten, A.S., Best, K.M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425–444.
- Mayou, R.A., Ehlers, A., & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims. Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 176, 589–593.
- McConnan, I., & Uppard, S. (2001). *Children – not soldiers: Guidelines for working with child soldiers and children associated with fighting forces*. London: Save the Children Fund (also available at <http://www.reliefweb.int/library/documents/2002/sc-children-dec01.htm>, last accessed on July 22, 2003).
- McFarlane, A.C., & Yehuda, R. (1996). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In vander Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 155–181). New York: Guilford Press.
- McNally, R.J. (1996). Assessment of posttraumatic stress disorder in children and child. *Journal of School Psychology*, 34, 147–161.
- Miller, K.E. (1996). The effects of state terrorism and exile on indigenous Guatemalan refugee children: A mental health assessment and an analysis of children's narratives. *Child Development*, 67, 89–106.
- Miller, K.E., & Billings, D.L. (1994). Playing to grow: A primary mental health intervention with Guatemalan refugee children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 346–356.
- Miller, T., El-Masri, M., Allodi, F., & Qouta, S. (1999). Emotional and behavioral problems and trauma exposure of school-age Palestinian children in Gaza: Some preliminary findings. *Medicine, Conflict, and Survival*, 15, 368–378.
- Nader, K.O., Pynoos, R.S., Fairbanks, L.A., al-Ajeel, M., & al-Asfour, A. (1993). A preliminary study of PTSD and grief among the children of Kuwait following the Gulf crisis. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 407–416.
- Netland, M. (2001). Assessment of exposure to political violence and other potentially traumatizing events. A critical review. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 311–326.
- Neugebauer, R. (1984). The reliability of life events reports. In B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful life events and their contexts* (pp. 85–107). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Neugebauer, R. (2002). Psychosocial trauma programs in Rwanda: Too little, too late or too much, too soon? Paper presented at the 49th Annual Meeting of the American Association of Child and Adolescent Psychiatry, October, 2002.
- Newman, C.J. (1976). Children of disaster: Clinical observations at Buffalo Creek. *American Journal of Psychiatry*, 133, 306–312.
- Palace, E.M., & Johnston, C. (1989). Treatment of recurrent nightmares by the dream reorganization approach. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 219–226.
- Parker, J.G., Rubin, K.H., Price, J.M., & DeRosier, M.E. (1998). Peer relationships, child development, and adjustment: A developmental psychopathology perspective. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology*. Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation (pp. 96–161). New York: John Wiley & Sons.
- Paul, D. (1999). *Protection in practice: Field-level strategies for protecting civilians from deliberate harm*. London: Overseas Development Institute.
- Pearn, J. (2003). Children and war. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 39, 166–172.
- Perrin, S., Smith, P., & Yule, W. (2000). The assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 277–289.
- Pfefferbaum, B. (1997). Posttraumatic stress disorder in children: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1503–1511.
- Pigozzi, M.J. (1999). *Education in emergencies and for reconstruction: A developmental approach*. New York: United Nations Children's Fund.
- Plunkett, M.C.B., & Southall, D.P. (1998). War and children. *Archives of Disease in Childhood*, 78, 72–77.
- Puffer, M.K., Greenwald, R., & Elrod D.E. (1997). A single session EMDR study with twenty traumatized children and adolescents. *Traumatology* 3, <http://www.fsu.edu/trauma/>, last accessed November 19, 2002.

- Punamaki, R.J. (1996). Can ideological commitment protect children's psychosocial well-being in situations of political violence? *Child Development*, 67, 55–69
- Punamaki, R.J. (2002). The uninvited guest of war enters childhood: Developmental and personality aspects of war and military violence. *Traumatology*, 8, 45–63.
- Punamaki, R.L., & Puhakka, T. (1997). Determinants and effectiveness of children's coping with political violence. *International Journal of Behavioral Development*, 21, 349–370.
- Punamaki, R.J., Qouta, S., & El-Sarraj, E. (2001). Resiliency factors predicting psychological adjustment after political violence among Palestinian children. *International Journal of Behavioral Development*, 25, 256–267.
- Pynoos, R.S., & Eth, S. (1986). Witness to violence: The child interview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 306–319.
- Pynoos, R.S., Goenjian, A., Tashjian, M., Karakashian, M., Manjikian, R., Manoukian, G., Steinberg, A.M., & Fairbanks, L.A. (1993). Posttraumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. *British Journal of Psychiatry*, 163, 239–247.
- Pynoos, R.S., & Nader, K. (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implications. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 445–473.
- Qouta, S., Punamaki, R.L., & El Sarraj, E. (1995). Relations between traumatic experiences, activity and cognitive and emotional responses among Palestinian children. *International Journal of Psychology*, 30, 289–304.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behavior Research and Therapy*, 18, 51–60.
