

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

TRAUMA CUMULATIF EN ENFANCE, STRESS PARENTAL ET ALLIANCE  
PARENTALE : UNE APPROCHE DYADIQUE CHEZ LES COUPLES ACCUEILLANT UN  
NOUVEL ENFANT

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

CAMILLE ANDRÉE RASSART

Mai 2026

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Je remercie mes directrices de thèse Natacha Godbout et Alison Paradis qui, après m'avoir rencontrée brièvement, ont décidé de me donner ma chance même si j'étais une parfaite inconnue. Votre confiance est ce qui m'a permis de poursuivre mes aspirations en recherche, de me dépasser en développant des aptitudes qui m'intimidaient initialement, et de me découvrir aussi comme personne. Vous n'avez jamais dit non à mes idées et m'avez donné le soutien nécessaire pour que je puisse les mettre en action. Cette thèse est le fruit de mon parcours doctoral, mais aussi de notre étroite collaboration tout au long de cette aventure, en débutant avec l'envoi des premiers courriels aux parents du projet jusqu'à choisir quel pays ça nous tente de visiter pour présenter ces beaux résultats. Vous avez su soutenir mon autonomie avec votre approche « Go Camille, lance-toi » tout en répondant à des courriels avec des délais de moins de 10 minutes parfois. Et c'est sans compter l'expertise et la rigueur dont vous faites preuve et sur lesquelles j'ai toujours pu compter pour me guider dans mes démarches.

J'aimerais aussi remercier mes collègues des laboratoires TRACE et LEFAC. Particulièrement mes camarades Gaëlle et Francis qui ont sauté avec moi dans le Projet Couples Parentaux dès le début et avec qui j'ai pu affronter les nombreux défis d'un premier recrutement de couples à travers la province. Votre présence dans le projet a été inestimable et merci de m'avoir fait sentir à ma place dans ce tout nouvel environnement qu'était l'UQAM pour moi. Je remercie spécialement ma collègue Marianne qui aura été présente tout au long de mon parcours doctoral. Je te remercie pour ton ouverture, ton humour, et ta passion en recherche dans laquelle j'ai pu me retrouver.

Je tiens à remercier également tous les parents qui ont accepté de nous donner de leur temps précieux pour participer à l'étude, année après année. On vous a contacté durant l'un des moments les plus critiques de votre vie en termes de stress, mais de connexion aussi, et vous avez su vous poser un moment pour partager votre expérience.

Un grand merci au Conseil de Recherches en Sciences Humaines (CRSH) et aux Fonds de Recherche du Québec (FRQSC) pour leur soutien financier absolument essentiel dans tout ce parcours. Ce projet de recherche et ses retombées ne seraient pas possibles sans ce soutien considérable, comme quoi une relève scientifique, ça ne se crée pas tout seul.

Je remercie mes superviseurs cliniques qui ont marqué mon parcours de futur psychothérapeute et grandement informé ma tête de chercheuse aussi. À Claude Bélanger, merci de m’avoir donné les appuis théoriques et pratiques dont j’avais besoin pour me découvrir comme clinicienne. Votre rigueur et votre savoir-être sont ce qui continue de me guider comme boussole à travers mes différents suivis. À Vanessa Delisle, merci d’être la superviseure humaine, passionnée, et empathique que tu es. J’ai des frissons à l’idée d’avoir pensé choisir un autre milieu d’internat et de ne pas avoir fait ta rencontre. Ce serait un désastre. Tu m’as permis de développer mon instinct comme clinicienne tout en me donnant accès à ton expertise inestimable en trauma et en troubles de la personnalité. Je me réjouis de travailler à tes côtés à ce jour dans l’aventure qu’est notre système de santé publique et oui, je vais embarquer dans tous tes projets. Merci de ta confiance.

À ma famille, merci de votre ouverture et de votre bienveillance durant tout ce processus. Vous savez maintenant ce que je faisais exactement à passer tout ce temps sur mon ordinateur. Je remercie mon frère Christian, et ma sœur Laurie, pour tous les moments passés ensemble qui ont été des occasions de se ressourcer et de grandir ensemble avec tous nos parcours variés. Je suis reconnaissante d’avoir toujours pu compter sur votre soutien et vos encouragements lorsque je me frappais à des obstacles et lorsque j’atteignais mes objectifs.

Je veux remercier mon père aussi. À défaut d’avoir pu partager cette expérience de doctorat avec toi, tu auras tout de même été une source d’inspiration constante. Merci.

Enfin, je dois remercier ma mère sans qui absolument rien de ceci n’aurait été possible. Mon parcours en psychologie a débuté dans l’une des périodes les plus difficiles de ma vie et c’est grâce à toi que j’ai trouvé la force d’avancer, de faire mon baccalauréat, de prendre une chance en partant à Montréal et d’accomplir ce que je présente aujourd’hui. Avec ton expérience en milieu universitaire, tu es celle aussi qui a toujours compris le contexte dans lequel j’évoluais, à quel point c’était important de réussir ceci, et à quel point c’était déchirant de ne pas y arriver parfois. Je me suis sentie comprise, vue, et soutenue par toi tout au long de mon parcours. Bref, tout ce que je souhaite aux parents et à leur enfant dans ce fameux projet de recherche.

## DÉDICACE

*“Traumatic events are extraordinary, not because they occur rarely, but rather because they overwhelm the ordinary human adaptations to life”*

- Judith Herman (1992)

*“While kids are by their nature triggering, they can also offer a new experience of connection. It is a two-way street with the parent laying the road map”*

- Sebern Fisher (2017)

## TABLE DES MATIÈRES

|                                                                                                                                                       |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| REMERCIEMENTS.....                                                                                                                                    | ii   |
| DÉDICACE .....                                                                                                                                        | iv   |
| LISTE DES FIGURES .....                                                                                                                               | vii  |
| LISTE DES TABLEAUX.....                                                                                                                               | viii |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS .....                                                                                                                          | ix   |
| RÉSUMÉ .....                                                                                                                                          | x    |
| ABSTRACT.....                                                                                                                                         | xii  |
| CHAPITRE I.....                                                                                                                                       | 1    |
| Introduction générale .....                                                                                                                           | 1    |
| 1.Trauma interpersonnel et cumulatif en enfance .....                                                                                                 | 2    |
| 2.Traumas interpersonnels en enfance et expérience parentale postpartum .....                                                                         | 4    |
| 3.Cadre conceptuel .....                                                                                                                              | 12   |
| 4.Objectifs et hypothèses .....                                                                                                                       | 19   |
| 5.Pertinence de la thèse .....                                                                                                                        | 21   |
| 6.Méthode.....                                                                                                                                        | 23   |
| CHAPITRE II .....                                                                                                                                     | 25   |
| Cumulative childhood interpersonal trauma and parenting stress: The role of self-capacities<br>disturbances among couples welcoming a newborn.....    | 25   |
| Abstract .....                                                                                                                                        | 27   |
| Introduction .....                                                                                                                                    | 28   |
| Method .....                                                                                                                                          | 33   |
| Results .....                                                                                                                                         | 37   |
| Discussion .....                                                                                                                                      | 39   |
| CHAPITRE III .....                                                                                                                                    | 55   |
| What do I bring to the team? Self-capacities mediate the association between childhood<br>interpersonal trauma and parenting alliance in couples..... | 55   |
| Abstract .....                                                                                                                                        | 57   |
| Introduction .....                                                                                                                                    | 58   |
| Method .....                                                                                                                                          | 62   |
| Results .....                                                                                                                                         | 67   |
| Discussion .....                                                                                                                                      | 69   |

|                                                                                                                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| CHAPITRE IV .....                                                                                                                                                    | 84  |
| What is standing in our way as coparents? Cumulative childhood trauma moderates the association between parenting alliance and stress in couples with an infant..... | 84  |
| Abstract .....                                                                                                                                                       | 86  |
| Introduction .....                                                                                                                                                   | 87  |
| Method .....                                                                                                                                                         | 92  |
| Results .....                                                                                                                                                        | 97  |
| Discussion .....                                                                                                                                                     | 99  |
| DISCUSSION GÉNÉRALE .....                                                                                                                                            | 118 |
| 1. L'ampleur du TCE chez les parents de la population générale .....                                                                                                 | 119 |
| 2. L'influence du TCE sur le stress et l'alliance parentale durant le postpartum .....                                                                               | 122 |
| 3. Le rôle central des capacités du soi.....                                                                                                                         | 129 |
| 4. Le rôle modérateur du TCE dans le lien unissant l'alliance et le stress parental .....                                                                            | 134 |
| 5. L'impact du TCE sur la dynamique du couple parental .....                                                                                                         | 136 |
| 6. Limites de la thèse et recherches futures.....                                                                                                                    | 139 |
| 7. Implications cliniques .....                                                                                                                                      | 143 |
| CONCLUSION.....                                                                                                                                                      | 147 |
| ANNEXE A - Formulaire de consentement.....                                                                                                                           | 148 |
| ANNEXE B - Questionnaires .....                                                                                                                                      | 152 |
| ANNEXE C - Certificat d'approbation éthique.....                                                                                                                     | 161 |
| ANNEXE D - Avis final de conformité.....                                                                                                                             | 162 |
| ANNEXE E.....                                                                                                                                                        | 162 |
| ARTICLE RÉDIGÉ HORS THÈSE .....                                                                                                                                      | 163 |
| Childhood Interpersonal Trauma and Postpartum Parenting Alliance: The Role of Mindfulness in Couples .....                                                           | 163 |
| RÉFÉRENCES DE LA THÈSE.....                                                                                                                                          | 197 |

## LISTE DES FIGURES

### *Chapitre II - Article 1*

- Figure 1** Constrained APIMeM model of the mediating role of self-capacities disturbances in the association between CCIT and parenting stress.....54

### *Chapitre III - Article 2*

- Figure 1** Constrained APIMeM model of the mediating role of self-capacities disturbances in the association between CCIT and parenting alliance.....81

### *Chapitre IV - Article 3*

- Figure 1** Constrained APIMoM model of the moderating role of CCIT in the association between parenting alliance and parenting stress.....115
- Figure 2** Moderation of the association between parenting alliance and parenting stress, according to CCIT level, using standardized estimates.....116

## LISTE DES TABLEAUX

### *Chapitre II - Article 1*

|                |                                                                                                                                                   |    |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Table 1</b> | Sociodemographic characteristics and childhood interpersonal trauma history.....                                                                  | 51 |
| <b>Table 2</b> | Means, standard deviations, and correlation matrix between CCIT, self-capacities disturbances and parenting stress among mothers and fathers..... | 52 |
| <b>Table 3</b> | Significant indirect effects in the constrained APIMeM model, with standardized estimates, 95% confidence intervals and significance levels ..... | 53 |

### *Chapitre III - Article 2*

|                 |                                                                                                                                                      |    |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Table 1</b>  | Correlation matrix between CCIT, self-capacities disturbances and parenting alliance among mothers and fathers.....                                  | 80 |
| <b>Table S1</b> | Attrition details on couples who completed measures at T1 and were eligible for T2.....                                                              | 82 |
| <b>Table S2</b> | Results of Invariance Testing: Cumulative childhood interpersonal trauma predicting parenting alliance mediated by self-capacities disturbances..... | 83 |

### *Chapitre IV - Article 3*

|                |                                                                                                                                            |     |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Table 1</b> | Sociodemographic characteristics and childhood interpersonal trauma history.....                                                           | 113 |
| <b>Table 2</b> | Means, standard deviations, and correlation matrix between parenting alliance, parenting stress and CCIT in mothers and fathers.....       | 114 |
| <b>Table 3</b> | Results of Invariance Testing: Parenting alliance predicting parenting stress, moderated by cumulative childhood interpersonal trauma..... | 117 |

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

|        |                                                     |
|--------|-----------------------------------------------------|
| ACEs   | Expériences Adverses en Enfance                     |
| AD     | Affect Dysregulation                                |
| APIM   | Actor-Partner Interdependance Model                 |
| APIMeM | Actor-Partner Interdependance Model with Mediation  |
| APIMoM | Actor-Partner Interdependance Model with Moderation |
| CCIT   | Cumulative Childhood Interpersonal Trauma           |
| CCTQ   | Childhood Cumulative Trauma Questionnaire           |
| CFI    | Comparative Fit Index                               |
| CRSH   | Conseil de Recherches en Sciences Humaines          |
| ESP    | Échelle de Stress Parental                          |
| IASC   | Inventory of Altered Self-Capacities                |
| IC     | Interpersonal Conflicts                             |
| ICD-11 | International Classification of Diseases - 11       |
| II     | Identity Impairment                                 |
| IRSC   | Instituts de Recherche en Santé du Canada           |
| PA     | Parenting Alliance                                  |
| PAI    | Parenting Alliance Inventory                        |
| PS     | Parental Stress                                     |
| PSS    | Parenting Stress Scale                              |
| QPIP   | Quebec Parental Insurance Plan                      |
| RMSEA  | Root Mean Square Error of Approximation             |
| RQAP   | Régime Québécois d'Assurance Parentale              |
| SEM    | Structural Equation Modeling                        |
| SPSS   | Statistical Package for Social Sciences             |
| SRMR   | Standardized Root Mean Square Residual              |
| STM    | Self-Trauma Model                                   |

## RÉSUMÉ

Les adultes exposés à un cumul de traumatismes interpersonnels en enfance (TCE) tendent à rapporter plus de difficultés parentales après la naissance d'un enfant, dont un stress parental supérieur et une alliance parentale plus faible. Ces difficultés sont en retour susceptibles d'engendrer des répercussions délétères tant pour les parents que pour l'enfant. Néanmoins, les mécanismes expliquant comment l'expérience de traumatismes interpersonnels en enfance se traduit en difficultés sur le plan du stress et de l'alliance parentale demeurent méconnus. De plus, l'influence du TCE sur la façon dont ces deux éléments inhérents au postpartum sont interreliés reste à élucider. L'objectif principal de cette thèse est d'identifier les mécanismes par lesquels le TCE est lié au stress parental et à l'alliance parentale, puis d'examiner la façon dont le TCE modère la relation entre l'alliance et le stress. Adoptant une approche dyadique, cette thèse s'inscrit dans un courant empirique émergent visant à mieux documenter le fonctionnement du couple parental qui accueille un nouvel enfant. L'ensemble des études repose sur un échantillon de couples ayant récemment eu un enfant et qui sont issus d'une sélection aléatoire au sein de la province du Québec. Les variables d'intérêts ont été examinées à l'aide de mesures auto-rapportées. Plus spécifiquement, la première étude documente un lien entre le TCE et le stress parental durant les six premiers mois postpartum, ainsi que le rôle explicatif des capacités du soi (c.-à-d., régulation émotionnelle, cohésion identitaire, rapport interpersonnel). Le devis transversal et dyadique révèle que différentes capacités du soi sont impliquées dans les liens unissant le TCE d'un parent, son stress et le stress de son coparent. Réalisée durant la première année postpartum, la seconde étude examine le rôle médiateur des capacités du soi au sein du lien entre le TCE et l'alliance parentale. Via un devis longitudinal, elle démontre que les capacités du soi sont liées à la qualité de l'alliance parentale six mois plus tard, en tenant compte de l'alliance initiale, et avec des effets dyadiques différenciés selon les capacités impliquées. Finalement, la troisième étude s'appuie sur trois temps de mesure postpartum et documente le rôle modérateur du TCE dans le lien entre l'alliance parentale puis le stress parental environ 10 mois plus tard. Cette étude révèle que l'influence positive de l'alliance parentale sur la diminution du stress parental ultérieur est moins marquée chez les parents davantage exposés au TCE. La complexité du phénomène alliance-stress chez les survivants de trauma est mise en lumière et les inter-influences dyadiques qui y opèrent sont dégagées. En révélant l'influence du TCE sur les débuts de la parentalité, via le rôle des capacités du soi puis à

titre de modérateur de processus parentaux, cette thèse appuie le développement d'interventions sensibles au trauma répondant à la réalité des survivants et à leurs besoins entourant le stress et l'alliance parentale. La présente thèse révèle aussi les inter-influences au sein du couple durant le postpartum, et confirme l'importance de considérer les deux parents et d'aller au-delà des facteurs individuels pour mieux comprendre et soutenir les parents durant cette période.

Mots-clés : Parentalité, Postpartum, Trauma interpersonnel en enfance, Stress parental, Alliance parentale, Capacités du soi, Modèle d'interdépendance acteur-partenaire.

## ABSTRACT

Adults exposed to cumulative childhood interpersonal trauma (CCIT) tend to report more parenting difficulties following the birth of a child, including higher levels of parenting stress and lower parenting alliance. These challenges can, in turn, have detrimental effects on both parents and the child. However, the mechanisms by which childhood interpersonal trauma may contribute to increased stress and poorer alliance remain unclear. Additionally, how CCIT influences the relationship between these two key components of postpartum parenting has yet to be fully understood. This thesis seeks to identify the mechanisms linking CCIT to parenting stress and parenting alliance and to examine how CCIT moderates the relationship between alliance and stress. Using a dyadic approach, this work aligns with the growing body of empirical research focused on understanding the functioning of parental couples welcoming a new child. The studies draw on a randomly selected sample of couples from the province of Quebec who recently had a child. The variables of interest were assessed using self-report measures. More specifically, the first study aimed to document the link between CCIT and parenting stress during the first six months postpartum, as well as the explanatory role of self-capacities (i.e., affect regulation, identity cohesion, relatedness). Results of this cross-sectional dyadic study showed how these self-capacities connect a parent's CCIT history to both their own and their partner's stress. Conducted during the first postpartum year, the second study reveals that self-capacities mediate the relationship between CCIT and parenting alliance. Using a longitudinal design, results showed that self-capacities predict parenting alliance six months later, controlling for initial alliance levels, with distinct dyadic effects depending on the self-capacities involved. Finally, the third study relies on data collected at three postpartum time points and shows that CCIT moderates the relationship between parenting alliance and parenting stress approximately 10 months later. This study reveals that among parents with higher exposure to CCIT, parenting stress is less influenced by the positive effect of parenting alliance. Findings highlight the complexity of the alliance–stress dynamic in trauma survivors and the dyadic interinfluences involved. By revealing the influence of CCIT on early parenting, through the role of self-capacities and as a moderator of key parental processes, this thesis supports the development of trauma-informed interventions tailored to survivors' realities and their needs regarding parenting stress and alliance. Moreover, it underscores the

importance of considering both partners in postpartum adjustment, moving beyond individual factors to better support families during this period.

Keywords: Parenting, Postpartum, Childhood Interpersonal Trauma, Parenting Stress, Parenting Alliance, Self-Capacities, Actor–Partner Interdependence Model.

# CHAPITRE I

## Introduction générale

Les traumatismes interpersonnels en enfance sont une problématique largement documentée dans les écrits scientifiques, et dont les répercussions continuent d'être élucidées (Carr et al., 2020). Nous avons aujourd'hui connaissance d'une réalité plus complexe où plusieurs formes de traumatismes tendent à coexister chez un même individu (Broekhof et al., 2022), résultant en l'expérience de trauma cumulatif en enfance (TCE; Briere et al., 2008). Les effets du TCE transcendent la période de l'enfance, et seraient exacerbés par des événements exigeants sur le plan personnel tel que la naissance d'un nouvel enfant. Plusieurs survivants vont jusqu'à décrire leurs premières expériences en tant que parents comme un tournant dans leur conscience de leurs séquelles traumatiques et dans la gestion de celles-ci (Cavanaugh et al., 2015; Siverns et Morgan, 2019). De plus, les adultes ayant subi un trauma interpersonnel durant l'enfance rapporteraient plus de difficultés parentales après la naissance d'un nouvel enfant (Christie et al., 2018), augmentant le risque de se retrouver dans un cycle de transmission du trauma à leur enfant à travers des pratiques parentales inadéquates (Greene et al., 2020; Shin et al., 2023). Cet enjeu préoccupant a suscité une documentation étendue sur les difficultés postpartum augmentant le risque de transmission du trauma, lesquelles sont aujourd'hui mieux connues (p. ex., stress parental; Lange et al., 2019, dépression postpartum; Madigan et al., 2015). Néanmoins, les mécanismes permettant de comprendre comment l'expérience de trauma peut se traduire en ces difficultés postpartum demeurent méconnus, ce qui représente un chaînon manquant dans notre compréhension de la réalité des parents survivants et dans la promotion de leur résilience.

Au-delà des répercussions du TCE sur le fonctionnement du survivant, son impact sur la façon dont différentes sphères de ce fonctionnement sont liées gagne à être mieux connu. En effet, des études ont démontré que le rôle du trauma interpersonnel en enfance peut parfois se montrer plus insidieux en limitant la capacité à bénéficier de ressources adaptatives (p.ex., Chamberlain et al., 2019). D'autre part, la recherche entourant les difficultés postpartum chez les survivants de trauma a été disproportionnellement ancrée dans une perspective intrapersonnelle où la moitié du couple parental est écartée, et au sein de laquelle l'examen des inter-influences entre partenaires demeure restreint.

L'introduction de cette recherche doctorale débute par une recension des écrits sur les traumatismes interpersonnels en enfance, leur caractère cumulatif, et leurs impacts sur l'expérience parentale intrapersonnelle et interpersonnelle des survivants. Une présentation de trois modèles théoriques permettant d'investiguer et de comprendre ces mêmes impacts durant le postpartum est ensuite réalisée. Puis, un survol des lacunes empiriques actuelles entourant sur le fonctionnement parental postpartum des survivants de traumatismes interpersonnels en enfance est effectué. Les objectifs et hypothèses analysés sont ensuite exposés, suivi de la méthode employée. Enfin, les trois articles scientifiques qui forment le cœur de cette thèse seront présentés. Une discussion générale des résultats viendra conclure le tout en abordant les limites de la thèse, des pistes pour de futures recherches ainsi que les implications sur le plan clinique.

## **1. Trauma interpersonnel et cumulatif en enfance**

Les traumatismes interpersonnels en enfance réfèrent à toute forme d'expériences délétères se déroulant en enfance ou à l'adolescence à l'intérieur d'un contexte relationnel (D'Andrea et al., 2012). Les traumatismes interpersonnels durant l'enfance impliquent souvent une figure d'attachement (p. ex., maltraitance parentale), un agresseur rencontré régulièrement (p. ex., intimidation), ou d'autres individus en position de confiance ou d'autorité. En raison de ce caractère plus invasif sur le plan personnel, ces expériences tendent à générer des séquelles traumatiques plus chroniques que les traumatismes non-interpersonnels (p.ex., accidents, catastrophes naturelles) (Briere et al., 2010; Forbes et al., 2013). Les principaux types de traumatismes interpersonnels en enfance incluent l'agression sexuelle (Guyon et al., 2020), la violence physique et psychologique (Madigan et al., 2023), la négligence physique et psychologique (Grummit et al., 2022), l'exposition à la violence conjugale (Sharratt et al., 2023) et l'intimidation par les pairs (Espelage et al., 2016). La recherche épidémiologique a aussi examiné d'autres expériences qualifiées d'adverses (c.-à-d., *Adverse Childhood Experiences*; ACEs), tel que le deuil parental et le divorce. Ces expériences sont toutefois conceptualisées différemment tant en recherche qu'en milieu clinique (p.ex., Amaya-Jackson et al., 2021; Wang et al., 2022), et les implications liées au fait d'élargir la définition du trauma interpersonnel jusqu'à celle d'adversité demeurent moins bien connues à ce jour.

Au cours des dix dernières années, de nombreuses études se sont intéressées à la cooccurrence des différentes formes de traumatismes interpersonnels vécus en enfance, révélant que ces expériences tendent à coexister chez un même individu (Broekhof et al., 2022; Hamby et al., 2021; Hébert et

al., 2018). Par exemple, la violence physique et psychologique est souvent présente au sein des mêmes familles (Broekhof et al., 2022) et des études longitudinales révèlent que, lorsque de la violence conjugale est signalée au sein d'une famille, les probabilités d'abus et de négligence envers les enfants sont trois fois plus élevées (Pour une méta-analyse, voir Chan et al., 2021). L'exposition à une forme de trauma interpersonnel durant l'enfance est ainsi associée à un risque accru d'être exposé à d'autres formes pendant cette même période. Ce phénomène d'accumulation de différentes formes de traumatismes interpersonnels en enfance (c.-à-d., deux formes et plus) est connu sous l'appellation de Trauma Cumulatif en Enfance (TCE) et s'opérationnalise en fonction du nombre total des différentes formes rapportées par un même individu (Briere et al., 2010).

Les études épidémiologiques de Finkelhor et ses collègues (2007; 2009; 2011) offrent un portrait statistique du TCE dans la population générale d'enfants et d'adolescents, et révèlent des taux alarmants; 61% des enfants américains auraient vécu au moins une forme de trauma interpersonnel en enfance et, parmi ces enfants, plus du tiers (38.7%) aurait vécu deux formes de trauma et plus (Finkelhor et al., 2009). Une étude canadienne réalisée auprès de plus de 25 000 adultes révèle quant à elle qu'environ 35% des survivants rapportent plus d'une forme d'expérience adverse en enfance (c.-à-d., incluant les traumatismes interpersonnels en enfance, le deuil parental et avoir vécu avec un membre de la famille présentant un trouble de santé mentale; Joshi et al., 2021). Des travaux empiriques réalisés au Québec révèlent que les adultes survivants rapportent en moyenne 2,5 à 3 formes différentes de traumatismes interpersonnels en enfance (Dugal et al., 2018; Godbout et al., 2020). Au sein des milieux cliniques, la proportion de TCE est beaucoup plus élevée qu'en communauté, avec des taux approchant 60% (Devi et al., 2019).

C'est spécifiquement le caractère cumulatif propre au TCE qui serait associé à une plus grande symptomatologie chez le survivant (e.g., trouble anxieux, trouble psychotique, troubles de l'humeur, stress post-traumatique; Cloitre et al., 2009; Devi et al., 2019; Wilson-Genderson et al., 2022). En fait, des études démontrent que le TCE serait le meilleur prédicteur de la sévérité des symptômes psychologiques chez les enfants (da Silva et al., 2024; Finkelhor et al., 2007) et les adultes (Devi et al., 2019; McKay et al., 2021; Ogle et al., 2014), et ce, au-delà même du niveau de sévérité d'une expérience unique de trauma interpersonnel en enfance. Ainsi, ce ne serait pas la sévérité d'un trauma interpersonnel en enfance (p. ex., fréquence, durée) qui serait la plus associée avec des difficultés psychologiques, mais plutôt le caractère cumulatif des différentes formes (Finkelhor et al., 2007; Ogle et al., 2014). Ces résultats font écho à ce que des études qualitatives

rèvelent sur l'expérience des survivants de TCE, notamment le fait que l'accumulation et l'évolution de leurs expériences traumatiques en enfance soient les plus grandes sources de détresse, parfois décrites comme un mal chronique et invisible (Bryce et al., 2023). Les études démontrent aussi qu'en comparaison à l'expérience d'une seule forme de trauma interpersonnel en enfance, le TCE est lié à des répercussions plus complexes et durables (Ford et Delker, 2018). Le TCE impliquerait des séquelles dépassant les symptômes de stress post-traumatique, et se situant sur un plus large éventail de domaines de fonctionnement (p. ex., relations interpersonnelles, labilité émotionnelle, comportements destructeurs; Bigras et al., 2017; Briere et al., 2016; Ford et Courtois, 2014). Par ailleurs, les survivants exposés à plus d'une forme trauma en enfance (c.-à-d., TCE) rapporteraient davantage de détresse lorsque réexposés à un événement stressant dans leur vie tel qu'une catastrophe naturelle (Rousson et al., 2020). En effet, le TCE augmenterait la sensibilité au stress futur, avec des séquelles qui persistent à travers le temps et pouvant être exacerbées ou réactivées au gré d'événements majeurs.

L'ensemble de ces résultats souligne la nécessité de considérer l'accumulation des traumas interpersonnels en enfance qui caractérise l'expérience de nombreux survivants. Ils suggèrent que les études ciblant le vécu d'une seule forme de traumas interpersonnels en enfance risquent d'obtenir une vue d'ensemble plus limitée et de passer à côté de défis spécifiques au TCE qui nécessitent d'être identifiés. Il apparaît donc essentiel de considérer le TCE lors de l'évaluation du fonctionnement des survivants à l'âge adulte, et ce, particulièrement lorsque ceux-ci sont confrontés à des événements exigeants sur le plan personnel.

## **2. Traumas interpersonnels en enfance et fonctionnement postpartum**

La naissance d'un nouvel enfant fait partie de ces événements exigeants qui peuvent excéder les capacités des parents exposés à de multiples traumas interpersonnels en enfance (Cavanaugh et al., 2015). Bien qu'il s'agisse d'un événement de vie généralement source de bien-être, la naissance d'un enfant peut aussi s'accompagner d'une baisse du fonctionnement émotionnel, cognitif et relationnel (Keizer et al., 2010; Kristensen et al., 2018). Des auteurs expliquent que les six premiers mois suivants l'accouchement (c.-à-d., le postpartum) représente une période critique puisqu'ils impliquent une multitude d'apprentissages ainsi qu'une redéfinition des priorités au sein du couple (Keizer et Schenk, 2012). Les défis typiques du postpartum ne se limiteraient toutefois pas seulement aux premiers mois de récupération, mais persisteraient jusqu'à la première année de vie

de l'enfant (Rao et al., 2020), voire même la deuxième (p.ex., Goodman et al., 2004; McDonald et al., 2011). En effet, des écrits récents encouragent une vision plus étendue du postpartum (c.-à-d., *extended postpartum period*) afin de promouvoir l'adaptation durable des parents (Walker et al., 2024). Il importerait alors de s'intéresser au fonctionnement parental des survivants de TCE à l'intérieur d'une période plus étendue du postpartum, et permettant la mise en place de facteurs promouvant la résilience. Dans cette optique préventive, deux cibles apparaissent pertinentes pour l'adaptation postpartum des parents exposés au TCE, soit le stress parental et l'alliance parentale.

## **2.1 Stress parental**

Le stress parental est défini comme le résultat d'un écart perçu entre les ressources disponibles du parent et les nouvelles demandes liées à la naissance de son enfant (Abidin, 1990). Il s'agit d'une des difficultés les plus répertoriées durant la première année postpartum en raison des demandes associées à la prise en charge d'un nouveau-né (Barroso et al., 2017), incluant le temps requis pour les soins, les heures de sommeil restreintes et le besoin de jongler entre plusieurs rôles (p. ex., parent, conjoint, professionnel) (Sinaï et Tikotzky, 2012; Walker et al., 2024). En présence de ressources parentales limitées, l'écart avec les demandes peut se creuser significativement et conduire à un stress parental élevé (Abidin, 1990; Johansson et al., 2020). Les parents rapportant des niveaux élevés de stress parental seraient à risque de rapporter davantage de symptômes de dépression postpartum, de la détresse conjugale et une diminution de l'engagement auprès de leur enfant (Pereira et al., 2012; Vismara et al., 2016; Widarsson et al., 2014). En retour, les enfants de parents plus stressés risquent d'être exposés à un environnement moins propice au développement des fonctions exécutives et de la régulation des émotions (Carapito et al., 2020; Tsotsi et al., 2019; Ward et Lee, 2020), et seraient plus susceptibles de développer des problèmes externalisés et internalisés (Barroso et al., 2017; Neece et al., 2012).

L'association entre traumatismes interpersonnels en enfance et stress parental est bien documentée par les écrits empiriques, avec des niveaux supérieurs de stress documentés chez les survivants. Parmi ces écrits, on retrouve ceux ciblant l'expérience d'agression sexuelle en enfance exclusivement et qui prédominent dans la documentation disponible (pour une recension, voir Hugill et al., 2017). Quelques études ont également cherché à examiner l'impact des traumatismes interpersonnels en enfance sous différentes formes (p. ex., Ammerman et al., 2013; Lang, et al., 2010; Steele et al., 2016). Les études s'étant intéressées à l'aspect cumulatif du trauma se font néanmoins très rares.

Cette lacune est étonnante compte tenu des répercussions connues du TCE sur le fonctionnement adulte, mais aussi sachant que le stress parental est l'un des principaux mécanismes documentés pour comprendre le déploiement de pratiques parentales aversives chez les survivants de traumatismes (Greene et al., 2020) ainsi que les difficultés observées chez leurs enfants (Cho et al., 2021). Notamment, les survivants présentant des niveaux de stress élevés seraient moins sensibles à l'égard des réactions de leur enfant (Pereira et al., 2012) et seraient plus à risque d'avoir des interactions hostiles avec celui-ci (Bailey et al., 2012).

Seules deux études ont documenté le rôle du TCE en lien avec le stress parental. D'abord, on retrouve l'étude de Wilson et collègues (2017), réalisée auprès de 52 mères d'enfants âgées de 7 à 12 ans et de faible statut socio-économique. Cette étude montre un lien positif entre le TCE et le stress parental; lien devenant non significatif toutefois lorsque l'exposition à la violence en communauté est intégrée au modèle. Les auteurs attribuent ce résultat à une autre variable influençant le stress parental, tel que le stress lié à la vie dans des quartiers à forte criminalité, ainsi que l'effet confondant d'un statut socio-économique faible dont il faut tenir compte en contexte de traumatismes interpersonnels en enfance. À noter que l'opérationnalisation du TCE dans cette étude incluait les traumatismes non-interpersonnels (p. ex., accident) et interpersonnels tous ensemble, ce qui est contraire aux recommandations empiriques actuelles (Briere et al., 2016; Evans et al., 2013) et qui a pu compliquer l'examen d'associations directes avec le stress parental. L'étude de Lange et collègues (2019) s'est quant à elle intéressée aux expériences adverses en enfance (ACEs), y compris les traumatismes interpersonnels en enfance, auprès de 81 mères prenant part à une thérapie pour la dépression. Les résultats révèlent une relation dose-réponse significative entre le nombre de formes différentes d'ACEs et le stress parental rapporté. Bien que ces deux études soient prometteuses, il apparaît nécessaire de mener davantage de recherches empiriques ciblant directement le potentiel traumatique du TCE sur le stress parental, en utilisant des échantillons plus larges, composés à la fois de mères et de pères, et issus de la communauté afin de mieux généraliser les résultats. Par ailleurs, les études mentionnées n'ont pas été réalisées durant le postpartum, ce qui limite l'analyse du stress parental pendant cette période propice à des niveaux élevés de stress et durant laquelle des facteurs de prévention peuvent être identifiés.

## 2.2 Alliance parentale

L'alliance parentale est une composante unique de la relation conjugale qui réfère spécifiquement à la prise en charge de l'enfant, soit les soins et l'éducation (McHale, 2007; Camisasca et al., 2015). Elle réfère plus spécifiquement au niveau de respect, de soutien et de communication entre les coparents concernant leurs rôles parentaux respectifs et leur engagement auprès de l'enfant (Abidin et Konold, 1999 ; McHale et Lindahl, 2011). L'alliance parentale se distingue sur plusieurs plans quand il est question de promouvoir l'adaptation durant le postpartum. Tout d'abord, à la différence d'autres éléments du fonctionnement parental (p.ex., stress parental, sentiment de compétence parentale), le concept d'alliance parentale considère directement le contexte conjugal dans lequel la naissance d'un enfant s'inscrit généralement et se situe dans une perspective systémique où des inter-influences entre partenaires sont attendues (Minuchin, 1974). Cette distinction est importante puisque de nombreux parents ont souligné l'importance du soutien de leur partenaire durant le postpartum (pour une recension, voir Antoniou et al., 2021), notant que la proximité typique de cette période avec le coparent est clé dans leur adaptation (Sheedy et Gambrel, 2019). Après la naissance d'un enfant, une alliance parentale élevée est associée à un stress parental réduit (Camisasca et al., 2022), à une satisfaction accrue du couple (Le et al., 2017) et à une plus grande satisfaction dans la relation parent-enfant (Peltz et al., 2018), soulignant l'importance d'étudier l'alliance parentale et ses corrélats. À l'inverse, une alliance parentale déficitaire serait associée à des pratiques parentales plus sévères (p. ex., châtiments corporels, menaces, cris) chez la mère et à davantage de problèmes de comportement chez son enfant durant l'âge scolaire (Choi et Becher, 2019). Par ailleurs, l'alliance parentale est un processus central aux programmes d'intervention pré et postnataux actuellement disponibles (pour des recensions, voir Alves et al., 2018; Eira Nunes et al., 2020), étant même la pierre angulaire pour ceux offerts aux couples (p. ex., *Family Foundations*, *Couple CARE*; Feinberg et al., 2016; Petch et al., 2012). De ce fait, il apparaît utile d'identifier quels parents sont plus à risque de présenter des difficultés dans leur alliance parentale, notamment les parents exposés aux traumatismes interpersonnels en enfance.

Toutefois, la recherche entourant les survivants de traumatismes interpersonnels en enfance s'est principalement concentrée sur les processus parentaux intrapersonnels (pour une recension, voir Christie et al., 2018), délaissant des processus interpersonnels tels que l'alliance parentale. Entre 1990 et 2022, une seule étude empirique s'est penchée sur le phénomène en examinant l'association entre l'agression sexuelle en enfance intrafamiliale et l'alliance parentale auprès d'un échantillon

de 84 mères (Cole et al., 1992). Les auteurs révèlent que cette expérience en enfance serait liée à une perception d'alliance parentale plus faible qui, en retour, serait liée à un sentiment de confiance réduit chez la mère vis-à-vis ses compétences parentales. Plus récemment, Rassart et collègues (2023, voir l'article en annexe E) ont examiné les associations entre le TCE, la présence attentive et l'alliance parentale au sein d'une étude transversale avec un échantillon de couples venant d'avoir un enfant. Cette étude a permis de confirmer l'importance de s'intéresser à l'alliance parentale des survivants de TCE qui tend effectivement à être moins élevée durant le postpartum. Malgré cette dernière avancée, le manque d'études sur l'alliance parentale des parents exposés aux traumatismes interpersonnels en enfance demeure étonnant. En effet, ces expériences précoces impliquent invariablement une dimension relationnelle (p.ex., figure d'attachement, auteur connu par la victime) et tendent ainsi à colorer les relations à l'âge adulte, et à influencer leur maintien lors de périodes critiques. Des études récentes ont révélé les effets néfastes du TCE sur le fonctionnement du couple, notamment dans la communication et la satisfaction conjugale (Dugal et al., 2020 ; Godbout et al., 2020), et incluant durant le postpartum (Morissette-Harvey et al., 2024). Compte tenu de ces résultats, il est plausible que les effets du TCE se reflètent dans l'alliance parentale, un élément central à la vie quotidienne d'un couple ayant un enfant. Des études supplémentaires sont donc nécessaires pour mieux comprendre comment le TCE peut influencer le niveau d'alliance parentale postpartum.

### **2.3 Relation entre l'alliance parentale et le stress parental**

En raison de leurs liens étroits avec le fonctionnement parental, le stress parental et l'alliance parentale constituent deux cibles essentielles à considérer durant le postpartum. Elles sont d'autant plus significatives en raison de la relation étroite qui les unit. En effet, de nombreuses études ont mis en évidence un lien entre l'alliance parentale et le stress parental (Azzi et al., 2024 ; Camisasca et al., 2022 ; Choi et Becher, 2019; Kang et al., 2020; Lubis et Nihayah, 2022 ; Pinquart et Teubert, 2015; Thullen et Bonsall, 2017 ; Yang et Doh, 2019; Zhu et al., 2024). Ces études, principalement réalisées auprès de mères de jeunes enfants, révèlent une association entre une alliance plus élevée et un stress parental ultérieur réduit, avec des impacts sur le fonctionnement du parent (p. ex., sentiment d'auto-efficacité; Yang et Doh, 2019) et de l'enfant (p. ex., comportements problématiques; Choi et Becher, 2019; Pinquart et Teubert, 2015).

Plus précisément, ces études suggèrent que l'alliance parentale sert d'outil à partir duquel un parent peut alléger sa charge perçue de l'enfant, par exemple à l'aide d'une répartition des tâches parentales perçue comme étant satisfaisante (Zhu et al., 2024). La perception d'une bonne alliance parentale contribuerait aussi aux ressources personnelles perçues face à l'enfant, notamment via les encouragements de l'autre parent (Kang et al., 2020) et son rôle dans la résolution de problèmes pour les enjeux plus difficiles (Thullen et Bonsall, 2017; Zhu et al., 2024). Ces ingrédients impliqués dans l'alliance parentale seraient déterminants durant la transition à la parentalité puisqu'il s'agit alors d'une toute nouvelle dynamique à apprendre pour les parents qui, en parallèle, font face aux demandes élevées typiques d'un nouveau-né (McHale et Lindahl, 2011). Une alliance parentale élevée, impliquant de la flexibilité dans la répartition des rôles entre mère et père, aiderait les couples à mieux faire face aux exigences imprévisibles de leur bambin (Sheedy et Gambrel, 2019). Ces expériences font écho aux études examinant l'effet de programmes parentaux périnataux où le renforcement de l'alliance parentale s'est révélé bénéfique pour la prévention des conflits et pour la réduction du stress parental (Feinberg et al., 2016; Petch et al., 2012).

Bien que les liens entre alliance et stress soient mieux compris durant le postpartum, il importe de se rappeler que la plupart des études ont été réalisées auprès d'un seul parent (p.ex., Kang et al., 2020; Yang et Doh, 2019) ou bien ont examiné le fonctionnement du couple au sein d'un devis ne permettant pas de dégager les inter-influences entre partenaires. En effet, des études réalisées auprès de couples ont permis d'examiner comment l'alliance parentale peut prédire le niveau de stress chez les mères et les pères d'un même couple (Lionetti et al., 2015; Schoppe-Sullivan et al., 2016), sans toutefois tester pour des différences de genre ni examiner les liens directs entre l'alliance perçue d'un parent et le stress de son coparent. L'étude de Park et collègues (2023) se distingue en examinant les données des mères et pères en simultané au sein d'un devis dyadique. Leur étude transversale, réalisée auprès de 174 couples ayant un enfant de deux ans et moins, a démontré que l'alliance parentale des pères joue un rôle médiateur entre leur propre relation interparentale, leur stress parental et le stress rapporté par leur partenaire. En dépit de cette avancée, la compréhension de la relation entre l'alliance et le stress au sein des couples durant le postpartum demeure peu étayée, et ce, en raison de limites méthodologiques, telles que la taille réduite des échantillons, le recours à des devis transversaux et l'analyse incomplète de données dyadiques.

Les études disponibles sur la relation entre alliance et stress révèlent aussi l'influence de facteurs de risque, tels que les attitudes vis-à-vis la coparentalité (Pinquart et Teubert, 2015), les troubles du développement de l'enfant (Thullen et Bonsall, 2017) et les stressseurs externes (p.ex., pandémie COVID-19; Lubis et Nihayah, 2022) et qui tendent à interférer avec la force de l'association entre l'alliance et le stress parental. Ces interactions ne sont toutefois pas rapportées de façon constante durant le postpartum, suggérant que d'autres facteurs affectent la relation alliance-stress sont en jeu, et demeurent à découvrir. Parmi les facteurs n'ayant pas été documentés à ce jour, on retrouve l'expérience de traumatismes interpersonnels en enfance, un prédicteur pourtant largement documenté en lien avec les difficultés parentales durant le postpartum (Christie et al., 2018).