- Rahe, R.H., Looney, J.G., Ward, H.W., Tung, T.M., & Liu, W.T. (1978). Psychiatric consultation in a Vietnamese refugee camp. *American Journal of Psychiatry*, 135, 185–190.
- Richman, N. (1993). Children in situations of political violence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1286–1302.
- Rigamer, E.F. (1986). Psychological management of children in a national crisis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 364–369.
- Rime, B., Dozier, S., Vandenplas, C., & Declercq, M. (1996). Social sharing of emotion in children. In N. Frijda (Ed.), *Proceedings of the 9th Conference of the International Society for Research on Emotions*, Toronto, Canada (pp. 161–163). Storrs, CT: ISRE Publications.
- Rosner, R. (2003). Introduction: Psychosocial consequences of the war in the region of former Yugoslavia. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1–8.
- Rousseau, C., Drapeau, A., & Platt, R. (1999). Family trauma and its association with emotional and behavioral problems and social adjustment in adolescent Cambodian refugees. *Child Abuse and Neglect*, 23, 1263–1273.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 651–682). New York: Cambridge University Press.
- Saarni, C., & Weber, H. (1999). Emotional displays and dissemblance in childhood: Implications for self presentation. In P. Philippot, R.S. Feldman, & E. Coates (Eds.), *The social context of nonverbal behavior* (pp. 71–105). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Sack, W.H., Clarke, G., Him, C., Dickson, D., Goff, B., Lanham, K., & Kinzie, D. (1993). A six-year follow-up study of Cambodian refugee adolescents traumatized as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 431–437.
- Sack, W.H., Him, C., & Dickson, D. (1999). Twelve year follow up study of Khmer youths who suffered massive war trauma as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1173–1179.
- Sack, W.H., Seeley, J.R., & Clarke, G. (1997). Does PTSD transcend cultural barriers? A study from the Khmer adolescent refugee project. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 49–54.
- Sack, W.H., Seeley, J.R., Him, C., & Clarke, G.N. (1998). Psychometric properties of the Impact of Events Scale in traumatized Cambodian refugee youth. *Personality and Individual Differences*, 25, 57–67.
- Saigh, P.A. (1991). The development of posttraumatic stress disorder following four different types of traumatization. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 213–216.
- Schneider, W. (2000). Research on memory development: Historical trends and current themes. *International Journal of Behavioral Development*, 24, 407–420.
- Schnur, P.P., Friedman, M.J., & Rosenberg, S.D. (1993). Preliminary MMPI scores as predictors of combat-related PTSD symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 150, 479–483.
- Schwab-Stone, M., Ruchkin, V., Vermeiren, R., & Leckman, P. (2001). Cultural considerations in the treatment of children and adolescents: Operationalizing the importance of culture in treatment. *Child and Psychiatric Clinics of North America*, 10, 729–743.
- Schwarzwald, J., Weisenberg, M., Solomon, Z., & Waysman, M. (1994). Stress reactions of school-age children to the bombardment by Scud missiles: A 1-year follow-up. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 657–670.
- Schwebel, M. (2001). Promoting the culture of peace in children. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 7, 1–3.
- Shalev, A.Y., Peri, T., Rogel-Fuchs, Y., Ersano, R.J., & Marlowe, D. (1998). Historical group debriefing after combat

- exposure. *Military Medicine*, 163, 494–498.
- Shiloh, R., Nutt, D., & Weizman, A. (1999). *Atlas of psychiatric pharmacotherapy*. London: Martin Dunitz.
- Silverman, W.K., Kurtines, W.M., Ginsburg, G.S., Weems, C.F., Lumpkin, P.W., & Carmichael, D.H. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive behavior therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 995–1003.
- Smith, P., Perrin, S., Dyregrov, A., & Yule, W. (2003). Principal components analysis of the Impact of Event Scale with children in war. *Personality and Individual Differences*, 34, 315–322.
- Smith, P., Perrin, S., & Yule, W. (1999). Therapy matters: Cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 4, 177–182.
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W., Hacam, B., & Stuvland, R. (2002). War exposure among children from Bosnia-Herzegovina: Psychological adjustment in a community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 147–156.
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W., & Rabe-Hesketh, S. (2001). War exposure and maternal reactions in the psychological adjustment of children from Bosnia-Herzegovina. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 395–404.
- Solomon, J.C. (1942). Reaction of children to blackouts. *American Journal of Orthopsychiatry*, 12, 361–362.
- Somasundaram, D. (2002). Child soldiers: Understanding the context. *British Medical Journal*, 324, 1268–1271.
- Stallard, P., & Law, F. (1993). Screening and psychological debriefing of adolescent survivors of life threatening events. *British Journal of Psychiatry*, 163, 660–665.
- Stallard, P., Velleman, R., & Baldwin, S. (1999). Psychological screening of children for post-traumatic stress disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1075–1082.