À cet effet, il est documenté que les parents survivants de traumatismes interpersonnels en enfance sont susceptibles de rapporter une alliance parentale moins élevée (Rassart et al., 2023) et un stress parental supérieur (Ammerman et al., 2013; Steele et al., 2016), mais il reste à investiguer si la transaction entre alliance et stress opère pour eux de la même façon. Des études ont montré que les effets des traumatismes interpersonnels en enfance, notamment du TCE par son aspect cumulatif (Hamby et al., 2021), ne s'exerceraient pas uniquement par des associations directes avec les difficultés rencontrées à l'âge adulte. Ces effets pourraient également se manifester via des interactions plus complexes en limitant la capacité des survivants à bénéficier de certains facteurs de protection (p. ex., soutien social; Fletcher et al., 2021), incluant après la naissance d'un nouvel enfant (Chamberlain et al., 2019; Grote et al., 2013).

En fait, des études démontrent que les adultes ayant vécu des traumatismes interpersonnels en enfance tendent à moins bénéficier d'interventions à l'âge adulte (Goerick et al., 2024) ou bien à retirer davantage d'interventions adaptées (Pasalich et al., 2018), comme quoi le niveau d'exposition au trauma modulerait l'accès à certaines ressources. Notamment, une étude s'est intéressée à l'effet des traumatismes interpersonnels en enfance sur les bénéfices d'un traitement pour la dépression chez des femmes enceintes. Les résultats indiquent que les femmes davantage exposées présentaient une dépression plus sévère trois mois après le début du traitement et malgré une rémission, présentaient des symptômes dépressifs résiduels plus élevés que les femmes moins exposées six mois après la grossesse (Grote et al., 2015). Également, une étude a examiné l'efficacité d'une intervention visant à améliorer les interactions parent-enfant auprès de 40 familles au sein de laquelle il y a eu maltraitance rapportée. Les résultats indiquent que l'intervention est globalement efficace, mais que son impact est réduit chez les parents rapportant des niveaux d'exposition à la

maltraitance plus élevés (Van der Asdonk et al., 2021). Certaines études ont aussi montré un effet modérateur des traumatismes interpersonnels en enfance sur la relation entre la détresse liée à la COVID-19 et les comportements parentaux négatifs, ainsi que les problèmes émotionnels et comportementaux de l'enfant (Hails et al., 2022). De manière similaire, des travaux ont documenté que les antécédents maternels de traumatismes interpersonnels en enfance interagissent avec la dépression post-partum (Chen et al., 2023), ainsi qu'avec les niveaux physiologiques de stress de la mère et de son enfant (Brand et al., 2010), contribuant à une plus grande psychopathologie chez la mère et l'enfant. Les traumatismes interpersonnels en enfance représentent donc un modérateur hautement susceptible d'interagir avec la santé mentale pour produire des effets négatifs sur le fonctionnement à l'âge adulte. Il est donc envisageable que l'influence typiquement positive de l'alliance sur le stress soit altérée, voire réduite, chez les survivants de traumatismes interpersonnels en enfance. Il apparaît pertinent d'examiner le rôle modérateur du TCE sur la relation entre alliance et stress parental, deux processus interreliés qui jouent un rôle central dans l'adaptation des parents suivant la naissance d'un enfant.

En résumé, une recherche plus approfondie du lien entre le TCE et le fonctionnement parental postpartum (c.-à-d., stress parental et alliance parentale) permettrait de mieux élucider comment les répercussions du trauma se manifestent dans la parentalité après la naissance d'un enfant. En effet, pourquoi les survivants sont-ils plus à risque sur le plan du stress et de l'alliance parentale? Et comment peut-on limiter ces mêmes difficultés avant qu'elles ne se chronicisent et affectent le fonctionnement de la famille dans son ensemble? Pour répondre à ces questions, il est crucial de mieux documenter les liens entre TCE et stress, puis entre TCE et alliance, et particulièrement d'identifier les mécanismes psychologiques sous-jacents à ces associations. À travers l'étude de ces mécanismes, il sera ensuite possible de dégager des pistes sur les stratégies à employer pour promouvoir la résilience. D'autre part, il apparaît nécessaire d'examiner l'effet potentiellement plus subtil du TCE sur la parentalité après la naissance d'un enfant, et ce, en examinant son influence sur la relation entre l'alliance et le stress parental. Il est crucial de vérifier si cette dynamique varie en fonction du TCE, notamment pour déterminer si les survivants de TCE bénéficient autant des bienfaits de l'alliance sur le stress parental que les autres parents. Cela permettrait d'identifier les niveaux d'exposition au TCE qui sont nécessaires à prendre en compte pour le dépistage, puis d'informer sur une réalité potentiellement différente avec laquelle il faudra ajuster les efforts de prévention et d'intervention.

### 3. Cadre conceptuel

#### 3.1 Modèle du trauma au soi : un cadre pour comprendre les répercussions du TCE sur le stress parental et l'alliance parentale

Devant la complexité des difficultés documentées chez les survivants de TCE, de nombreux travaux ont cherché à comprendre quelles sphères de fonctionnement sont les plus affectées et prédisent le mieux le fonctionnement à l'âge adulte (Bigras et al., 2017; Godbout et al., 2018). À ce sujet, le modèle du trauma au soi de Briere (STM; *Self-Trauma Model*, 1996; 2002) offre un cadre théorique pertinent qui conceptualise les répercussions majeures des traumas interpersonnels en enfance. On y propose que les réactions aux traumas interpersonnels en enfance soient conditionnées chez le survivant et que ces réactions puissent être activées par l'émergence de souvenirs liés aux traumas (Briere, 2002). Le modèle de Briere s'appuie aussi sur le concept des *capacités du soi*, initialement introduit par McCann et Perlman (1990), où le soi est défini comme étant le sens qu'un individu possède de lui-même en tant qu'entité sensible, consciente et complète avec des capacités pour se réguler et négocier ses relations avec les autres. Formées notamment à travers des expériences positives entre parent et enfant, les capacités du soi se développent durant l'enfance et l'adolescence et sont considérées comme des fondements essentiels pour faire face aux stressors et aux nouveaux défis à l'âge adulte. Toutefois, ce développement peut être freiné par des traumas interpersonnels en enfance (Goldstein et al., 2016; Rohlen, 2023), surtout lorsque cumulatifs (Bigras et al., 2016; Briere et Rickards, 2007). Le modèle du trauma au soi avance que les capacités du soi sont déterminantes pour gérer les répercussions du trauma à l'âge adulte, incluant la détresse déclenchée par des souvenirs liés au trauma, et ce, sans recourir à des stratégies d'adaptation inadéquates. Depuis une décennie, les capacités du soi sont répertoriées comme des mécanismes significatifs reliant les traumas interpersonnels en enfance et une variété de difficultés psychologiques à l'âge adulte (p.ex., Bigras et al., 2015a; Dvir et al., 2014). Conceptualisées en trois dimensions, les capacités du soi incluent la *cohésion identitaire*, la *régulation émotionnelle* et le *rapport interpersonnel*.

La cohésion identitaire réfère à la capacité de conserver une identité définie et relativement stable à travers différentes émotions, situations et interactions avec autrui. Elle implique la conscience de soi, c'est-à-dire se connaître et se comprendre, et la capacité à distinguer ses sentiments, pensées et perceptions de celles d'autrui (Briere et Runtz, 2002). Ainsi, les individus avec une moins bonne

cohésion identitaire auraient de la difficulté à savoir ce qu'ils veulent, ce qu'ils préfèrent, à faire du sens de leurs réactions, mais entretiendraient aussi une frontière plus diffuse entre leur identité et celle des autres. En contexte de traumatismes interpersonnel en enfance, les déficits de cohésion identitaire s'expliqueraient par l'hypervigilance que développent les enfants à l'égard du danger de leur environnement au détriment de leur construction identitaire (Briere, 2002). Des expériences précoces de violence physique, psychologique ou sexuelle peuvent aussi transmettre des messages négatifs à l'enfant concernant son image de soi et sa valeur, ce qui peut entraîner une identité fragile (Cook et al., 2005; Hyland et al., 2017). Cette identité pourrait aussi être entravée par l'absence de renforcement dans l'environnement, par exemple en situation de négligence psychologique (Kapeleris et Paivio, 2011). Un parent négligent ou peu réactif sera limité dans sa capacité à comprendre le monde interne de son enfant et ne sera pas équipé à le stimuler, ce qui peut nuire au développement d'un concept de soi défini (Fonagy et al., 2007). À l'âge adulte, des difficultés de cohésion identitaires sont répertoriées chez les survivants de traumatismes interpersonnels en enfance et contribueraient à expliquer les symptômes dépressifs (Kim et al., 2022), les comportements suicidaires, la solitude, et le stress perçu (Wong et al., 2019), les difficultés de satisfaction conjugale, satisfaction sexuelle et l'anxiété sexuelle (Bigras, 2015a, 2015b; Lassri et al., 2018). Selon une étude réalisée auprès de 738 étudiants gradués, le TCE serait lié à une plus faible cohésion identitaire que l'expérience d'une seule forme de trauma (Moeller, 2011). La documentation sur l'accumulation des traumatismes interpersonnels en enfance et la cohésion identitaire à l'âge adulte demeure néanmoins limitée.

La régulation émotionnelle renvoie à la capacité d'un individu à tolérer et contrôler des émotions intenses et négatives, et ce, sans avoir recours à des stratégies d'évitement ou à des activités réductrices de tension inadéquates (p. ex., comportements autodestructeurs) (Briere et Runtz, 2002). Les survivants de traumatismes interpersonnels en enfance sont plus à risque de présenter des déficits de régulation émotionnelle (c.-à-d., dysrégulation émotionnelle) (pour une recension, voir Gruhn et Compas, 2020). Selon Briere (2002), la dysrégulation émotionnelle s'expliquerait par l'intensité des traumatismes interpersonnels en enfance qui excède les ressources cognitives de l'enfant exposé, et souvent, l'absence d'une figure pouvant soutenir l'enfant face à cet excès. En retour, l'enfant ne serait donc pas en mesure de comprendre ce qui lui arrive, quel sens en retenir pour lui-même et les autres, ou bien comment prévenir cette expérience dans le futur; le laissant dans un état d'alarme très sensible aux signaux de danger réels ou imaginés (Cicchetti et Toth, 2005).

Les traumatismes interpersonnels tendent aussi à contrecarrer l'apprentissage usuel des stratégies de régulation émotionnelle, notamment via des modèles parentaux de régulation inappropriés et via l'utilisation de la violence pour résoudre un problème en contexte familial (Cicchetti et Rogosch, 2009). À l'âge adulte, la dysrégulation émotionnelle est documentée en tant que médiateur au sein du lien entre les traumatismes interpersonnels en enfance et une variété de difficultés psychologiques; abus de substances, idées suicidaires et automutilation (Allen, 2008), isolement social (Cloitre et al., 2005), expérience de revictimisation (Dietrich, 2007), développement d'un trouble anxieux (Dvir et al., 2014), et état de stress post-traumatique complexe (van Dijke et al., 2018). Quant aux survivants de TCE, ceux présentant de la dysrégulation émotionnelle sont plus à risque de rapporter des symptômes dépressifs, cette dysrégulation expliquant jusqu'à 50 % de la gravité des symptômes dépressifs (Abravanel et Sinha, 2015). Ces survivants seraient également plus à risque de rapporter des symptômes élevés de stress post-traumatique (Konecky et Lynch, 2019), de la violence conjugale psychologique (Dugal et al., 2021), de présenter une satisfaction sexuelle plus faible (Bigras et al., 2017).

Le rapport interpersonnel se définit par la capacité à former et maintenir des relations significatives, stables, et qui ne sont pas ancrées dans le conflit ni troublées par la présence de projections inappropriées (Briere et Runtz, 2002). Les individus avec un rapport interpersonnel altéré ont ainsi tendance à entretenir des peurs irréalistes de rejet et d'abandon, et surtout, à vivre plus de conflits interpersonnels (Briere et Jordan, 2009). Ces difficultés sont particulièrement documentées chez les survivants de traumatismes interpersonnels qui, en enfance, seraient privés des apprentissages nécessaires au bon fonctionnement des relations (p. ex., affirmation des besoins personnels, gestion des conflits; Briere, 2002; Drapeau et Perry, 2004). De plus, en situation de maltraitance par une figure parentale, un enfant n'aurait pas l'opportunité de développer une relation d'attachement sécurisante lui permettant d'explorer d'autres liens avec confiance, se traduisant par plus de difficultés à créer et conserver des liens (Bowlby, 1984; Cicchetti et Lynch, 1993). Chez les enfants et adolescents victimes, on retrouve une tendance à anticiper moins de soutien émotionnel et plus de conflits dans leurs relations avec parents et pairs (Shipman et al., 2005; Shipman et al., 2000). Les survivants adultes seraient quant à eux plus à risque de rapporter des relations chaotiques suscitant de la détresse (Huh et al., 2014). Des études démontrent qu'un rapport interpersonnel altéré (p. ex., tendance aux conflits interpersonnels) permettrait d'expliquer le lien entre l'expérience de traumatismes interpersonnels en enfance et les comportements agressifs à

l'âge adulte (Allen, 2011), l'anxiété sexuelle, puis la satisfaction conjugale et sexuelle (Bigras, 2015a, 2015b). Aucune étude à ce jour n'a observé l'effet du TCE sur le rapport interpersonnel ni les potentielles retombées de ce lien à l'âge adulte.

Selon Briere (2002), des déficits dans une ou plusieurs de ces capacités laisseraient le survivant plus vulnérable à la réactivation de souvenirs traumatiques passée dans son quotidien. De tels souvenirs sont susceptibles de se manifester au sein de la sphère parentale où le survivant est confronté à des situations avec son enfant pouvant lui rappeler ses propres expériences en enfance (Siverns et Morgan, 2019). Le modèle du Trauma au soi (STM) apparaît donc particulièrement pertinent pour mieux comprendre en quoi les survivants de TCE sont plus vulnérables à l'arrivée d'un nouvel enfant, et quelles vulnérabilités spécifiques contribuent à expliquer des difficultés sur le plan du stress et de l'alliance parentale. En contexte de postpartum où le parent fait face à plusieurs défis qui nécessitent qu'il soit bien outillé, des capacités du soi déficitaires pourraient affecter les niveaux de stress et d'alliance parentale. En effet, une identité déjà fragile risque d'être dépassée par l'accumulation de rôles et de responsabilités qui accompagne la naissance d'un enfant (Fadjukoff et al., 2016), générant un plus grand stress (Cast, 2004). Parallèlement, une identité parentale est associée avec plus d'engagements auprès de l'enfant et la perception d'une meilleure alliance parentale (Fagan, 2021). Les parents qui sont davantage aptes à réguler des émotions intenses tendent à vivre moins de stress parental durant le postpartum (Barros et al., 2015) alors que ceux parvenant à exprimer plus d'émotions positives rapporteraient plus de coopération et moins de conflits dans leur relation coparentale (Kolak et Volling, 2007). Finalement, des études démontrent que le postpartum peut ajouter son lot de tensions relationnelles, contribuant au stress parental (Westdahl et al., 2007), et que les parents rapportant plus d'insécurités relationnelles auraient une plus faible alliance parentale (Sheftall et al., 2010), suggérant ici que l'influence du rapport interpersonnel. Ces enjeux prennent une importance particulière chez les survivants de TCE qui sont souvent plus vulnérables par leurs capacités du soi fragilisées, les rendant ainsi plus sensibles aux exigences émotionnelles, identitaires et relationnelles spécifiques au postpartum. Par ailleurs, une méta-synthèse s'intéressant à l'expérience parentale des survivants de multiples traumatismes interpersonnels dénote qu'à travers 11 études qualitatives sur le sujet, trois thèmes principaux émergent parmi les préoccupations des parents; 1) gérer la peur de ne pas pouvoir protéger son enfant face à un cycle d'abus potentiel, 2) former une identité parentale solide, et 3) pouvoir s'appuyer sur des sources de soutien sécurisantes (Siverns et Morgan, 2019). On comprend

ainsi à quel point les dimensions émotionnelles, identitaires et relationnelles occupent une place centrale dans le quotidien des survivants de TCE qui sont confrontés aux exigences et aux vulnérabilités spécifiques à la parentalité. Malgré tout, les capacités du soi n'ont pas été documentées chez les survivants en contexte de parentalité. Des études supplémentaires intégrant les capacités du soi sont donc nécessaires afin de mieux connaître la réalité des survivants de TCE et examiner comment le caractère cumulatif de leurs expériences en enfance se reflète dans leur stress parental et leur alliance parentale à l'âge adulte.

### **3.2. Modèle Vulnérabilité-Stress-Adaptation : un cadre pour comprendre comment le TCE peut influencer la relation entre l'alliance parentale et le stress parental**

Le Modèle Vulnérabilité-Stress-Adaptation (VSA), proposé par Karney et Bradbury (1995), constitue un cadre théorique pertinent pour comprendre comment le TCE peut influencer la relation entre l'alliance et le stress parental. Ce modèle conçoit la relation conjugale comme un système complexe dans lequel différentes composantes forment un tout plus grand que la simple somme de ses parties. Le VSA repose sur trois dimensions déterminant la qualité et la stabilité de la relation conjugale : les *stresseurs* auxquels le couple est confronté, les *processus adaptatifs* mobilisés pour y faire face, et les *vulnérabilités individuelles* propres à chaque partenaire. Ces composantes sont dynamiques et interdépendantes, de sorte qu'un changement dans l'une d'elles peut modifier l'ensemble de la relation, positivement ou négativement. Les stresseurs réfèrent aux défis qui perturbent la vie des partenaires et du couple, et incluent typiquement des circonstances difficiles (p. ex., faible statut socio-économique) et des événements majeurs tels que la perte d'un emploi, un deuil et la naissance d'un nouvel enfant. Ce dernier événement implique généralement une altération significative du mode de vie du couple qui voit les demandes de leur environnement se multiplier (p. ex., demandes d'un nouveau-né) face aux ressources présentes, résultant en la perception de stress parental (Dong et al., 2022). En fait, le stress parental est l'un des stresseurs les plus documentés chez les partenaires qui sont également coparents (Duncan et al., 2024; Schiltz et al., 2024), soulignant l'importance d'examiner son lien avec des processus adaptatifs et des vulnérabilités après la naissance d'un enfant.

Les processus adaptatifs représentent quant à eux les interactions entre les deux partenaires permettant de s'adapter aux stresseurs et de protéger le couple de ses répercussions. Ces processus impliquent typiquement la résolution de problème (Schiltz et al., 2024), la communication et le

soutien (Clabburn, 2023), et autres processus relationnels observés ou perçus par les partenaires. Suite à la naissance d'un enfant, les partenaires sont amenés à abandonner certaines dynamiques individuelles et conjugales, puis à en développer de nouvelles tout en répondant aux besoins pressants d'une nouvelle partie dans leur système (c.-à-d., l'enfant) (Epifanio et al., 2015). L'alliance parentale représente l'une de ces nouvelles dynamiques mieux adaptées à la période du postpartum et qui ont déjà été documentées comme processus adaptatif face au stress parental chez les parents de jeunes enfants (Duncan et al., 2024). Selon le VSA, une alliance parentale perçue comme étant élevée aiderait donc à mitiger les stressseurs, ici représentant le stress parental face au nouvel enfant, et influencerait l'état de la relation de couple.

Enfin, les vulnérabilités inhérentes à chaque partenaire renvoient aux caractéristiques individuelles qui sont relativement stables (Karney et Bradbury, 1995), telles que des traits de personnalité, le fonctionnement neurocognitif, ou encore des expériences passées délétères, telles que le TCE. Les vulnérabilités individuelles se mêlent de la partie en interagissant à la fois avec les stressseurs et les processus d'adaptation, eux-mêmes en interaction. En effet, les vulnérabilités peuvent exacerber les réactions face aux stressseurs et surtout, elles peuvent atténuer les processus d'adaptation. Ces vulnérabilités peuvent limiter les ressources nécessaires pour déployer leurs processus d'adaptation de façon optimale, laissant les partenaires plus sensibles aux effets des stressseurs. Interférant à la fois avec l'apprentissage de tolérance à la détresse (Gruhn et Compas, 2020) et de schémas relationnels adaptés (Cicchetti et Lynch, 1993), les traumatismes interpersonnels représentent un facteur de vulnérabilité individuelle dont les effets tendent à persister. L'accumulation de traumatismes interpersonnels en enfance est donc susceptible de perturber la transaction entre stressseurs et processus adaptatifs conjugaux. D'une part, l'exposition au TCE augmenterait la sensibilité au stress et se traduirait en plus de réactions face au stressseur que constitue la naissance d'un nouvel enfant (c.-à-d., stress parental perçu plus élevé). Le TCE pourrait également limiter la capacité adaptative d'un processus tel que l'alliance parentale face aux stressseurs. En effet, la dialectique entre alliance et stress pourrait être perturbée par le TCE; un couple rapporterait une bonne alliance, mais celle-ci demeurerait insuffisante pour les besoins plus élevés des partenaires qui sont davantage exposés au TCE. Ces partenaires continueraient alors de percevoir un stress parental relativement élevé, et ce, en dépit de la présence d'un processus adaptatif généralement bénéfique, c'est-à-dire une alliance parentale de qualité.

Le modèle théorique VSA offre un cadre théorique pour conceptualiser la manière dont la relation entre l'alliance parentale et le stress parental, un processus adaptatif et un stressor bien documenté, peut être altérée par une vulnérabilité aussi influente que le TCE. Dans cette perspective, l'alliance parentale, le stress parental et le TCE interagiraient de manière dynamique, de sorte qu'une modification à l'un de ces éléments, soit l'exposition accrue au TCE, influencerait les autres éléments du système et se traduirait par une réalité conjugale forcément différente. Le TCE jouerait ici un rôle de modérateur, altérant l'effet protecteur attendu de l'alliance parentale sur le stress parental perçu.

### **3.3 Perspective dyadique : Un cadre pour étudier le fonctionnement du couple parental**

Accueillir la naissance d'un nouvel enfant est une expérience impliquant généralement deux parents unis par une relation, particulièrement durant la période du postpartum. En tant que sous-système au sein du système familial élargi, le couple parental (c.-à-d., l'unité formée par les partenaires romantiques qui sont aussi coparents) est caractérisé par des processus interconnectés qui ne peuvent être compris uniquement à partir des caractéristiques individuelles de chaque partenaire (McHale, 1997 ; Minuchin, 1985). Après la naissance d'un nouvel enfant, les expériences internes seraient particulièrement interconnectées d'un parent à l'autre, avec des parents rapportant des niveaux de fonctionnement similaires et interdépendants (Leavitt et al., 2017; Zheng et al., 2024). Malgré cela, la majorité des études mentionnées jusqu'à présent sur la parentalité ont été réalisées exclusivement auprès d'un seul parent (c.-à-d., la mère), incluant celles liant les traumatismes interpersonnels en enfance au stress parental et à l'alliance parentale. Cette tendance peut s'expliquer en partie par la difficulté à recruter les pères dans les études sur la parentalité (Yaremych et Persky, 2023), mais aussi par une perspective qui tend à occulter le couple parental comme contexte systémique dans lequel les parents évoluent. Cette perspective limitée est d'autant plus surprenante quand on s'intéresse au caractère interpersonnel du TCE (c.-à-d., impliquant une autre personne) et dont les effets tendent à se déployer sur le plan relationnel (p.ex., Dugal et al., 2020; Morissette-Harvey et al., 2024). Il importe ainsi d'adopter une perspective dyadique où le TCE, les capacités du soi, le stress parental et l'alliance parentale de chaque partenaire au sein du couple parental sont pris en compte.

À cet effet, Kenny et ses collaborateurs (2006) fournissent un modèle d'analyse permettant de tenir compte de l'aspect dyadique des données issues de partenaires de couple, soit le modèle

d'interdépendance acteur-partenaire (APIM), où l'interdépendance se produit lorsque les émotions ou les comportements d'un individu ont une incidence sur ceux de son partenaire. Le modèle APIM permet de modéliser à la fois des effets dits *acteur*, soit l'association entre les variables exogène et endogène d'un même individu, et des effets dits *partenaire* où la variable exogène d'un individu est associée à la variable endogène de son partenaire. Ce type d'association au sein de la dyade est susceptible de se produire lorsqu'il est question de stress parental, notamment en raison d'un phénomène nommé *stress crossover* où une réponse émotionnelle de stress ressentie par un partenaire entraîne des émotions ressenties similaires chez son partenaire (Bolger et al., 1989), et qui est documenté déjà chez les parents de nouveau-nés (Leavitt et al., 2017). Notamment, l'étude dyadique de Bai et Han (2016) documente des liens entre la violence psychologique en enfance rapportée par un parent sur son propre stress parental ainsi que sur celui de son partenaire de couple, le tout étant expliqué par sa régulation émotionnelle. Une perspective dyadique semble également s'imposer dans l'examen de l'alliance parentale; un construit ciblant directement le rôle du parent dans ses interactions avec son partenaire au sein du couple. Ainsi, avoir accès à la perception d'un seul parent ne rendrait pas bien compte de la dynamique de coparentalité en place. De plus, une perspective dyadique permettrait d'examiner à la fois l'expérience des mères et des pères. Les pères sont souvent sous-représentés dans les études sur trauma et parentalité (pour une recension, voir Christie et al., 2018), alors qu'il est démontré qu'ils peuvent présenter des séquelles traumatiques similaires à celles des mères survivantes (Godbout et al., 2023), influençant ainsi leur expérience parentale postpartum. Enfin, des études réalisées auprès d'adultes montrent que le TCE peut affecter similairement les survivants et leurs partenaires romantiques (p.ex., Vaillancourt-Morel et al., 2019) et que les répercussions associées, incluant des capacités du soi telles que la régulation émotionnelle (Dugal et al., 2020), peuvent être enchevêtrées entre le survivant et son partenaire. Il importe ainsi d'adopter une perspective dyadique afin de mieux capturer la portée interpersonnelle du TCE au sein du couple parental.

#### **4. Objectifs et hypothèses**

L'objectif général de cette thèse est de mieux comprendre l'impact du trauma cumulatif en enfance (TCE) sur le stress et l'alliance parentale durant la période suivant la naissance d'un nouvel enfant. L'objectif de la première étude est d'investiguer le rôle des capacités du soi à titre de mécanisme explicatif au sein de l'association entre le TCE et le stress parental postpartum. Cette première étude cherche à mieux comprendre comment l'exposition au TCE peut se refléter dans les capacités

du soi peu de temps après la naissance d'un enfant et indirectement influencer le niveau de stress parental. Le *premier sous-objectif* est d'examiner l'effet indirect des altérations des capacités du soi (c.-à-d., régulation émotionnelle, cohésion identitaire et rapport interpersonnel) dans l'association entre le TCE d'un parent et son propre stress parental. Il est attendu le niveau de TCE d'un parent soit lié positivement à ses propres niveaux respectifs de dysrégulation émotionnelle, de perturbations identitaires et de conflits interpersonnels qui, en retour, seront liés positivement à son stress parental. Le *second sous-objectif* est d'examiner l'effet indirect des altérations des capacités du soi à l'intérieur du couple parental, soit au sein des associations dyadiques unissant le TCE d'un parent et le stress parental de son coparent. Il est attendu que le niveau de TCE d'un parent soit lié positivement à ses propres altérations de capacités de soi qui seront liées positivement au stress parental de son coparent. À la lumière d'études montrant que les effets du TCE peuvent s'entremêler au sein du couple, touchant à la fois le survivant et son partenaire, il est attendu de retrouver des associations dyadiques entre le niveau de TCE d'un parent et les altérations de capacités du soi de son coparent. Ainsi, le TCE d'un parent sera associé positivement aux altérations de capacités du soi de son coparent qui, en retour, seront associées positivement au stress parental des deux coparents au sein du couple. En raison de données empiriques insuffisantes sur les différences de genre entourant le TCE, les capacités du soi et le stress parental, et des études démontrant que les coparents peuvent rapporter un fonctionnement similaire durant le postpartum, aucune hypothèse a priori n'est formulée quant au rôle du genre dans les associations examinées.

L'objectif de la seconde étude est d'examiner le rôle médiateur des capacités du soi au sein de l'association longitudinale entre le TCE et l'alliance parentale, en tenant compte de l'alliance parentale postpartum initiale. Cette seconde étude cherche à examiner comment le TCE peut prédire le niveau d'alliance parentale dans la seconde moitié du postpartum via les capacités du soi rapportées par les coparents peu après la naissance de leur enfant. Le *premier sous-objectif* est d'examiner le rôle médiateur des altérations de capacités du soi au sein du lien entre le TCE et l'alliance parentale chez un même parent. Il est attendu que le TCE d'un parent soit associé positivement à ses altérations de capacités du soi qui, quant à elles, seront associées négativement à son propre niveau perçu d'alliance parentale, tout en contrôlant pour son niveau antérieur d'alliance parentale. Le *second sous-objectif* est d'examiner le rôle médiateur des altérations de capacités du soi au sein des associations dyadiques unissant le TCE d'un parent et l'alliance parentale perçue par son coparent. Il est attendu que le TCE d'un parent soit associé positivement

à ses altérations de capacités du soi qui seront associées négativement au niveau perçu d'alliance parentale de son coparent, tout en contrôlant pour le niveau antérieur d'alliance parentale de ce même coparent. Enfin, il est également attendu que les niveaux de TCE d'un parent et d'altérations de capacités du soi de son coparent soient interconnectés, prédisant en retour le niveau perçu d'alliance parentale des deux coparents. À nouveau, aucune hypothèse a priori n'est formulée quant au rôle du genre dans les associations examinées.

L'objectif de la troisième étude est d'examiner le rôle modérateur de l'exposition au TCE dans le lien longitudinal unissant l'alliance parentale et le stress parental. Cette dernière étude cherche à établir si l'association typique entre l'alliance parentale et le stress parental diffère en fonction du niveau d'exposition au TCE. L'étude s'interroge à savoir si cette association est atténuée chez les parents fortement exposés, lesquels pourraient ainsi rapporter un stress parental élevé en dépit d'une alliance parentale antérieure élevée. Le *premier sous-objectif* est d'examiner l'effet modérateur du niveau de TCE d'un parent sur le lien entre son alliance parentale perçue durant la seconde moitié du postpartum et son propre niveau de stress parental rapporté environ un an plus tard. Il est d'abord attendu que l'alliance parentale d'un parent soit associée négativement à son niveau ultérieur de stress parental. Il est ensuite attendu que la force du lien entre l'alliance parentale et le stress parental d'un même parent varie en fonction de son propre niveau d'exposition au TCE, résultant en des niveaux de stress supérieurs pour les parents qui sont plus exposés (c.-à-d., ayant vécu d'un plus grand nombre de formes différentes de traumatismes interpersonnels en enfance). Le *second sous objectif* est de documenter les liens dyadiques unissant l'alliance parentale et le stress parental, avec et sans l'inclusion du niveau d'exposition au TCE à titre de modérateur. Il est attendu que le niveau perçu d'alliance parentale d'un parent soit associé négativement au niveau de stress ultérieur rapporté par son coparent. Il est aussi attendu que la force de ce même lien entre l'alliance parentale perçue d'un parent et le stress de son coparent soit modérée par le niveau d'exposition au TCE du premier parent. Spécifiquement, il est attendu de retrouver un lien dyadique moins fort pour les parents davantage exposés au TCE, produisant des niveaux supérieurs de stress parental.

## **5. Pertinence de la thèse**

Les traumatismes interpersonnels vécus durant l'enfance constituent un phénomène endémique en société, avec des taux qui demeurent élevés (Afifi et al., 2025; Joshi et al., 2021). Tout en étant

fréquentes, ces expériences sont aussi souvent invisibilisées, ce qui contribue à leur chronicité et à leur transmission silencieuse d'une génération à l'autre (Shin et al., 2023). Dans ce contexte, les parents de jeunes enfants représentent une population clé, particulièrement durant la période du postpartum qui constitue une fenêtre de temps à la fois sensible et stratégique. En effet, cette période est sujette à de nombreux défis, particulièrement un stress parental élevé (Barroso et al., 2017) et une alliance parentale en construction qui tente de s'ajuster (Sheedy et Gambrel, 2019). C'est donc une période idéale pour mettre en place des interventions ciblées qui favorisent la résilience. La présente thèse se place directement dans cette fenêtre de temps après la naissance d'un nouvel enfant et se penche sur la portée des traumatismes interpersonnels en enfance, en tenant compte de l'accumulation qui leur est propre (c.-à-d., TCE). Les données sont présentement limitées sur les mécanismes liant les traumatismes interpersonnels en enfance au stress parental et à l'alliance parentale, et qui permettraient de comprendre pourquoi certains survivants sont plus vulnérables que d'autres (Christie et al., 2018). Dans ce contexte, il importe de mieux documenter les mécanismes liant le TCE au stress et à l'alliance parentale, et ce, à travers un modèle qui rend compte de la complexité des difficultés rapportées par les survivants. À l'aide des capacités du soi, il sera possible d'examiner des répercussions associées à l'expérience de TCE et de mieux comprendre comment celles-ci influencent le fonctionnement parental. De plus, aucune étude ne s'est penchée sur l'effet que peut avoir les traumatismes interpersonnels en enfance sur la relation unissant l'alliance et le stress parental : deux processus au cœur de l'ajustement des parents durant le postpartum (Pinquart et Teubert, 2010) et qui sont associés au fonctionnement familial dans son ensemble (Camisasca et al., 2022; Ward et Lee, 2020). La présente thèse palliera cette lacune en vérifiant si ces deux processus opèrent de la même façon pour les parents davantage exposés au TCE et qui sont susceptibles de nécessiter plus de soutien après la naissance d'un enfant. Enfin, les études documentant le postpartum auprès des parents exposés aux traumatismes interpersonnels en enfance se sont jusqu'à maintenant majoritairement intéressées à l'expérience d'un seul parent (Christie et al., 2018). Il importe donc d'examiner le TCE, le stress parental et l'alliance parentale à l'aide d'une perspective dyadique qui tient compte de la contribution respective de chaque parent à leur propre fonctionnement, puis à celui de leur coparent. En définitive, cette thèse amènera une compréhension plus nuancée et contextualisée du début de la parentalité chez les survivants de TCE, et mettra en lumière l'importance de développer des interventions adaptées aux besoins spécifiques de ces parents et au couple parental.

## 6. Méthode

Cette thèse s'inscrit dans le projet *Couples Parentaux*, un plus vaste projet longitudinal dirigé par les professeures Natacha Godbout et Alison Paradis, subventionné d'abord par le Conseil de Recherches en Sciences Humaines (CRSH) puis par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC). Ce projet s'intéresse à la santé mentale des couples avec un jeune enfant vivant au Québec, à partir de la naissance du plus récent enfant. Les parents venant d'avoir un nouvel enfant ont été recrutés dans le cadre d'une collaboration avec le Régime d'Assurance Parentale du Québec (RQAP) et avec l'autorisation de la Commission d'Accès à l'Information. Les coordonnées des parents ont été sélectionnées de manière aléatoire à travers la province de Québec et transmises à l'équipe de recherche par le RQAP. Les assistants de recherche ont contacté les parents via courriel et téléphone pour vérifier leur éligibilité à l'aide des critères d'inclusion suivants : (1) avoir 18 ans ou plus (âge de la majorité au Québec) ; (2) être parents d'un nourrisson âgé de 0 à 6 mois ; (3) être en couple avec l'autre parent ; (4) être parfaitement fluents en français ou en anglais, à l'oral comme à l'écrit ; et enfin, (5) l'un des parents devait avoir porté l'enfant. La présente thèse inclut seulement les couples composés de parents de genre opposé en raison des modèles d'analyse employés qui sont basés sur le genre. La quantité de couples de même genre dans le projet n'était pas suffisante pour procéder à des analyses séparées utilisant un autre facteur de différenciation que le genre (p. ex., avoir porté l'enfant). Les couples s'étant séparés après le premier temps de mesure n'ont pas été inclus dans le deuxième ni le troisième article de la thèse en raison de différences potentielles au niveau de l'alliance parentale (Bastais et Mortelmans, 2017) et du stress parental (Halpern-Meehin et Turney, 2016), qui étaient jugées trop importantes pour maintenir une interprétation et généralisation adéquate des résultats en lien avec les hypothèses de l'étude. À l'aide d'un code personnalisé, les parents ont été invités à remplir individuellement un questionnaire hébergé en ligne sur la plateforme Qualtrics. Une compensation financière de 40 \$ (20 \$ par parent) a été remise une fois que les deux coparents avaient complété l'étude. Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Montréal (voir Annexe A pour le formulaire de consentement et Annexe C pour les certificats d'approbation éthique).

Cette thèse utilise trois sous-échantillons. Pour le premier article scientifique, un échantillon ( $n = 421$  couples) issu du premier temps de mesure du projet a été utilisé. Pour le deuxième article, un échantillon de parents ayant participé aux deux premiers temps de mesure a été utilisé ( $n = 923$

couples). Finalement, le troisième article utilise un échantillon de parents ayant participé aux trois premiers temps de mesure ( $n = 958$  couples).

Pour l'ensemble des articles, le niveau de TCE été mesuré à l'aide du Questionnaire des traumatismes cumulatifs en enfance (CCTQ; Godbout et al., 2017) tandis que les capacités du soi ont été mesurées via l'Inventaire des capacités du soi altérées (IASC : Briere et Runtz, 2002; Bigras et Godbout, 2020). Pour le premier et troisième article, le stress parental a été mesuré grâce à l'Échelle de Stress Parental (PSS; Berry et Jones, 1995; Bakhos, Rassart et al., 2023). Dans le second et troisième article, l'alliance parentale a été mesurée à l'aide de l'Inventaire d'Alliance Parentale (PAI : Konold et Abidin, 2001). À chaque temps de mesure de *Couples Parentaux*, les parents ont répondu à une même série d'items recueillant leurs données sociodémographiques (âge, revenu, niveau d'éducation, nombre d'enfant, occupation, etc.) et qui a été utilisée dans la présente thèse.

## CHAPITRE II

### **Cumulative childhood interpersonal trauma and parenting stress: The role of self-capacities disturbances among couples welcoming a newborn**

Publié en 2022 dans la revue *Child Abuse & Neglect*, 129, <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105638>

**Cumulative childhood interpersonal trauma and parenting stress: The role of self-capacities disturbances among couples welcoming a newborn**

Camille Andrée Rassart, B.A.

Department of psychology, Université du Québec à Montréal

Alison Paradis, PhD.

Department of psychology, Université du Québec à Montréal

Sophie Bergeron, PhD.

Département de Psychologie, Université de Montréal

Natacha Godbout, PhD.

Département de Sexologie, Université du Québec à Montréal

## Abstract

**Background:** The birth of a child is a life-defining event which tends to widen the gap between parents' resources and the demands they face, generating parenting stress. In this regard, individuals who experienced childhood trauma, particularly cumulative childhood interpersonal trauma (CCIT), appear more vulnerable, with higher rates of parenting stress. However, dyadic studies are lacking and the mechanisms explaining the association between CCIT and parenting stress remain unknown, limiting the promotion of resilience in parental couples. **Objective:** Based on the Self-Trauma Model and the Actor-Partner Interdependence Model, this study examined the role of self-capacities disturbances (i.e., affect dysregulation, identity impairment and interpersonal conflicts) in the association uniting CCIT and parenting stress. **Participants and settings:** A randomly selected sample of 421 parental couples of an infant. **Methods:** Participants completed self-reported measures online. *Results:* Path analyses revealed that CCIT was associated to greater parenting stress through affect dysregulation and identity impairment, in both mothers and fathers ( $R^2 = 22.4\%; 20.7\%$ ). APIM modeling revealed a dyadic association between mothers' proneness to interpersonal conflicts and fathers' parenting stress, in addition to indirect effects involving all three self-capacities in the associations between one parent's CCIT and their partner's parenting stress. **Conclusions:** CCIT-exposed individuals may experience parenting stress through difficulties with self-capacities at the individual and dyadic level, highlighting these capacities as promising intervention targets during the postpartum period, and emphasizing the need to involve both parents since intricate dyadic patterns may be at play.

**Keywords:** Childhood interpersonal trauma, Parenting stress, Self-capacities

## **Introduction**

While the birth of a child can be a source of fulfillment and personal growth, it is also associated with a decline in psychological functioning (Neri et al., 2020). During this crucial period, parenting stress is one of the most frequently reported difficulties by parents in both community (Lavoie & Fontaine, 2016) and clinical settings (Barroso et al., 2017). An extensive literature suggests that parents who endured childhood trauma are more vulnerable to parenting stress, resulting in a more challenging experience with parenthood (for a review, see Christie et al., 2018). In fact, many individuals who experienced trauma carry a psychological burden which can be re-awakened throughout their adult life (McLaughlin et al., 2010), particularly when navigating a period as demanding as the birth of a child. Although studies have been conducted on childhood trauma and parenting stress, most have focused on the subsequent impacts of parenting stress on child development (e.g., Bosquet et al., 2018) and few have investigated the explanatory mechanisms involved in parenting stress in relation with childhood trauma. This lack of information on mechanisms limits the identification of targets for the promotion of resilience in individuals who experienced trauma and whose parenting stress may be at risk of deteriorating or remaining chronically high over time (Chang & Fine, 2007), affecting their partner (Kanter & Proulx, 2019), their child (Bosquet et al., 2018) and the well-being of their family. Indeed, parenting stress is linked to poorer mental-health (Neri et al., 2020) and decreased relationship satisfaction in parents (Leavitt et al., 2017) during the postpartum period. Couples in which at least one parent has experienced childhood trauma are at greater risk of experiencing such repercussions (Christie et al., 2018). It is therefore crucial to elucidate which mechanisms explain their parenting stress. To this end, the current cross-sectional dyadic study examined the mechanisms known to be directly affected by childhood trauma and contributing to its continuing repercussions: the capacities to effectively deal with emotions, identity and interpersonal relationships, known as self-capacities.

### **Cumulative childhood interpersonal trauma**

Childhood interpersonal trauma refers to any form of deleterious experience occurring during childhood or adolescence within a relational context, such as sexual abuse, physical and psychological violence, physical and psychological neglect, exposure to domestic violence (Finkelhor et al., 2007) and bullying (Espelage et al., 2016). Over the past decade, studies have increasingly drawn attention to the cooccurrence of different types of childhood interpersonal

trauma (e.g., Cloitre et al., 2009; Ogle et al., 2014). For example, physical and psychological violence are often reported within the same families (e.g., Herrenkohl et al., 2008), and sexual abuse is usually reported in cooccurrence with many other types of interpersonal trauma (Finkelhor et al., 2007). This phenomenon of accumulation (i.e., two or more types of traumas) is known as cumulative childhood interpersonal trauma (CCIT). Epidemiological studies by Finkelhor et al. (2007, 2009) provide a portrait of the extent of CCIT in the general population, revealing that 61% of American children have experienced at least one form of interpersonal trauma in childhood and, among these children, more than a third (38.7%) have experienced two or more (Finkelhor et al., 2009). More importantly, CCIT appears to best predict the development of clinical symptoms (e.g., depression, posttraumatic stress) in comparison with the experience of a single form of trauma, even when taking into account the severity level of each single form of childhood trauma (e.g., severe sexual or physical abuse; Finkelhor et al., 2007; Ogle et al., 2014). Studies also demonstrate that CCIT is linked to complex repercussions beyond posttraumatic stress symptoms and tends to impact multiple aspects of functioning (e.g., interpersonal relationships, mood) (Briere et al., 2008). In return, these outcomes tend to persist throughout adulthood and can be reactivated or exacerbated by significant stress (McLaughlin et al., 2010). Taking into account the accumulation of different types of traumas is therefore necessary to obtain a more comprehensive picture of childhood interpersonal trauma and its challenging repercussions on the parental experience.