- Stein, B., Comer, D., Gardner, W., & Kelleher, K. (1999). Prospective study of displaced children's symptoms in wartime Bosnia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 464–469.
- Sternberg, R.J. (in press). A duplex theory of hate and its development and its application to massacres and genocide. *Review of General Psychology*.
- Sternberg, R.J., & Grigorenko, E.L. (1997). The cognitive costs of physical and mental ill health: Applying the psychology of the developed world to the problems of the developing world. *Eye on Psy Chi*, 2, 20–27.
- Stichick, T. (2001). The psychosocial impact of armed conflict on children: Rethinking traditional paradigms in research and intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10, 797–814.
- Summerfield, D. (1996). *The impact of war and atrocity on civilian populations: Basic principles for NGO interventions and a critique of psychosocial trauma projects*. London: Humanitarian Practice Network.
- Summerfield, D., & Toser, L. (1991). 'Low intensity' war and mental trauma in Nicaragua: A study in a rural community. *Medicine and War*, 7, 84–99.
- Terr, L.C. (1983). Children of Chowchilla, a study of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1542–1550.
- Tomikiewicz, S. (1997). Children and war. *World Health Forum*, 18, 295–304.
- Udwin, O. (1993). Annotation: Children's reactions to traumatic events. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2, 115–127.
- Udwin, O., Boyle, S., Yule, W., Bolton, D., & O'Ryan, D. (2000). Risk factors for long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: Predictors of posttraumatic stress disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 969–979.
- UNICEF. (1996). *State of the world's children*. New York: Oxford University Press.
- United Nations High Commission for Refugees. (1994). *Refugee children: Guidelines on protection and care*. Geneva: UNHCR.
- Vernberg, E.M., Silverman, W.K., La Greca, A.M., & Prinstein, M.J. (1996). Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after hurricane Andrew. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 237–248.
- Vernon, P.E. (1941). Psychological effects of air-raids. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 36, 457–476.
- Vogel, J.M., & Vernberg, E.M. (1993). Children's psychological response to disasters. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 464–484.
- Von Salisch, M. (2001). Children's emotional development: Challenges in their relationships to parents, peers, and friends. *International Journal of Behavioral Development*, 25, 310–319.
- Weine, S., Becker, D.F., McGlashan, T.H., Vojvoda, D., Hartman, S., & Robbins, J.P. (1995). Adolescent survivors of 'ethnic cleansing': Observations on the first year in America. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1153–1159.
- Wessels, M., & Monteiro, C. (2000). Healing wounds of war in Angola: A community based approach. In D. Donald, A. Dawes, & J. Low (Eds.), *Addressing childhood adversity* (pp. 176–202). Cape Town: David Philips.
- Wessely, S., Rose, S., & Bisson, J. (1998). A symptomatic review of brief psychological interventions: 'Debriefing' for the treatment of immediate trauma related symptoms and the prevention of posttraumatic stress disorder. *Cochrane Library* (vol. 4). Oxford: Update Software.

- Williams, C.L., & Westermeyer, J. (1983). Psychiatric problems among adolescent Southeast Asian Refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 79–85.
- Wolmer, L., Laor, N., & Yazgan, Y. (2003). School reactivation programs after disaster: Could teachers serve as clinical mediators? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 363–381.
- Woodside, D., Santa Barbara, J., & Benner, D.G. (1999). Psychological trauma and social healing in Croatia. *Medicine, Conflict and Survival*, 15, 355– 367.
- Yule, W. (2000). Emanuel Miller Lecture. From pogroms to 'ethnic cleansin': Meeting the needs of war affected children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 695–702.
- Yule, W. (2002). Alleviating the effects of war and displacement on children. *Traumatology*, 8, 25–43.
- Yule, W., Perrin, S., & Smith, P. (2001). Traumatic events and post-traumatic stress disorder. In W.K. Silverman & P.D. Treffers (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention* (pp. 212–234). New York: Cambridge University Press.
- Yule, W., & Udwin, O. (1991). Screening child survivors for post-traumatic stress disorders: Experiences from the 'Jupiter' sinking. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 131–138.
- Yule, W., & Williams, R.M. (1990). Post-traumatic stress reactions in children. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 279–295.
- Zimmerman, M.A., & Arunkumar, R. (1994). Resiliency research: Implications for schools and policy. *Social Policy Report. Society for Research in Child Development*, 8, 1–17.
- Zimmern, E.M. (1941). War strain in children. *British Medical Journal*, 4177, 124.
- Ziv, A., & Israeli, R. (1973). Effects of bombardment on the manifest anxiety level of children living in kibbutzim. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 287–291.
- Ziv, A., Kruglanski, A.W., & Shulman, S. (1974). Children's psychological reactions to wartime stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 24–30.