### **Parenting stress and childhood trauma**

Parenting stress is defined by the perception of a significant gap between the parent's available resources and the demands linked to their child (Abidin, 1990). Parenting stress is considered to be a common experience following the birth of a child due to the multiple associated demands, including the time required for care, the additional financial burden, and the need to balance multiple roles (e.g., parent, spouse, professional) (Deater-Deckard, 2008). However, when parental resources are limited and ineffective to face these demands, a gap between resources and demands may emerge, leading to significant parenting stress.

Given the deleterious outcomes associated with childhood interpersonal trauma, it is not surprising to note that individuals who endured these experiences report higher levels of parenting stress (for a systematic review, see Hugill et al., 2017). However, the majority of studies exclusively looked at childhood sexual abuse (Hugill et al., 2017). Among studies that examined different types of

childhood trauma, only two considered cumulative childhood trauma (i.e., Lange et al., 2019; Wilson et al., 2017). However, these two studies included non-interpersonal traumas (e.g., accidents; Wilson et al., 2017), and broader adverse childhood experiences (e.g., imprisoned family members; Lange et al., 2019) in their definition of cumulative childhood trauma. Although all of these childhood experiences deserve proper attention, childhood interpersonal trauma involves a higher potential for trauma sequelae which needs to be taken into account distinctly from non-interpersonal childhood trauma (Briere et al., 2010). Indeed, childhood interpersonal trauma is likely to involve an attachment figure (e.g., child maltreatment by a parent) or a perpetrator that the person met regularly (e.g., peer bullying), or other people in a position of trust or authority. Such interpersonal trauma tends to significantly alter daily relationships with peers, family, or intimate partners, and is conducive to long-term negative psychological repercussions (Espelage et al., 2016; Godbout & Hébert, 2016). Lange et al. (2019) revealed a significant dose-response relationship between adverse childhood experiences and parenting stress in a sample of 81 mothers with depressive symptoms and low socioeconomic status. Nonetheless, study is needed to go beyond these results to advance our comprehension of parenting stress in individuals with past childhood interpersonal trauma by targeting these experiences through the construct of CCIT, but also by examining more representative samples of mothers and fathers. In fact, most studies on childhood trauma and parenting stress have focused exclusively on mothers (e.g., Ammerman et al., 2013), despite parenthood usually involving two co-parents. Not only previous studies have neglected to examine parenting stress in fathers, but the well-documented interdependence between parents and their respective functioning need to be taken into account (Neri et al., 2020). Accounting for interdependence is key when studying parenting stress due to the phenomenon of stress crossover, where an emotional stress response experienced by an individual tend to lead to similar emotions in their intimate partner (Bolger et al., 1989). Moreover, a growing body of research demonstrates that childhood trauma, especially CCIT, may not only have profound implications for the individuals who experienced them, but also for their intimate partners (e.g., Dugal et al., 2020). It is therefore critical to adopt a more inclusive dyadic perspective that allows us to examine CCIT and parenting stress within the parental couple through actor effects (i.e. association between an individual's own scores on an independent variable and an outcome variable) as well as partner effects (i.e. association between an individual's scores on an independent variable and their partner's scores on an outcome variable).

### **Potential explanatory mechanisms: self-capacities**

In order to prevent repercussions on parental practices and the risk of intergenerational transmission of trauma (Bosquet et al., 2018), it is crucial to examine the explanatory mechanisms that may explain the link between CCIT and parenting stress. Studies have identified the role of post-partum depressive symptoms (Ammerman et al., 2013; Schuetze & Eiden, 2005), attachment security (Moe et al., 2018), affect dysregulation (Bai & Han, 2016), and social support (Ammerman et al., 2013) as risk factors for elevated parenting stress in relation with past childhood trauma. All of these studies did not take into account the potential for CCIT and all were conducted exclusively with mothers, with the exception of Bai and Han (2016) which examined parenting stress in parental couples of school-age children. The results of this dyadic study revealed the significant role of affect dysregulation in the association between childhood psychological violence and parenting stress for exposed individuals and their spouses. Nevertheless, current results suggest that other variables that have not been the subject of empirical studies yet may be at play and could benefit from being studied within a dyadic design.

A theoretical framework encompassing the key repercussions of childhood interpersonal trauma could help identify variables that not only represent risk factors, but also allow us to understand how trauma affects the ability to cope with parenting stress and to pinpoint which trauma-related sequelae contribute to it. Briere's Self-Trauma Model (1996) provides an essential theoretical framework identifying the most decisive repercussions of childhood interpersonal trauma and the capacities to cope with them. This model postulates that childhood interpersonal trauma can alter the development of self-capacities. Formed in the context of positive parent-child attachment experiences, self-capacities refer to the extent to which an individual is able to accomplish three tasks: 1) maintain a sense of personal identity and self-awareness across various experiences (i.e., identity cohesion); 2) tolerate and control strong negative emotions without resorting to avoidance (i.e., affect regulation); and 3) develop and maintain meaningful relationships with others that are not disturbed by excessive conflict or abandonment concerns (i.e., relatedness) (Briere & Runtz, 2002). These capacities can be severely impaired by the experience of CCIT due to its early and cumulative nature (Dugal et al., 2018) while being crucial to manage stressful situations that may elicit trauma-related distress (Briere, 1996). Self-capacities disturbances have been identified as significant mechanisms linking childhood interpersonal trauma and psychosocial difficulties in adulthood, such as relationship distress (Bigras, Godbout, Hébert, et al., 2015), sexual distress and

anxiety (Bigras, Godbout, Briere, et al., 2015), and the development of an anxiety disorder (Dvir et al., 2014). However, self-capacities remain scarcely documented among parents. Yet, all three self-capacities may be associated with parenting stress following the birth of a child. Indeed, parents have to regulate their behavior according to the needs of their infant even while experiencing intense affect (e.g., fear, frustration), which also need to be regulated (Deater-Deckard, 2008). Identity can be impacted by the arrival of a newborn and the accumulation of different roles which, in return, can generate stress (Cast, 2004). This transition period is also subject to many tensions between partners which can exacerbate relationship conflicts (Westdahl et al., 2007). CCIT-exposed individuals with impaired relatedness could see their relationships with people they rely on (e.g., spouse, relatives or friends) significantly worsen during this crucial period, contributing to more parenting stress. Thus, in the context of a new birth, altered self-capacities could be associated with significant parenting stress. To our knowledge, two studies have examined at least one self-capacity in relation to parenting stress among individuals who experienced childhood interpersonal trauma. In addition to Bai and Han (2016) study on childhood psychological violence, affect regulation and parenting stress, Dhayanandhan and Bohr (2016) documented identity disturbances in a sample of 95 adult and teenage mothers. Their results revealed that a more defined identity facilitated parenting stress management, especially for mothers with childhood interpersonal trauma history. Despite this, no empirical study has used the Self-Trauma Model, encompassing all three self-capacities, to examine parenting stress in relation with childhood interpersonal trauma, cumulative or not.

### **Objectives and hypotheses**

Using a dyadic perspective, the present study examined the mediating role of self-capacities (i.e., indirect effects of affect regulation, identity cohesion and relatedness) in the association between CCIT and parenting stress following the birth of a child. Within the parental couple, it was first expected that one parent's level of CCIT would be positively associated to their own parenting stress and to their partner's. Following a dyadic approach (Ledermann et al., 2011), there are four paths through which indirect effects may occur; *actor-actor*, *actor-partner*, *partner-partner* and *partner-actor*. Therefore, it was expected that one parent's level of CCIT would be positively associated to their own level of self-capacities disturbances which, in return, would be positively associated to their own parenting stress (*actor-actor* indirect effect). We expected that one parent's level of CCIT would be positively associated to their own level of self-capacities disturbances

which, in return, would be positively associated to their partner's parenting stress (*actor-partner* indirect effect). We also expected that one parent's level of CCIT would be positively associated to their partner's level of self-capacities disturbances which, in return, would be positively associated to their own parenting stress (*partner-partner* indirect effect). Finally, it was expected that one parent's level of CCIT would be positively associated to their partner's level of self-capacities disturbances which, in return, would be positively associated to their partner's parenting stress (*partner-actor* indirect effect).

## **Method**

### **Participants**

The sample consisted of 421 different-gender couples (i.e., 421 mothers and 421 fathers) from the community. Mothers were aged 19 to 46 years ( $M = 31.47$ ;  $SD = 4.57$ ) while fathers were aged 21 to 53 years ( $M = 33.75$ ;  $SD = 5.6$ ). The majority (67.5%) of parental couples were in common-law relationships (i.e., living together but not married) and 32.5% were married. The average relationship duration was 88 months (7 years) and ranged from 10 months to 21.5 years ( $SD = 50.45$  months). Participants were all parents of an infant ( $M = 2.68$  months;  $SD = 1.78$ ). Parents reported an average of two children ( $M = 1.9$ ;  $SD = 1.1$ ) and 43.2% ( $n = 364$ ) of them had welcomed their first child. For additional sociodemographic information, see Table 1.

### **Procedure**

Parents who recently welcomed a new child were recruited through a collaboration with the Quebec Parental Insurance Plan (QPIP; income replacement plan for parents of a newborn taking parental leave) and the authorization of the Commission d'accès à l'information (i.e., organization overseeing the application of the Access Act and the Privacy Act, and the protection of citizens' personal information). With the help of the QPIP, contact details (i.e., names, phone numbers and email addresses) from parents across the province of Quebec were randomly selected and transmitted to the research team. Research assistants contacted both parents via email and phone to verify their eligibility and invite them to participate in the study. The inclusion criteria were: 1) being aged 18 years or older (age of majority in Quebec); 2) being parents of an infant between 0 and 6 months of age; 3) being in a couple relationship with the other parent; 4) being fluent in written and spoken French or English; and 5) one of the parents had carried the child. The study was described as a confidential online survey on the psychological and relational well-being of

parental couples. Using a personalized numerical code, parents were invited to individually complete an online questionnaire hosted on the Qualtrics platform. Participation required approximately 40 min. A financial compensation of 40\$ in gift cards (20\$ per parent) was given once both partners had completed the study. Participants from this study completed measures between January 2019 and February 2020, before the COVID- 19 pandemic. The study was approved by the research ethics committee of the University of Quebec in Montreal.

## **Measures**

Cumulative childhood interpersonal trauma (CCIT) was assessed using the Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ; Godbout et al., 2017). In total, using 24 items, eight types of childhood interpersonal trauma were assessed: parental physical abuse, parental psychological abuse, parental physical neglect, parental psychological neglect, sexual abuse, peer bullying, and exposure to interparental psychological and physical violence. Childhood sexual abuse was assessed based on Canada's Criminal code and considered if it had occurred at least once before 18 years old (i.e., age of majority in Quebec). For the other types of interpersonal trauma, participants reported how often they experienced each type in a typical year before 18, on a 7-point Likert scale ranging from “never” (0) to “every day” (6). These types of traumas were included in the total CCIT index score if they had occurred at least once in a typical year before the age of 18. Each form of childhood trauma was first dichotomized as experienced (1), or not (0) and then summed to form an index of CCIT, ranging from 0 – no childhood trauma to 8 – eight different childhood traumas. This composite score is often used in scientific literature on interpersonal trauma and reflects past findings that using a cumulative score of childhood interpersonal trauma best predicts the severity of its sequelae (Finkelhor et al., 2007; Lafrenaye-Dugas et al., 2018). In this sample, Cronbach's alpha indicated high internal consistency ( $\alpha = 0.90$  for mothers;  $\alpha = 0.89$  for fathers), corresponding to previous alphas from studies using the CCTQ (Bigras, Godbout, Briere, et al., 2015; Lafrenaye-Dugas et al., 2018).

Self-capacities were evaluated using scales from the Inventory of Altered Self-Capacities (IASC; Briere & Runtz, 2002; translated and validated in French by Bigras & Godbout, 2020). The IASC is a standardized instrument developed specifically for adults who have experienced interpersonal trauma and validated among adults from the general population (Briere & Runtz, 2002). The scales of affect dysregulation, identity impairment and interpersonal conflicts consisted of items

measuring the self-capacities of affect regulation (e. g., personal difficulties with controlling your anger), identity cohesion (e.g., feeling like you do not understand yourself) and relatedness (e.g., having tumultuous relationships in your daily life). Each of the scales consists of 9 items rated on a 5-point Likert scale ranging from “never” (1) to “very often” (5). The total score for each subscale ranges from 9 to 45; a higher score indicates a higher level of alteration of self-capacities. Cronbach's alphas in the current study indicated high internal consistency of all three scales: affect dysregulation ( $\alpha = 0.90$  for mothers;  $\alpha = 0.90$  for fathers), identity impairment ( $\alpha = 0.86$  for mothers;  $\alpha = 0.87$  for fathers) and interpersonal conflicts ( $\alpha = 0.85$  for mothers;  $\alpha = 0.86$  for fathers), similarly to the alphas observed in both the original and French version validation studies (Bigras & Godbout, 2020; Briere & Runtz, 2002).

Parenting stress was assessed using the Parental Stress Scale (PSS; Berry & Jones, 1995; French validated translation by Bakhos et al., in revision). The scale is composed of 18 items divided into positive (e.g., personal development) and negative (e.g., restrictions, financial and mental burden) statements on parenting (e.g., “I sometimes worry whether I am doing enough for my child(ren).”). Parenting stress is measured by weighing the negative impacts of parenthood versus the benefits it provides. Parents were asked to answer based on their current experience with their infant, using a 5-point Likert scale varying from “strongly disagree” (1) to “strongly agree” (5). The total score varies between 18 and 90: a higher score indicating a higher level of parenting stress. In this sample, the PSS demonstrated high internal consistency for both mothers ( $\alpha = 0.86$ ) and fathers ( $\alpha = 0.88$ ).

### **Data analysis**

Descriptive and correlational analyses were performed using the Statistical Package for Social Sciences software (SPSS, version 26). The hypothesized path analysis model was then tested using the software Mplus 8.4 (Muthén & Muthén, 2015). All paths were estimated using a maximum likelihood approach with standard errors (MLR) that is robust to non-normality. Given that the current study assumes the presence of a mutual influence between mothers and fathers' CCIT, self-capacities and parenting stress, analyses were guided by an extension of the Actor–Partner Interdependence Model incorporating potential indirect effects of mediating variables from both parents (APIMeM; Ledermann et al., 2011). Within the APIMeM model, the exogenous variables of each parent (i.e., CCIT level) and the endogenous variables of each parent (i.e., parenting stress

level) are simultaneously linked according to the *actor* effects (i.e., relationship between a parent's CCIT and their own parenting stress) and according to the *partner* effects (i.e., relationship between a parent's CCIT and the parenting stress of their co-parent). Similarly, indirect links were examined according to hypothesized *actor-actor*, *actor-partner*, *partner-partner*, and *partner-actor* indirect effects. To consider potential confounding variables in the measurement of parenting stress, eleven socio-demographic variables (i.e., maternal and paternal age, maternal and paternal income, maternal and paternal level of education, maternal and paternal number of children, maternal and paternal primiparous status, and the infant's age) were tested as covariates in the integrative model.

Although we had no a priori hypotheses about the role of gender, we tested whether associations differed between mothers and fathers in the model. Thus, all actor links, partner links and covariances were progressively constrained to be equal between mothers and fathers. We also examined the relative contributions of *actor* and *partner* effects to parenting stress by constraining them to be equal in the same parent. For example, the effect of mothers' CCIT on mothers' parenting stress could be statistically equivalent to the effect of fathers' CCIT on mothers' parenting stress. Produced constrained models were compared to the saturated-baseline APIMeM model in terms of model fit and were also compared with each other using the rescaled  $-2 \log$  likelihood difference test, which is distributed as chi-squared with degrees of freedom equal to the rescaled difference in the number of parameters between models (Satorra & Bentler, 2010). A nonsignificant chi-square test value ( $\alpha \geq 0.05$ ) was used to determine whether a model fit decrease was significant or not. Several fit indices were used to examine whether the final model was well-adjusted to the data. A combination of a non-statistically significant chi-square value, a ratio value of chi-square to degrees of freedom ( $\chi^2/df$ ) less than three, comparative fit index (CFI) and Tucker–Lewis index (TLI) values of 0.90 or higher, a root mean square error of approximation (RMSEA) value below 0.06 and a standardized root mean square residual (SRMR) value below 0.08 indicated good fit (Kline, 2015). Then, within the final APIMeM model, the bootstrap resampling method was used to test whether the indirect effects of self-capacities were significant (Hayes, 2017). This technique allows to estimate indirect effects by testing them in 10,000 randomly selected subsamples. If the bootstrap confidence interval obtained does not contain zero, the indirect effect is considered to be significant (MacKinnon & Fairchild, 2009).

## Results

### Descriptive statistics

Prevalence rates for childhood interpersonal trauma in the sample are presented in Table 1. Means and standard deviation for each measure are presented in Table 2. Results of paired group comparison tests indicated that scores for CCIT differed significantly between fathers and mothers,  $T(420) = 2.28, p = .02$ , with mothers reporting a higher number of different types of traumas. There was also a significant difference between fathers and mothers on the affect dysregulation scores,  $T(420) = 4.89, p < .001$ , the identity impairment scores,  $T(420) = -2.32, p = .02$ , the interpersonal conflicts scores,  $T(420) = 2.54, p = .01$ , with mothers presenting a higher level of altered self-capacities. Finally, scores for parenting stress significantly differed between fathers and mothers  $T(420) = -3.01, p = .003$ , with fathers reporting a higher level of parenting stress than mothers. Statistically significant bivariate Pearson correlations were observed between all studied variables (see Table 2).

### APIM models of the link between CCIT and parenting stress mediated by self-capacities

First, direct path analysis was used to examine direct links and revealed significant actor effects between CCIT and parenting stress, among mothers ( $\beta = 0.19, p < .001$ ) and fathers ( $\beta = 0.35, p < .001$ ). A direct partner effect was also observed between fathers' CCIT and mothers' parenting stress ( $\beta = 0.19, p < .001$ ). In total, this first APIM model explained respectively 9.6% and 11.3% of mothers' and fathers' parenting stress.

Then, path analyses were performed to examine the indirect effects of self-capacities in the links uniting CCIT and parenting stress. All possible paths between parents' CCIT, interpersonal conflicts scores, identity impairment scores, affect dysregulation scores, and parenting stress were tested in a fully saturated-baseline APIMeM model, along with covariances between each parent's CCIT, self-capacities, and parenting stress scores, and between different self-capacities scores. At the actor level, for both mothers and fathers, CCIT was significantly linked to both identity impairment and affect dysregulation, which in return, were linked to parenting stress. While CCIT was linked to interpersonal conflicts for mothers and fathers, interpersonal conflicts were not linked to parenting stress. At the partner level, results revealed that higher scores of interpersonal conflicts in mothers were linked with higher parenting stress in fathers. All direct actor and partner links between CCIT and parenting stress identified in the first APIM model remained statistically

significant in this APIMeM model with self-capacities. Except for affect dysregulation scores, all variables in the model significantly covaried between mothers and fathers. Parents' age, level of education, personal annual income, number of children, primiparous status, and infant's age were progressively added as covariates. In mothers, only the age ( $\beta = 0.10, p = .03$ ) and the level of education ( $\beta = 0.18, p < .001$ ) were significantly associated with parenting stress while, in fathers, the only significant covariate was the level of education ( $\beta = 0.11, p = .004$ ). Similar paths were observed with the inclusion of these significant covariates in the model (variations in standardized estimates ranging 0.001–0.03).

### **Constrained models and final model fit**

To examine whether associations differed according to gender, all actor links, partner links and covariances were progressively constrained to be equal between mothers and fathers. Results indicated that every links in the model could be constrained to be equal between mothers and fathers, with the exception of three. Precisely, constraining partner links between scores of interpersonal conflicts and parenting stress, between affect dysregulation and parenting stress, and between CCIT and parenting stress to be equal across mothers and fathers significantly worsened model fit, indicating gender-based differences on those links. Next, we progressively constrained actor and partner links together to be equal (e.g., 1) link between mothers' CCIT and mothers' parenting stress, and 2) link between mothers' CCIT and fathers' parenting stress). The rescaled  $\chi^2$  2 log likelihood difference test allowed to detect equal contributions of actor and partner links to parenting stress across three links; 1) the actor link between mothers' CCIT and mothers' parenting stress, 2) the partner link between fathers' CCIT and mothers' parenting stress, and 3) the actor link between fathers' CCIT and fathers' parenting stress, indicating those links were statistically equivalent. The final constrained APIMeM model including all constraints (i.e. gender similarities and equal contributions of actor and partner links) is presented in Fig. 1 with standardized estimates and significance levels. Pooled standardized estimates are reported for statistically equivalent links. The fit indicators revealed an excellent adjustment between the data and the final model,  $\chi^2(19) = 19.389, p = .43, \chi^2/df = 1.02, CFI = 1, TLI = 0.99, RMSEA = 0.007, 95\% CI [0.000, 0.043], SRMR = 0.03$ . This model explained 22.4% of mothers' parenting stress and 20.7% of father's parenting stress. The bootstrap procedure confirmed ten significant indirect effects in this final model. All significant indirect effects between CCIT and parenting stress are presented in Table 3 with corresponding standardized estimates, 95% confidence intervals and levels of significance.

## Discussion

The current study examined the indirect role of self-capacities disturbances in the association between CCIT and parenting stress. By doing so, the current study expands on prior knowledge on how individuals with past trauma may report higher rates of parenting stress, while providing new insight on how the Self-Trauma Model, as a theoretical framework, may help understand parenting stress. Results also went a step further than previous studies by targeting various forms of childhood interpersonal trauma in their cumulative form and by including both mothers and fathers within a dyadic design, thereby providing a more integrative portrait of childhood trauma and parenting stress in adulthood.

Our first hypothesis that one's CCIT would be positively linked to one's parenting stress was confirmed. This finding corroborates those of a previous study (Lange et al., 2019), while highlighting for the first time the association between an accumulation of childhood interpersonal trauma (i.e., events with a higher potential of trauma sequelae) and parenting stress in both mothers and fathers. Furthermore, parents reported having endured an average of 2.6 different types of childhood interpersonal trauma; a result consistent with those of previous studies among adults from general populations in which CCIT means vary from 2.5 to 3 (e.g., Dugal et al., 2018), and confirming that childhood interpersonal trauma rarely occurs in isolation. Although mothers reported higher scores of CCIT and fathers reported higher scores of parenting stress, fathers and mothers did not differ significantly regarding the association between their experience of CCIT and parenting stress. Such results suggest an increased sensitivity to parenting stress in parents who endured more CCIT, independently of their gender. This finding invites us to consider the effects of childhood trauma on parenting stress in both parents, although most studies on this topic focus on mothers exclusively (Hugill et al., 2017).

Our second hypothesis was partially confirmed with fathers' CCIT being significantly associated with mothers' parenting stress, while the opposite association (i.e., mother's CCIT on father's stress) was not significant. This suggests that mothers in a relationship with a partner who has endured a higher level of CCIT are likely to report greater parenting stress. This finding was further supported through a pattern linking CCIT and parenting stress identified across three statistically equivalent paths. Indeed, mothers' CCIT was only linked to their own parenting stress, whereas fathers' CCIT was associated similarly to both their own parenting stress and their partner's

parenting stress. Following the birth of a child, the co-parent is generally the main source of support, validation, and encouragement (Deater-Deckard, 2008). Being in a relationship with a co-parent who has endured CCIT, and who may themselves go through a difficult transition, could alter the quantity of resources available to cope with the demands of an infant and increase stress. The current findings might be interpreted through the realities of mothers who may be especially vulnerable to this situation given that, after childbirth, their reliance on their partner is generally higher (e.g., emotional support, help with postpartum recovery and house chores, encouragement with breastfeeding; Tohotoa et al., 2009).

Next, results highlight the role of two mechanisms in the association between CCIT and parenting stress within a same parent: affect dysregulation and identity impairment. Affect dysregulation was previously documented as a mechanism (Bai & Han, 2016) and may increase parenting stress by impairing the ability to cope with parenting stressors (Cao et al., 2017). Indeed, CCIT was related to higher affect dysregulation which, in return, was related to higher parenting stress in parents, reflecting a lack of effective strategies to regulate emotions. Less effective regulation strategies (e.g., avoidance, destructive behaviors) may provide temporary relief but would interfere with parents' capacity to adapt readily in the face of stressors, leading to higher perceived parenting stress (Cao et al., 2017). Furthermore, the indirect effect of affect dysregulation in the link between CCIT and parenting stress might reflect a dysregulation of the stress-response system, a phenomenon documented in CCIT-exposed individuals (Lange et al., 2019). CCIT tends to exceed affect regulation resources and exposed individuals may develop a prolonged state of stress where it becomes difficult to distinguish a dangerous situation from a neutral one (Godbout & Hébert, 2016). For any parent, discriminating alarming signals from non-alarming ones in their infant is not an easy task, especially during the first months when signals are often expressed through crying (Rutherford et al., 2015). In sum, CCIT-exposed individuals who experience lasting affect dysregulation could encounter more difficulties with this same discrimination process with their infant, thus increasing their parenting stress.

Given the absence of studies on the explanatory role of identity cohesion in the link between CCIT and parenting stress, results for fathers and mothers in this study are especially telling. Although most parents from the current sample were not first-time parents (56.8%), our findings are consistent with what we know about identity and the transition to parenthood. Indeed, qualitative studies have shed light on the feelings of confusion that both primiparous and non-primiparous

mothers who recently had a child may experience as they still attempt to integrate their parental role to their identity (e.g., Abrams & Curran, 2011). As for fathers, they can report difficulties in reconciling multiple identities of spouse, co-parent, caregiver and provider (Habib, 2012). Such identity concerns appear to impact parenting stress even when fathers have a second or third child (Knoester & Petts, 2017). Results of this study show that CCIT-exposed parents report more identity impairment, depicting greater identity diffusion and difficulties with self-awareness (Briere & Runtz, 2002), which contributes uniquely to their own parenting stress. Self-awareness deficits may impair the ability of CCIT-exposed individuals to understand their own reactions to their infant and increase their stress during parenting tasks. As for CCIT-exposed individuals who report a less stable and more fragmented identity, differentiating personal needs and feelings from those of others could prove more difficult, especially following a new birth when parents are often cocooned together at home. Previous studies showed that mothers who report feeling as though they are losing their own identity through their parenting role or becoming someone else are prone to more distress during the first months postpartum (Abrams & Curran, 2011; Laney et al., 2015). Our results therefore confirm a key role of identity in the link between CCIT and parenting stress in mothers and fathers.

Contrary to our hypotheses, interpersonal conflicts were not a significant mechanism in the link between one parent's own level of CCIT and own parenting stress. Although correlational analyses indicate significant associations between these variables, results suggest that interpersonal conflicts were not sufficiently linked with parenting stress in the same parent for indirect effects to be statistically significant in an integrative model including all three self-capacities. This result is not surprising given that in comparison with affect dysregulation and identity impairment, interpersonal conflicts as a scale reflects a self-capacity intrinsically linked to interpersonal relationships (i.e. relatedness).

The dyadic design of this study allowed to document indirect effects between one's parent CCIT level and their co-parent's parenting stress. Results showed that the association between mothers' CCIT and fathers' parenting stress was partially explained by mothers' levels of interpersonal conflicts, thus confirming the relational component of this self-capacity. In other words, mothers with a higher CCIT background would be more likely to experience ups and downs in their relationships, to argue, to have fights and to get angry with others. After the birth of their child, these mothers could also exhibit a more negative style of communication with their partner,

generating parenting stress for them (i.e., in this case the father). To our knowledge, this study is the first to document associations between a greater tendency to be involved in interpersonal conflicts and parenting stress. Maternal levels of interpersonal conflicts also partially explain the association between fathers' CCIT and their own paternal stress. In this case, a father who is already struggling with his past CCIT could experience increased parenting stress in close proximity to a partner who is more conflictual in their relationships. The spillover effect from one's parents CCIT to another parents' stress through interpersonal conflicts appears to be gender-specific since fathers' interpersonal conflicts did not act as a mechanism. In this regard, interpersonal conflicts could be exacerbated by the hormonal changes and the increased fatigue (Christian et al., 2019) typical of mothers after giving birth, and throughout their greater proximity with the newborn during the first weeks postpartum (Lévesque et al., 2020).

The remaining indirect effects were found pertaining to partner links between one's parent CCIT and their co-parent's affect dysregulation and identity impairment. Self-capacities are usually believed to be mostly formed during childhood and adolescence, and to stabilize in adulthood (Briere & Runtz, 2002). However, in the event of stressful changes, such as the birth of a child, partners' emotions may be interconnected. It should also be noted that identity cohesion is not a static phenomenon, which may also be affected by the experience of new roles in adulthood or periods of transition (Marcia, 1994). In fact, results from the current study show that CCIT experiences in one parent are related to affect dysregulation and identity impairment in their co-parent. This finding is consistent with studies revealing that intimate partners without any history of interpersonal trauma may report psychological distress, including difficulties with affect dysregulation, at a similar degree to their partner with trauma antecedents (e.g., Dugal et al., 2018). Furthermore, mothers' and fathers' self-capacities disturbances covaried in the final model, supporting this idea of trauma sequelae being entangled between couple partners.

The majority of associations found in this study do not significantly differ between mothers and fathers. The adjustment of CCIT-exposed individuals to the birth of a new child, in terms of self-capacities and parenting stress levels, might therefore be comparable between mothers and fathers during the parental transition (e.g., Leavitt et al., 2017). This conclusion should, however, be nuanced given the significant mean differences between fathers and mothers reported in this study. It is also possible that such similarities between mothers and fathers are due to the phenomenon of marital resemblance: the observed tendency for romantic partners to be more phenotypically

similar for a given characteristic than would be expected by chance (Nordsletten et al., 2016). In addition to the covariation in self-capacities, CCIT levels also covaried between parents from the same couple. This suggests that a parent reporting a high level of CCIT is more likely to be in a relationship with a partner also reporting a high level of CCIT. Such an assortment between partners could be based on mating preferences but also on socioeconomic resemblance. Therefore, parents in our study may be assorted in part due to a compatibility of personal backgrounds, including CCIT and self-capacities, and this assortment could explain why inter-influences between couple partners contributed greatly to parenting stress in this study.

The current study relied on Briere's Self-Trauma Model (1996) and its focus on self-capacities to understand how CCIT sequelae may shape parenting stress. Our results add to those of past studies indicating the relevance of using the Self-Trauma Model to understand the mental health (Dvir et al., 2014) and the interpersonal relationships (Bigras, Godbout, Briere, et al., 2015; Bigras, Godbout, Hébert, et al., 2015) of individuals who experienced trauma, this time showing its relevance for parenting stress. The Self-Trauma Model draws attention to the capacities affected by CCIT (i.e., identity cohesion, affect regulation and relatedness): the same capacities harnessed throughout adulthood to help cope with important challenges and the distress they may elicit. It makes sense that these self-capacities are involved with parenting stress following a recent birth, as the current study demonstrates. Indeed, the postpartum period can be a stressful context for CCIT-exposed individuals as they are confronted to situations that may reminisce their own experiences as a child with their caregiver, potentially activating distress associated with these memories, and demanding from them core resources to take care of their infant in spite of everything.

### **Empirical and clinical implications**

This study stands out as the first application of the Self-Trauma Model within a parenting context – using a dyadic design in a random sample of parents with an infant – as explanatory mechanisms in the relation between CCIT and parenting stress. Although CCIT is gaining more attention in the scientific community, the current findings suggest that more research is needed to broaden our conceptualizations of childhood interpersonal trauma and capture the experience of CCIT-exposed individuals who, despite their potentially more severe sequelae, may sometimes go unnoticed in studies or intervention strategies within the general population. Results confirmed the relevance

of focusing on the role of affect regulation in the link uniting childhood trauma and parenting stress (Bai & Han, 2016), but also shed light on other mechanisms (e.g., identity cohesion) unexplored until now and which appear decisive during a process as transformative as the birth of a new child. Identifying these mechanisms is a first step to guide the creation and implementation of preventive interventions for CCIT-exposed parents and their partners before their parenting stress may become detrimental, thereby reducing the risk that they later engage in disruptive behaviors with their offspring (Maguire-Jack & Negash, 2016). While maintaining a trauma-sensitive approach, interventions targeting mindfulness (e.g., mindful parenting; Bögels & Restifo, 2014) could improve affect regulation in parents with CCIT while interventions targeting mentalization (e.g., parental reflective function) bear positive implications for all three self-capacities (Luyten et al., 2017). Fostering self-capacities in either individual or couple therapeutic settings would help CCIT-exposed parents to better navigate the transition following the birth of a new child.

### **Limitations and future studies**

Results of this study should be appreciated with consideration of its limitations. First, the directionality between the variables was postulated based on theoretical grounds and temporal sequence (e.g., childhood interpersonal trauma experienced before parenting stress), but longitudinal designs are needed to infer causation and further elucidate the role of self-capacities at different stages of parenthood. While results indicated that the final model remained a good representation of the data when controlling for primiparous status, future studies could examine specific populations of parents (e.g., first-time parents) to further our understanding of potential specificities regarding CCIT, self-capacities and parenting stress. Although the current sample was randomly selected, it remains possible that the couples who participated were among those who functioned better, allowing them more flexibility throughout their busy postpartum schedule to complete the survey. Moreover, this study was based on retrospective self-reports that may have introduced biases in participants' recall of CCIT. However, previous studies that examined the validity of self-reported trauma measures showed data to be reliable, especially when assessed through behaviorally specific questions, as is the case in the current study (Wilson & Miller, 2016). Finally, the current sample was only made up of different-gender couples and parents were predominantly Caucasian. This should be taken into account in the generalizability of findings as same-sex couples and parents of different ethnicities may report different scores of CCIT, self-

capacities and parenting stress, or may display different couple dynamics after the birth of their child.

In summary, self-capacities appear to be relevant mechanisms to understand parenting stress in relation with past childhood trauma, especially during the first months following the birth of a new child. Furthermore, this study suggests that maternal and paternal experiences are intrinsically linked during this period and need to be examined together whenever possible. These results have empirical and clinical implications, primarily as they may help develop resources for CCIT-exposed individuals during this transition period which, while stressful, can be one of the most meaningful of their family life.

## References

- Abidin, R. R. (1990). Introduction to the Special issue: The Stresses of Parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 298–301. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904\\_1](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904_1)
- Abrams, L. S., & Curran, L. (2011). Maternal identity negotiations among low-income women with symptoms of postpartum depression. *Qualitative Health Research*, 21(3), 373–385. <https://doi.org/10.1177/1049732310385123>
- Ammerman, R. T., Shenk, C. E., Teeters, A. R., Noll, J. G., Putnam, F. W., & Van Ginkel, J. B. (2013). Multiple mediation of trauma and parenting stress in mothers in home visiting. *Infant Mental Health Journal*, 34(3), 234–241. <https://doi.org/10.1002/imhj.21383>
- Bai, L., & Han, Z. R. (2016). Emotion Dysregulation Mediates Relations Between Chinese Parents' Histories of Childhood Emotional Abuse and Parenting Stress: Dyadic Data Analysis. *Parenting*, 16(3), 187–205. <https://doi.org/10.1080/15295192.2016.1158602>
- Bakhos, G., Rassart, C. A., Bélanger, C., Paradis, A., Hébert, M., & Godbout, N. (2023). Validation d'une version canadienne-française de l'Échelle de Stress parental auprès de Parents québécois. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 55(2), 161-168.
- Barroso, N. E., Mendez, L., Graziano, P. A., & Bagner, D. M. (2017). Parenting Stress through the Lens of Different Clinical Groups: a Systematic Review & Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(3), 449–461. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0313-6>
- Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The parental stress scale: Initial psychometric evidence. *Journal Social Pers Relat*. 12(3), 463-472. <https://doi.org/10.1177/0265407595123009>
- Bigras, N., Godbout, N., & Briere, J. (2015a). Child sexual abuse, sexual anxiety, and sexual satisfaction: The role of self-capacities. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(5), 464-483. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1042184>
- Bigras, N., Godbout, N., Hébert, M., Runtz, M., & Daspe, M.-È. (2015b). Identity and relatedness as mediators between child emotional abuse and adult couple adjustment in women. *Child Abuse & Neglect*, 50, 85-93. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.009>
- Bigras, N., & Godbout, N. (2020). Validation francophone de l'Inventaire des capacités du soi altérées au sein d'adultes de la communauté et d'un échantillon clinique. *Canadian Journal of Behavioral Sciences*. Advanced online publication. <https://doi.org/10.1037/cbs0000177>
- Bögels, S., & Restifo, K. (2014). *Mindful parenting*. Springer.
- Bolger, N., DeLongis, A., Kessler, R., & Wethington, E. (1989). The Contagion of Stress across Multiple Roles. *Journal of Marriage and Family*, 51(1), 175-183. <https://doi.org/10.2307/352378>
- Bosquet, E. M., Englund, M. M., & Egeland, B. (2018). Maternal childhood maltreatment history and child mental health: Mechanisms in intergenerational effects. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47, S47-S62. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1144189>

- Briere, J. (1996). A self-trauma model for treating adult survivors of severe child abuse. In J. Briere, L. Berliner, J. A. Bulkley, C. Jenny, & T. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 140–157). Sage Publications, Inc.
- Briere, J., Hodges, M., & Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: a structural equation model. *Journal of Traumatic Stress, 23*(6), 767–774. <https://doi.org/10.1002/jts.20578>
- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 21*(2), 223–226. <https://doi.org/10.1002/jts.20317>
- Briere, J., & Runtz, M. (2002). The Inventory of Altered Self-Capacities (IASC): A standardized measure of identity, affect regulation, and relationship disturbance. *Assessment, 9*(3), 230–239. <https://doi.org/10.1177/1073191102009003002>
- Cao, M., Powers, A., Cross, D., Bradley, B., Jovanovic, T. (2017). Maternal emotion dysregulation, parenting stress, and child physiological anxiety during dark-enhanced startle. *Developmental Psychobiology, 59*(8), 1021–1030. <https://doi.org/10.1002/dev.21574>
- Chang, Y., & Fine, M. A. (2007). Modeling parenting stress trajectories among low-income young mothers across the child's second and third years: Factors accounting for stability and change. *Journal of Family Psychology, 21*(4), 584–594. <https://doi.org/10.1037/08933200.2-1.4.584>
- Christian, L. M., Carroll, J. E., Teti, D. M., & Hall, M. H. (2019). Maternal sleep in pregnancy and postpartum part i: mental, physical, and interpersonal consequences. *Current psychiatry reports, 21*(3), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0999-y>
- Christie, H., Talmon, A., Schäfer, Haan, A., Vang, M., Haag, K., Gilbar, O., Alisic, E., & Brown, E. (2018). The transition to parenthood following a history of childhood maltreatment: a review of the literature on prospective and new parents' experiences. *European Journal of Psychotraumatology, 8*. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1492834>.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 22*(5), 399–408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Deater-Deckard, K. (2008). *Parenting stress*, Yale University Press.
- Dhayanandhan, B., & Bohr, Y. (2016). The role of identity development in moderating stress and promoting dyadic sensitivity in adolescent mothers. *Canadian Journal of Behavioural Science, 48*(1), 39–48. <https://doi.org/10.1037/cbs0000038>
- Dugal, C., Bélanger, C., Brassard, A., & Godbout, N. (2020). A Dyadic Analysis of the Associations Between Cumulative Childhood Trauma and Psychological Intimate Partner Violence: The Mediating Roles of Negative Urgency and Communication Patterns. *Journal of Marital and Family Therapy, 46*(2), 337–351. <https://doi.org/10.1111/jmft.12414>
- Dugal, C., Godbout, N., Bélanger, C., Hébert, M., & Goulet, M. (2018). Cumulative childhood maltreatment and subsequent psychological violence in intimate relationships: The role of

- emotion dysregulation. *Partner abuse*, 9(1), 18-40. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.9.1.18>
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard review of psychiatry*, 22(3), 149–161. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000014>
- Espelage, D. L., Hong, J. S., & Mebane, S. (2016). Recollections of childhood bullying and multiple forms of victimization: correlates with psychological functioning among college students. *Social Psy Edu*, 19(4), 715-728. <https://doi.org/10.1007/s11218-01-9352-z>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology*, 19(1), 149-166. <https://doi.org/10.1017/S0954579407070083>.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 33(7), 403–411. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.09.012>
- Godbout, N., & Hébert, M. (2016). Répercussions sexologiques de la violence sexuelle et interpersonnelle chez l'adulte: Aspects relationnels et pistes d'intervention. In F. Courtois & M. Bonierbale (Éds), *Fondements et pratiques en médecine sexuelle* (pp. 270-281). Éditions Lavoisier.
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford publications.
- Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Moylan, C. A. (2008). Intersection of Child Abuse and Children's Exposure to Domestic Violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 9(2), 84–99. <https://doi.org/10.1177/1524838008314797>
- Kanter, J. B., & Proulx, C. M. (2019). The longitudinal association between maternal parenting stress and spousal supportiveness. *Journal of Family Psychology*, 33(1), 121-131. <https://doi.org/10.1037/fam0000478>
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford Publications.
- Knoester, C., & Petts, R. J. (2017). Fathers' Parenting Stress After the Arrival of a New Child. *Family Relations*, 66, 367-382. <https://doi.org/10.1111/fare.12263>
- Lafrenaye-Dugas, A-J., Godbout, N., Hébert, M. (2018). Cumulative Childhood Trauma and Therapeutic Alliance: The Moderator Role of Attachment in Adult Patients Consulting in Sex Therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(7), 667-678. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1447057>
- Laney, E. K., Hall, M. E. L., Anderson, T. L., & Willingham, M. M. (2015). Becoming a mother: The influence of motherhood on women's identity development. *Identity*, 15(2), 126-145. <https://doi.org/10.1080/15283488.2015.1023440>
- Lange, B.C.L., Callinan, L.S. & Smith, M.V. (2019). Adverse Childhood Experiences and Their Relation to Parenting Stress and Parenting Practices. *Community Mental Health Journal*, 55, 651–662. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0331-z>

- Lavoie, A., & Fontaine, C. (2016). *Mieux connaître la parentalité au Québec: un portrait à partir de l'enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015*. Institut de la statistique du Québec.
- Leavitt, C.E., McDaniel, B.T., Maas, M.K. (2017). Parenting Stress and Sexual Satisfaction Among First-Time Parents: A Dyadic Approach. *Sex Roles*, 76, 346–355, <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0623-0>
- Lévesque, S., Bisson, V., Charton, L. et Fernet, M. (2020). Parenting and Relational Well-being During the Transition to Parenthood: Challenges for First-time Parents. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 1938–1956, <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01727-z>
- Luyten, P., Nijssens, L., Fonagy, P., & Mayes, L. C. (2017). Parental reflective functioning: Theory, research, and clinical applications. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 70(1), 174–199. <https://doi.org/10.1080/00797308.2016.1277901>
- MacKinnon, D. P., & Fairchild, A. J. (2009). Current Directions in Mediation Analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 18(1), 16–20. <https://doi.org/10.1111/j.14678721.2009.01598.x>.Current
- Maguire-Jack, K., & Negash, T. (2016). Parenting stress and child maltreatment: The buffering effect of neighborhood social service availability and accessibility. *Children and Youth Services Review*, 60, 27–33. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.11.016>
- Marcia, J. E. (1994). Identity and psychotherapy. In S. L. Archer (Ed.), *Interventions for adolescent identity development* (pp. 29–46). Sage Publications, Inc.
- McLaughlin, K. A., Conron, K. J., Koenen, K. C., & Gilman, S. E. (2010). Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric disorder: a test of the stress sensitization hypothesis in a population-based sample of adults. *Psychological medicine*, 40(10), 1647–1658. <https://doi.org/10.1017/S0033291709992121>
- Moe, V., von Soest, T., Fredriksen, E., Olafsen, K. S., & Smith, L. (2018). The Multiple Determinants of Maternal Parenting Stress 12 Months After Birth: The Contribution of Antenatal Attachment Style, Adverse Childhood Experiences, and Infant Temperament. *Frontiers in psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01987>
- Muthén, L. K., & Muthén, B. (2015). *The comprehensive modelling program for applied researchers: user's guide*, 5.
- Neri, E., Giovagnoli, S., Genova, F., Benassi, M., Stella, M., & Agostini, F. (2020). Reciprocal Influence of Depressive Symptoms Between Mothers and Fathers During the First Postpartum Year: A Comparison Among Full-Term, Very Low, and Extremely Low Birth Weight Infants. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.578264>
- Nordsletten, A. E., Larsson, H., Crowley, J. J., Almqvist, C., Lichtenstein, P., & Mataix-Cols, D. (2016). Patterns of Nonrandom Mating Within and Across 11 Major Psychiatric Disorders. *JAMA psychiatry*, 73(4), 354–361. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.3192>
- Ogle, C. M., Rubin, D. C., Siegler, I. C. (2014). Cumulative exposure to traumatic events in older adults. *Aging & Mental Health*, 18(3), 316–325. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.832730>

- Rutherford, H. J. V., Wallace, N. S., Laurent, H. K., & Mayes, L. C. (2015). Emotion regulation in parenthood. *Developmental Review, 36*, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.12.008>
- Satorra, A. & Bentler, P. M. (2010). Ensuring positiveness of the scaled difference chi-square test statistic. *Psychometrika, 75*, 243–248. <https://doi.org/10.1007/s11336-009-9135-y>
- Schuetze, P., & Eiden, R. D. (2005). The relationship between sexual abuse during childhood and parenting outcomes: Modeling direct and indirect pathways. *Child Abuse & Neglect, 29*(6), 645-659. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.11.004>
- Tohotoa, J., Maycock, B., Hauck, Y. L., Howat, P., Burns, S., & Binns, C. W. (2009). Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia. *International breastfeeding journal, 4*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-4-15>
- Westdahl, C., Milan, S., Magriples, U., Kershaw, T. S., Rising, S. S., & Ickovics, J. R. (2007). Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. *Obstetrics and gynecology, 110*(1), 134–140. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000265352.61822.1b>
- Wilson, L. C., & Miller, K. E. (2016). Meta-analysis of the prevalence of unacknowledged rape. *Trauma, Violence, & Abuse, 17*(2), 149–159. <https://doi.org/10.1177/1524838015576391>
- Wilson, C., Padrón, E., & Samuelson, K. (2017). Trauma Type and Posttraumatic Stress Disorder as Predictors of Parenting Stress in Trauma-Exposed Mothers. *Violence and Victims, 32*(1), 141–158. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.vv-d-13-00077>

**Table 1.** Sociodemographic characteristics and childhood interpersonal trauma history

| <b>Characteristics</b>                           | <b>Women (N = 421)</b> | <b>Men (N = 421)</b> |
|--------------------------------------------------|------------------------|----------------------|
| Birthplace                                       |                        |                      |
| Canada                                           | 81.9%                  | 79.8%                |
| Africa                                           | 4%                     | 6.4%                 |
| Europe                                           | 5.7%                   | 4.3%                 |
| Primary language                                 |                        |                      |
| French                                           | 85.1%                  | 84.5%                |
| English                                          | 6.6%                   | 8.8%                 |
| Spanish                                          | 2.1%                   | 2.6%                 |
| Arabic                                           | 1.9%                   | 2.4%                 |
| Other                                            | 4.3%                   | 1.7%                 |
| Main occupation                                  |                        |                      |
| Student                                          | 3.1%                   | 1.4%                 |
| Full-time worker                                 | 69.1%                  | 92.1%                |
| Part-time worker                                 | 11.2%                  | 4%                   |
| Unemployed                                       | 1.9%                   | 1%                   |
| Other (e.g., stay-at-home parent, self-employed) | 14.7%                  | 1.4%                 |
| Level of education completed                     |                        |                      |
| Primary school/high school                       | 14.5%                  | 20.4%                |
| Cegep/professional                               | 36.1%                  | 38.2%                |
| Undergraduate                                    | 31.6%                  | 27.6%                |
| Graduate                                         | 17.8%                  | 13.8%                |
| Gross annual income                              |                        |                      |
| CAD\$19,999 or less                              | 13.6%                  | 3.6%                 |
| CAN\$20,000 - CAN\$39,999                        | 27.3%                  | 14%                  |
| CAN\$40,000 - CAN\$59,999                        | 27.8%                  | 31.8%                |
| CAN\$60,000 - CAN\$79,999                        | 20.3%                  | 25.7%                |
| CAN\$80,000 - CAN\$99,999                        | 6%                     | 14.7%                |
| CAN\$100,000 or more                             | 5%                     | 10.2%                |
| Childhood interpersonal trauma                   |                        |                      |
| Parental physical abuse                          | 42.4%                  | 47.1%                |
| Parental psychological abuse                     | 37.2%                  | 28.1%                |
| Sexual abuse                                     | 17.7%                  | 7.4%                 |
| Parental physical neglect                        | 11.8%                  | 16%                  |
| Parental psychological neglect                   | 73.2%                  | 68.6%                |
| Physical interparental violence                  | 8.3%                   | 5.7%                 |
| Psychological interparental violence             | 41.5%                  | 32.9%                |
| Peer bullying                                    | 44.7%                  | 44.3%                |
| Cumulative childhood interpersonal trauma        |                        |                      |
| No types of trauma                               | 10.2%                  | 16.4%                |
| 1 type                                           | 17.3%                  | 17.8%                |
| 2 types                                          | 23%                    | 21.1%                |
| 3 types                                          | 17.6%                  | 15.4%                |
| 4 types and more                                 | 31.9%                  | 29.2%                |

**Table 2.** Means, standard deviations, and correlation matrix between CCIT, self-capacities disturbances and parenting stress among mothers and fathers ( $n = 842$ )

| Variables        | <i>M</i> | <i>SD</i> | 1      | 2      | 3      | 4      | 5      | 6      | 7      | 8      | 9      | 10 |
|------------------|----------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----|
| 1. Mothers' CCIT | 2.76     | 1.89      | 1      | —      | —      | —      | —      | —      | —      | —      | —      | —  |
| 2. Mothers' AD   | 15.35    | 6.11      | .31*** | 1      | —      | —      | —      | —      | —      | —      | —      | —  |
| 3. Mothers' II   | 14.08    | 5.42      | .26*** | .76*** | 1      | —      | —      | —      | —      | —      | —      | —  |
| 4. Mothers' IC   | 16.04    | 4.9       | .31*** | .71*** | .65*** | 1      | —      | —      | —      | —      | —      | —  |
| 5. Mothers' PS   | 31.99    | 8.3       | .25*** | .36*** | .35*** | .28*** | 1      | —      | —      | —      | —      | —  |
| 6. Fathers' CCIT | 2.5      | 1.88      | .19*** | .24*** | .19*** | .21*** | .24*** | 1      | —      | —      | —      | —  |
| 7. Fathers' AD   | 13.58    | 5.51      | .15**  | .19*** | .24*** | .21*** | .15**  | .37*** | 1      | —      | —      | —  |
| 8. Fathers' II   | 13.34    | 5.22      | .14**  | .22*** | .25*** | .19*** | .11*   | .34*** | .72*** | 1      | —      | —  |
| 9. Fathers' IC   | 15.31    | 4.71      | .16**  | .22*** | .24*** | .25*** | .15**  | .40*** | .73*** | .61*** | 1      | —  |
| 10. Fathers' PS  | 33.48    | 9.2       | .11*   | .12*   | .13**  | .19*** | .33*** | .34*** | .41*** | .44*** | .33*** | 1  |

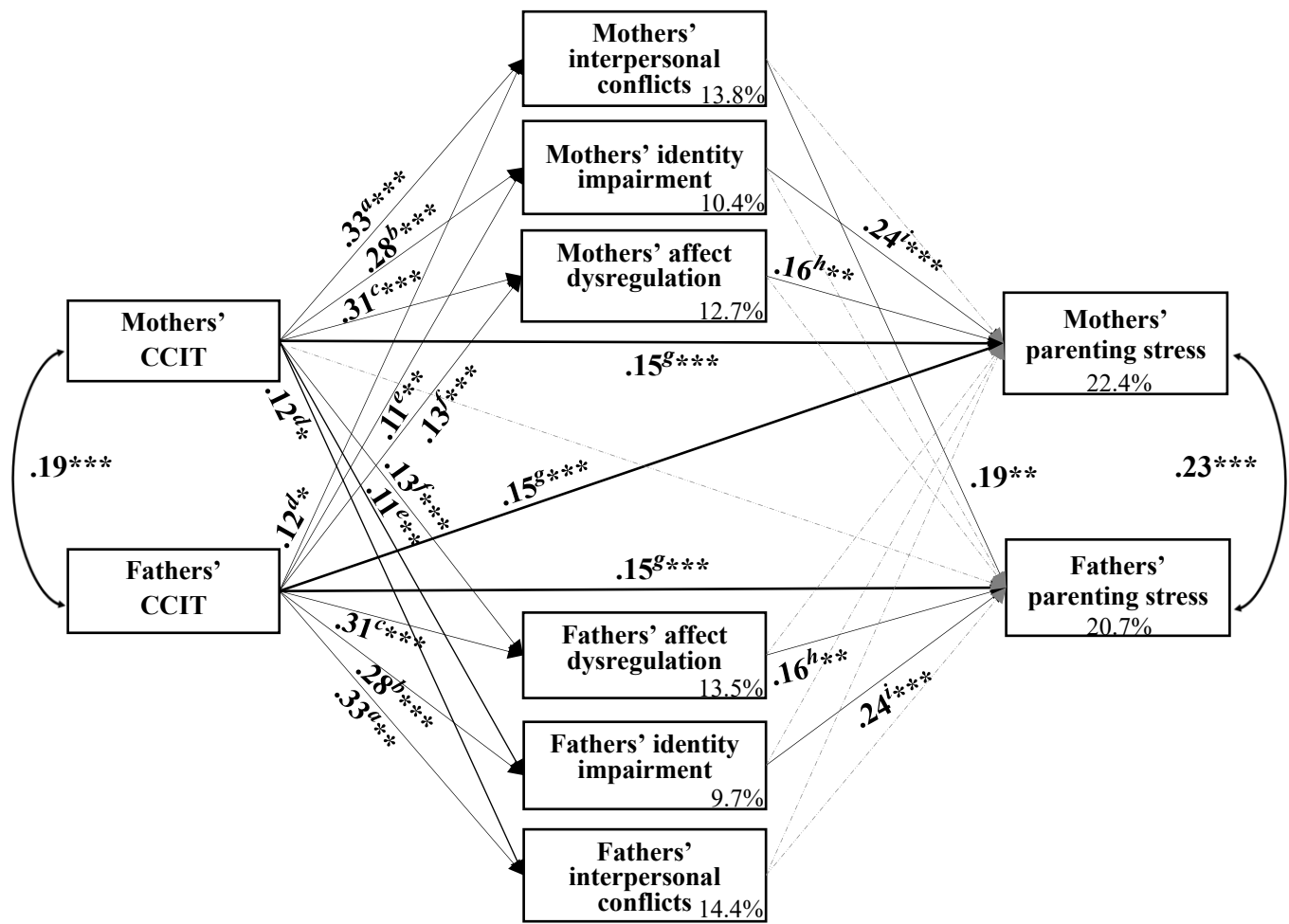
*Note.* CCIT, Cumulative Childhood Interpersonal Trauma. AD, Affect dysregulation. II, Identity Impairment. IC, Interpersonal Conflicts. PS, Parenting Stress. \* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$ .

**Table 3.** Significant indirect effects in the constrained APIMeM model, with standardized estimates, 95% confidence intervals and significance levels

| Indirect effects                          | $\beta$ | CI lower limit | CI upper limit | $p$    |
|-------------------------------------------|---------|----------------|----------------|--------|
| <b>Actor-Actor</b>                        |         |                |                |        |
| Mothers' CCIT — Mothers' II — Mothers' PS | .07     | .032           | .097           | < .001 |
| Mothers' CCIT — Mothers' AD — Mothers' PS | .05     | .018           | .082           | .002   |
| Fathers' CCIT — Fathers' II — Fathers' PS | .07     | .032           | .097           | < .001 |
| Fathers' CCIT — Fathers' AD — Fathers' PS | .05     | .018           | .082           | .002   |
| <b>Actor-partner</b>                      |         |                |                |        |
| Mothers' CCIT — Mothers' IC — Fathers' PS | .06     | .020           | .103           | .003   |
| <b>Partner-Partner</b>                    |         |                |                |        |
| Fathers' CCIT — Mothers' IC — Fathers' PS | .02     | .002           | .043           | .03    |
| <b>Partner-Actor</b>                      |         |                |                |        |
| Fathers' CCIT — Mothers' II — Mothers' PS | .03     | .007           | .046           | .007   |
| Fathers' CCIT — Mothers' AD — Mothers' PS | .02     | .004           | .039           | .01    |
| Mothers' CCIT — Fathers' II — Fathers' PS | .03     | .007           | .046           | .007   |
| Mothers' CCIT — Fathers' AD — Fathers' PS | .02     | .004           | .039           | .01    |

*Note.* CCIT, Cumulative Childhood Interpersonal Trauma. PS, Parenting Stress. AD, Affect Dysregulation. II, Identity Impairment. IC, Interpersonal conflicts.

**Figure 1.** Constrained APIMeM model of the mediating role of self-capacities disturbances in the association between CCIT and parenting stress ( $n = 421$ )



*Note.* CCIT = Cumulative Childhood Interpersonal Trauma.  $*p \leq .05$ ;  $**p \leq .01$ ;  $***p \leq .001$ . Significant links are in bold. Identical subscripts (*a, b, c, d, e, f, g, h, i*) represent links that have been constrained to be equal.

### CHAPITRE III

#### **What do I bring to the team? Self-capacities mediate the association between childhood interpersonal trauma and parenting alliance in couples**

Publié en 2026 dans la revue *Family Process*, 65 (1), [https://doi.org/ 10.1111/famp.70124](https://doi.org/10.1111/famp.70124).

**What do I bring to the team? Self-capacities mediate the association between childhood  
interpersonal trauma and parenting alliance in couples**

Camille Andrée Rassart, B.A.

Department of psychology, Université du Québec à Montréal, 100 Sherbrooke Ouest street,  
Montréal, Québec, Canada, H2X 3P2, [rassart.camille-andree@courrier.uqam.ca](mailto:rassart.camille-andree@courrier.uqam.ca)

Alison Paradis, PhD.

Department of psychology, Université du Québec à Montréal, 100 Sherbrooke Ouest street,  
Montréal, Québec, Canada, H2X 3P2, [paradis.alison@uqam.ca](mailto:paradis.alison@uqam.ca)

Martine Hébert, PhD.

Department of Sexology, Université du Québec à Montréal, 1205 St-Denis street, Montréal,  
Québec, Canada, H2L 4Y2, [hebert.m@uqam.ca](mailto:hebert.m@uqam.ca)

Natacha Godbout, PhD.

Department of Sexology, Université du Québec à Montréal, 1205 St-Denis street, Montréal,  
Québec, Canada, H2L 4Y2, [godbout.natacha@uqam.ca](mailto:godbout.natacha@uqam.ca)

## Abstract

Parents exposed to childhood interpersonal trauma are at risk of reporting difficulties following the birth of a child. Although parenting alliance is crucial for both parental and infant well-being, it is often overlooked for trauma survivors in the postpartum period. More research is needed, focusing on both co-parents and using a dyadic and longitudinal approach to understand the underlying mechanisms. Self-capacities offer insights into trauma's effects at different life stages and might play a role in survivors' parenting alliance. Using a dyadic and longitudinal design, this study examined the possible mediating role of self-capacities in the association between cumulative childhood interpersonal trauma (CCIT) and parenting alliance. A randomly selected sample of 923 couples who recently had a child, completed questionnaires on CCIT, self-capacities disturbances (i.e., affect dysregulation, identity disturbance and interpersonal conflicts), and parenting alliance at two time-points (T1, T2). Path analyses revealed that, when controlling for parenting alliance at T1, CCIT was associated with lower parenting alliance at T2 for both mothers and fathers, through interpersonal conflicts and affect dysregulation at T1. Precisely, a higher disposition to interpersonal conflicts mediated the link between one parent's CCIT and their own parenting alliance, while higher affect dysregulation mediated the link between one parent's CCIT and their co-parent's parenting alliance. Findings suggest that CCIT survivors may struggle with parenting alliance through affect dysregulation and interpersonal conflicts during early postpartum, highlighting self-capacities as both prevention and intervention targets to foster parenting alliance.

**Keywords:** Childhood interpersonal trauma, parenting alliance, self-capacities, actor-partner interdependence model, coparenting

## **Introduction**

The first year following the birth of a child is a time of significant transition for most parents. This period is characterized by additional pressures on the couple's resources (Keizer & Schenk, 2012), and by cognitive, emotional, and behavioral challenges (Ahmed et al., 2019). Recent studies on postpartum mental health show that parents with a history of childhood trauma tend to report more difficulties than non-survivors (Godbout et al., 2023; Rassart et al., 2023). Parenting alliance is a unique component of the couple relationship that is linked to increased parental and infant well-being (Kang et al., 2020). Despite being central to families' postpartum lives, the quality of parenting alliance in childhood trauma survivors is understudied, and there is limited data on how childhood interpersonal trauma may be related to parenting alliance. In this regard, self-capacities could have important implications for parenting alliance as they are intrinsically linked to resilience following trauma (Briere, 1996).

### **Childhood interpersonal trauma**

Childhood interpersonal trauma refers to negative experiences that occur during childhood or adolescence within a relational context, including sexual abuse, physical and psychological violence, physical and psychological neglect, exposure to interparental violence (Godbout et al., 2023) and peer bullying (Espelage et al., 2016). In Canada, one in three children reports having been a victim of physical (26%) or sexual (8%) violence, or having witnessed physical violence by a parent or guardian (10%) before the age of 15 (Afifi et al., 2014). Epidemiological and self-report studies have shown that survivors tend to experience multiple different forms of childhood interpersonal trauma across their childhood and adolescence (Dugal et al., 2018; Finkelhor et al., 2009). More recently, a study of over 25,000 Canadian adults found that 35% of survivors report more than one form of adverse childhood experiences, including interpersonal trauma (Joshi et al., 2021), while studies conducted with heterosexual couples from the general population report an average of 2.5 to 3 types of childhood interpersonal trauma (Dugal et al., 2018; Godbout et al., 2020). Such accumulation, referred to as Cumulative Childhood Interpersonal Trauma (CCIT), is related to more severe symptoms (e.g., depression, posttraumatic stress) in survivors, even when accounting for the severity of each individual trauma (e.g., sexual or physical abuse; Finkelhor et al., 2007; McKay et al., 2020). These symptoms tend to be long-lasting and intensified during stressful events where vulnerability is increased, notably when having a new child (Siverns &

Morgan, 2019). Studies have shown that survivors tend to report more challenges during the postpartum period (for a review on mothers from diverse ethnic backgrounds, see Christie et al., 2018), including higher parenting stress (Hugill et al., 2017) and higher postpartum depression (Choi et al., 2017; Godbout et al., 2023). Current research has mainly focused on intrapersonal outcomes for parents, but since childhood trauma often involves relational aspects (e.g., attachment figures, known perpetrators), relational outcomes should also be examined. Furthermore, a growing number of studies suggest that CCIT has significant repercussions not only for survivors but also crossover effects for their intimate partners (e.g., Dugal et al., 2020; Vaillancourt-Morel et al., 2018). It is therefore important to examine the impact of CCIT on dynamics between parents, specifically how each parent perceives their coparenting relationship.

### **Parenting alliance**

Parenting alliance refers to the level of respect, support, and communication between coparents towards their respective parental roles and involvement (Abidin & Konold, 1999; McHale & Lindahl, 2011). It represents the degree to which coparents form a good team when caring for their child. During the first months postpartum, the perception of a greater parenting alliance is associated with lower parenting stress (Kang et al., 2020), reduced risk of maternal postpartum depression (Pilkington et al., 2016), and better infant outcomes, such as improved executive functioning and fewer behavior problems (Altenburger et al., 2021; Choi et al., 2019). These key findings highlight the importance of studying parenting alliance and its correlates. Yet, studies on which factors are linked to lower parenting alliance remain sparse, making it difficult to identify which parents are vulnerable to low parenting alliance. This limited data may stem from the difficulty of assessing parenting alliance from only one parent's perspective, and the challenge of recruiting fathers or couples. Grounded in family systems theory (Minuchin & Fishman, 1975; Olson et al., 1979), parenting alliance highlights the interdependent nature of parenting where interinfluences between coparents in their functioning are expected. Authors clearly distinguished parenting alliance from other individual parenting outcomes (e.g., sense of competence), framing parenting alliance as an interpersonal process and a dynamic system rather than a collection of isolated individual outcomes (Feinberg, 2003; McHale et al., 2011). The dynamic and interpersonal nature of parenting alliance further highlights the need to adopt a dyadic perspective to study parenting alliance, ensuring that both parents' experiences are considered.

## **Childhood interpersonal trauma and parenting alliance**

As a fundamentally interpersonal component of the parenting experience (Feinberg et al., 2016), parenting alliance could be specifically affected by childhood interpersonal trauma. Indeed, these early interpersonal experiences tend to negatively color intimate relationships in adulthood, including those with the life partner with whom one coparents a child. Many studies have highlighted the negative repercussions of childhood interpersonal trauma on relationships in adulthood (e.g., marital satisfaction; Godbout et al., 2009, communication; Banford Witting & Bugsby, 2019). Trauma-related repercussions could include a lower parenting alliance, a relationship dynamic central to the daily life of couples with children. Indeed, a cross-sectional study with 84 White mothers of school-aged children revealed that intrafamilial childhood sexual abuse was negatively linked to parenting alliance (Cole and colleagues; 1992). More recently, a study showed that CCIT was associated to lower parenting alliance in heterosexual couples welcoming a newborn, through a lower disposition to mindfulness (Rassart et al., 2023). These studies highlight the importance of further exploring the link between childhood interpersonal trauma and parenting alliance, as well as identifying the key risk factors driving this relationship. Examining further the association between CCIT and parenting alliance is of the utmost importance since parenting alliance is intrinsically linked to parenting practices (Choi & Becher, 2019), and trauma survivors may find themselves in an intergenerational cycle where their own experience of maltreatment is being transmitted to their child (Greene et al., 2020). The identification of such mechanisms could indeed guide prevention and intervention aimed at fostering parenting alliance and survivors' long-term resilience as parents.

## **The role of self-capacities disturbances**

Self-capacities represent the main areas of functioning potentially altered in the aftermath of childhood interpersonal trauma and are crucial for managing that same trauma (Briere, 1996; Bigras & Godbout, 2020). Self-capacities encompass three key areas: 1) maintaining personal identity and self-awareness (identity cohesion); 2) regulating strong negative emotions without resorting to tension-reduction activities (affect regulation); and 3) sustaining meaningful relationships without undue conflict or fears of abandonment (relatedness). These three self-capacities echo the “disorders in self-organization” criteria of the complex post-traumatic stress disorder diagnosis depicted in the International Classification of Diseases (ICD-11). The

development of self-capacities appears to be especially altered by childhood interpersonal trauma due to its early and often cumulative nature (Bigras et al., 2017; Dugal et al., 2018). In return, survivors with affect dysregulation, identity, and relatedness disturbances could struggle to experience a strong parenting alliance. Studies indicate that self-capacities help explain the association between CCIT and couple functioning in predominantly white and heterosexual couples, with different self-capacities being linked to specific relational outcomes (e.g., sexual satisfaction, intimate partner violence; Bigras et al., 2016; Dugal et al., 2021). While these outcomes differ from parenting alliance, they involve couple dynamics—such as communication, problem-solving, and support—that can impact childrearing and coparenting. Yet, no study has examined all three self-capacities in relation with CCIT and parenting alliance.

Links have, however, been documented between variables reflecting self-capacities and parenting alliance. In their study with heterosexual couples, Kolak and Volling (2007) found that when parents managed to express more positive emotions and less negative emotions, they also reported a greater parenting alliance with more cooperation and fewer conflicts. Sheftall et al. (2010) linked attachment avoidance to lower parenting alliance among predominantly White adolescent mothers, suggesting relatedness issues. Although identity cohesion has been less studied, Fagan (2021) found that among fathers from diverse ethnic backgrounds, a stronger parental identity was associated with better parental involvement and coparenting, characterized by supportive interactions and less maternal gatekeeping. Fathers with higher parental identity reported lower maternal gatekeeping, indicating better collaboration with a co-parent who was more supportive and encouraging of their involvement with the child. A recent study also documented mindfulness as a mediator in the association between CCIT and parenting alliance (Rassart et al., 2023). Mindfulness disposition, characterized by non-reactivity, is generally incompatible with affect dysregulation (Roche et al., 2019), which could indicate the underlying role of self-capacities at play. Further examining childhood interpersonal trauma and self-capacities in relation to parenting alliance. Exploring the possible impact of CCIT on parenting alliance using mediating variables that reflect the complexity of trauma sequelae could help fill in an important gap in the current literature on trauma and parenting. Doing so within a dyadic study where the interinfluences between parents are accounted could in turn provide information on how to help survivors get the most from parental programs where parenting alliance is so often key.

## **The current study**

The aim of this study was to examine the mediating role of self-capacities (i.e., affect regulation, identity cohesion, and relatedness) in the association between CCIT and parenting alliance among couples. Within a longitudinal design, this study aimed to examine the mediating role of self-capacities disturbances (T1) in the relationship between CCIT (measured at T1) and parenting alliance (T2). Since parenthood generally involves two parents in a relationship and considering the various dyadic processes that may occur between one parent's CCIT and their coparent's functioning, this study adopted a dyadic approach (Kenny et al., 2006) to effectively capture this interplay. It was hypothesized that one parent's higher level of CCIT would be associated with their own and their coparent's lower parenting alliance. This study then aimed to examine every possible mediation path within the parental dyad. For example, within the same parent's variables, one parent's higher level of CCIT was expected to be associated with their own self-capacities disturbances at T1, which, in return, would be associated with their own lower parenting alliance at T2. At the dyadic level, one parent's level of CCIT would be positively associated with their own self-capacities disturbances at T1, which would then be negatively associated with their partner's later parenting alliance at T2. We also expected to observe the hypothesized indirect effects when controlling for the parenting alliance at T1, thus increasing the reliability of the observed mediation effects. Finally, this study also aimed to examine possible gender differences in the associations between CCIT, self-capacities disturbances, and parenting alliance. Given that past studies have shown differences as well as similarities between mothers and fathers during early postpartum (e.g., Leavitt et al., 2017), the role of gender in these associations remains exploratory.

## **Method**

### **Participants and procedure**

Participants were recruited as part of a larger longitudinal research project on links between childhood interpersonal trauma and parental functioning. Contact details (i.e., names, phone numbers, and email addresses) from parents across the province of Quebec were randomly selected through a partnership with the Quebec Parental Insurance Plan (QPIP; parental leave income replacement plan for parents of a newborn), after ethical process and authorization by the Commission d'accès à l'information (i.e., organization responsible for implementing the Access

Act and the Privacy Act, and for protecting citizens' personal information). The research team reached out to both parents by email and phone to confirm their eligibility and offer them to be part of the study. Couples who had separated by the time they were contacted were deemed ineligible and thus not invited to participate in the study. Data were collected at two timepoints; during the first six months postpartum (T1) and six months following the first participation (T2). For both T1 and T2, parents were invited to individually complete an online questionnaire hosted on the Qualtrics platform, using a personalized code. Each participation required approximately 40 minutes, and each parent was compensated with a 20\$ gift card. The study was approved by the research ethics committee of the University of Quebec in Montreal. The inclusion criteria were 1) being parents of an infant less than 8 months of age at T1; 2) being 18 years of age or older (legal age in the province of Quebec); 3) being in a couple relationship with the co-parent; 4) being fluent in written and spoken French or English; and 5) one of the parents had carried the child. At T1, the completion rate among parents that were contacted by the research team was 56%. Among the parents contacted who did not participate, 26% declined for personal reasons (e.g., lack of time) while 18% accepted but failed to complete within the required timeframe.

At the time of the study, 923 couples ( $n = 1846$  parents) had completed T1 and were eligible to complete T2 six months later. A total of 142 couples from the baseline T1 sample did not complete T2, consisting in an attrition rate of 15.4% (for more details on attrition at T2, see Table S1, supplemental material). Further analyses were conducted to examine potential differences between parents who completed both T1 and T2 ( $n = 781$ ) and those who did not complete the second wave ( $n = 142$ ). Mothers who completed both waves tended to have slightly higher levels of education ( $M = 3.52$ ) than those who did not continue in the study ( $M = 3.33$ ),  $t(818) = 2.03$ ,  $p = .04$ . Mothers who did not complete the second wave tended to have more children ( $M = 2.01$ ) than those who continued ( $M = 1.74$ ),  $t(813) = -2.72$ ,  $p = .01$ . As for fathers, those who completed both waves tended to report a higher score of CCIT ( $M = 2.83$ ) than those who only completed T1 ( $M = 2.06$ ),  $t(921) = 4.014$ ,  $p < .001$ . However, fathers who dropped out of the study showed slightly higher average scores of affect dysregulation (14.5 vs. 13.5;  $t(918) = -2.02$ ,  $p = .04$ ) and had more children (2.06 vs 1.74;  $t(816) = -3.49$ ,  $p < .001$ ) than those who continued. There were no other significant differences in demographic characteristics (i.e., age, relationship length, income) and scores (i.e., CCIT, self-capacities, parenting alliance) between parents who remained in the study and those who did not. All analyses reported in the current study were conducted with the full sample of 923

couples (923 mothers and 923 fathers). On average, mothers in the final sample were 30.34 years of age ( $SD = 5$ ; range = 19–50 years) while fathers were 32.41 years of age ( $SD = 5.96$ ; range = 20–57 years). Most parents were born in Canada (84.1%) and spoke French as their primary language (85.3%). As for ethnicity, 83.1% of participants identified as White, 4.3% as Black, 2.8% as Middle Eastern, 2.3% as Latino, 1.6% as Mixed, 1.2% as East Asian, 1.1% as South Asian, .7% as Indigenous, and 1.1% as belonging to other ethnicities. Additionally, .4% of participants did not specify their ethnicity, while 1.4% preferred not to answer. In mothers, 40.1% reported a gross annual salary below \$ 40 000 CAN, more than a third (36%) had completed a technical level of education, and 32.4% had completed a university undergraduate degree. In fathers, 16.8% reported a gross annual salary below \$ 40,000 CAN or more, 39.8% had completed a professional level of education, and 24.1% had a university undergraduate degree. These characteristics are similar to available data on average income and education levels in Canada (Statistics Canada, 2021; Statistics Canada, 2022a) and is close to the reported data on cultural diversity in the province of Quebec (Statistics Canada, 2022b). Regarding marital status, 71.8% ( $n = 663$ ) of parental couples were in common-law relationships (i.e., living together but not married) and 28.3% ( $n = 260$ ) were married. The average relationship duration was 7.1 years and ranged from 11 months to 22 years ( $SD = 4.11$ ). All participants were parents of an infant and reported an average of 1.8 children ( $SD = 1.02$ ). More precisely, 48.8% of parents had welcomed their first child, 33% had welcomed their second child, 14.4% had welcomed their third, and 3.8% had welcomed their fourth child or more. The age of the infant varied from one week to 6 months ( $M = 2.52$  months;  $SD = 1.5$ ) at T1, and from 6 months to 16 months ( $M = 8.7$  months;  $SD = 2.38$ ) at T2. At T1, 27.4% of parents in the sample participated during the first wave of the COVID-19 pandemic, while 13.4% participated during the same period at T2. This first wave period was targeted according to the measures established in the province of Quebec and its declared state of emergency (i.e. starting on March 14<sup>th</sup>, 2020, and ending on August 23<sup>rd</sup>, 2020).

## Measures

**Cumulative childhood interpersonal trauma (CCIT)** was assessed at T1 using the Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ; Godbout et al., 2017). In light of studies showing that CCIT is the strongest predictor of symptomatology in survivors (Finkelhor et al., 2007; McKay et al., 2020), the current study used a measure encompassing a wide range of different types of traumas and allowing to assess its accumulation. The CCTQ assesses eight different forms of

childhood interpersonal trauma: physical abuse, psychological abuse, physical neglect, psychological neglect, sexual abuse, peer bullying, and exposure to interparental psychological and physical violence, using 24 items. Childhood sexual abuse was assessed based on Canada's Criminal Code and considered if it had occurred at least once before the age of 18 (i.e., age of majority in the province of the study). As for other forms of interpersonal traumas, participants were asked to report how often they experienced them during a typical year, via a 7-point Likert scale ranging from 0 (*never*) to 6 (*every day*) and each form was considered if it had occurred at least once, during a typical year before the age of 18. Each form of childhood trauma was then first dichotomized as experienced (1), or not (0) and summed to form an index of CCIT, ranging from 0 – no childhood trauma - to 8 – eight different childhood traumas. The resulting continuous score has been used in many previous studies when operationalizing CCIT (e.g., Godbout et al., 2020; Dugal et al., 2018). The CCTQ has shown satisfactory psychometric qualities in previous studies (e.g., Bigras et al., 2017) as well as in the current sample, with Cronbach's alpha indicating satisfactory internal consistency (mothers;  $\alpha = .90$ , fathers;  $\alpha = .89$ ), corresponding to previous alphas from studies using the CCTQ.

**Self-capacities** were assessed at T1 using scales from the Inventory of Altered Self-Capacities (IASC; Briere & Runtz, 2002; translated and validated in French by Bigras & Godbout, 2020). The IASC is a standardized instrument validated within the general population which has been developed specifically for adults who have experienced interpersonal trauma (Briere & Runtz, 2002). The scales of affect dysregulation, identity impairment, and interpersonal conflicts measured the self-capacities of affect regulation, identity cohesion, and relatedness respectively. Each of the scales consists of 9 items rated on a 5-point Likert scale ranging from 1 (*never*) to 5 (*very often*). The total score for each subscale ranges from 9 to 45; a higher score indicating a higher level of alteration of self-capacities. Cronbach's alphas in the current study indicated high internal consistency of all three scales: affect dysregulation (mothers;  $\alpha = .88$ , fathers;  $\alpha = .91$ ), identity impairment (mothers;  $\alpha = .85$ , fathers;  $\alpha = .87$ ) and interpersonal conflicts (mothers;  $\alpha = .85$ , fathers;  $\alpha = .86$ ), similarly to the alphas observed in validation studies (Bigras & Godbout, 2020).

**Parenting alliance** was assessed at T1 and T2 using the Parenting Alliance Measure (PAM; Abidin & Konold, 1999). The PAM is a self-reported 20-item questionnaire measuring perceived respect between parents (3 items) and perceived communication and teamwork within the parental couple

(17 items). Participants were asked to answer on a 5-point Likert scale ranging from 1 (*strongly disagree*) to 5 (*strongly agree*) and according to their experience with the same child for which they answered measures during the last assessment. Ranging from 20 to 100, the total score is obtained through a sum of the items, with a higher score indicating a higher parenting alliance. In the current study, the total score showed excellent internal consistency at T1 (mothers;  $\alpha = .94$ , fathers;  $\alpha = .93$ ) and T2 (mothers;  $\alpha = .94$ , fathers;  $\alpha = .94$ ), similarly to past studies with parents of infants (e.g., Kang et al., 2020).

### **Data analysis**

Descriptive and correlational analyses were performed using the Statistical Package for Social Sciences software (SPSS 26; IBM Corp., 2016). The hypothesized model was tested using the software Mplus 8.4 (Muthén & Muthén, 2015). This software allowed us to conduct analyses robust to non-normality through the use of Maximum Likelihood Estimation with Robust Standard Errors (MLR) and to handle missing data for the parenting alliance and self-capacities disturbances measures at T1 using the Full Information Maximum Likelihood (FIML) procedure.

Considering that the current sample is made up of parental couples, we wished to examine potential dyadic links between CCIT, self-capacities, and parenting alliance. Therefore, structural equation modeling was guided by an extension of the Actor–Partner Interdependence Model (APIM) incorporating potential effects of mediating variables from both parents simultaneously (APIMeM; Ledermann et al., 2011). Within the APIMeM model, the exogenous (i.e., CCIT level) and the endogenous parent (i.e., parenting alliance) variables of each were simultaneously linked according to the actor effect (i.e., relationship between a parent’s CCIT levels and their own parenting alliance) and to the partner effect (i.e., relationship between a parent’s CCIT level and the parenting alliance of their coparent). As suggested by the MacArthur approach (Kraemer et al., 2008), we used a longitudinal design with two time points to examine autoregressive effects between an outcome variable at T1 and the same outcome variable at T2. Parenting alliance scores at T1 were included in the model and lagged onto the parenting alliance scores at T2 in the form of autoregressive links. This allowed the examination of the hypothesized mediation effects between CCIT and parenting alliance while controlling for the parenting alliance at T1. In this longitudinal design, CCIT is deemed to be a fixed marker as it happens in childhood and is constant across the study's measurement waves.

Parameter estimates were constrained to determine whether a more parsimonious model would provide a better fit to the data; that is, if estimates could be constrained to be equal across fathers and mothers and be considered equivalent (Ledermann et al., 2010). All actor links, partner links, autoregressive links, and covariances were progressively constrained to be equal between mothers and fathers. Further model comparison examined if actor and partner effects could be constrained to be equal. For example, we examined if the effect of mothers' CCIT on mothers' parenting alliance was statistically equivalent to the effect of fathers' CCIT on mothers' parenting alliance. Produced constrained models were compared to the baseline APIMeM model and were compared with each other using the rescaled  $-2$  log likelihood difference test (Satorra & Bentler, 2010; Sadikaj et al., 2020). A non-significant chi-square test value ( $\alpha = .05$ ) was used to assess the significance of the model fit decrease. Throughout the analyses, every path and covariance was retained in the model, whether significant or not. A combination of a non-statistically significant chi-square value, a ratio value of chi-square to degrees of freedom ( $\chi^2/df$ ) less than three, comparative fit index (CFI) and Tucker–Lewis index (TLI) values of .90 or higher, and a root mean square error of approximation (RMSEA) value below .06 were used to determine whether the parsimonious APIMeM model was well-adjusted to the data (Kline, 2011).

The bootstrap resampling method was used in the final model to test whether the indirect effects of self-capacities were significant (Hayes, 2017). This technique allows estimating indirect effects by testing them in 10,000 randomly selected subsamples. If the bootstrap confidence interval obtained does not contain zero, the indirect effect is considered to be significant (MacKinnon & Fairchild, 2009). Control variables were progressively tested in the final constrained APIMeM model and were as follows; maternal and paternal age, maternal and paternal income, maternal and paternal level of education, maternal and paternal number of children, as well as assessment during the COVID-19 pandemic at either T1 or T2.

## **Results**

### **Descriptive statistics**

Results of paired comparison tests indicated that CCIT scores were statistically different between mothers and fathers ( $t(914) = 2.57, p = .01$ ), with mothers reporting a higher score. Rates of CCIT among parents were as follows: 11.3% of mothers and 17% of fathers reported no trauma, 17.7% of mothers and 19.4% of fathers reported one type of trauma, 22.4% of mothers and 20.3% of

fathers reported two forms of trauma, 16.6% of mothers and 15.6% of fathers reported three forms of trauma, and 32.1% of mothers and 27.7% of fathers reported four or more forms of trauma. There were also significant differences between mothers and fathers regarding their scores on the IASC scales (self-capacities disturbances); mothers reported more identity disturbance than fathers ( $t(920) = 2.9, p = .004$ ), more interpersonal conflicts than fathers ( $t(921) = 2.88, p = .004$ ), and more affect dysregulation than fathers ( $t(920) = 5.58, p < .001$ ). Parenting alliance scores differed significantly between mothers and fathers both at T1 ( $t(921) = -2.54, p = .01$ ) and at T2 ( $t(780) = -2.37, p = .02$ ), with fathers reporting higher parenting alliance at both time-points. Results indicated a significant decrease in parenting alliance means between T1 and T2 for both mothers ( $t(780) = 2.76, p = .006$ ) and fathers ( $t(780) = 2.70, p = .007$ ). In mothers, the correlation between the control variables (i.e., sociodemographic characteristics) and the main study variables ranged from .01 to .13, while in fathers, it ranged from .01 to .10. **Table 1** presents the means and standard deviations for all measures as well as the correlations observed among CCIT scores, IASC scales scores, and parenting alliance scores.

#### **APIMeM model of the link between CCIT and parenting alliance mediated by self-capacities**

The first set of path analyses was performed to examine direct links between CCIT and parenting alliance, revealing significant actor links for mothers ( $\beta = -.16, p < .001$ ) and fathers ( $\beta = -.21, p < .001$ ). As for partner links, mothers' higher CCIT was associated with fathers' lower parenting alliance ( $\beta = -.15, p < .001$ ) while more CCIT in fathers was associated with mothers' lower parenting alliance ( $\beta = -.17, p < .001$ ). In total, actor and partner direct links explained 5.8% and 8.2% of parenting alliance in mothers and in fathers respectively.

To examine the mediating role of self-capacities in the associations between CCIT and parenting alliance, we included identity disturbance, interpersonal conflicts and affect dysregulation scores. Covariances between self-capacities were significant and standardized estimates ranged between .64 and .68. Then, parenting alliance scores at T1 were added to the fully saturated-baseline APIMeM model. All paths and covariances could be constrained to be equal across gender without significant fit decrease when compared to the saturated-baseline model, indicating gender invariance. The same comparison process with nested models allowed to observe that the association between one's parent CCIT and their own parenting alliance did not statistically differ from the association between one's parent CCIT and their co-parent's parenting alliance,  $\chi^2_{(59)} =$

.47,  $p = .49$  (for all comparisons, see **Table S2 supplemental material**). Non-significant associations were progressively removed, leading to the final constrained model. In the final model (see **Figure 1**), pooled standardized estimates are reported since all links were found to be statistically equivalent between mothers and fathers. This model was found to adequately fit the data, CFI = .999, TLI = .999, RMSEA = .08 [.000, .026],  $\chi^2_{(32)} = 36.052$ ,  $p = .3691$ ,  $\chi^2/df = 1.13$ , and explained 44.3% ( $p < .001$ ) and 43.7% ( $p < .001$ ) of the variance in mothers' parenting alliance and fathers' parenting alliance respectively.

In the final model (**Figure 1**), three significant mediation effects were found for each co-parent (i.e., the mother and the father within a same couple). Bootstrap confidence intervals showed that one parent's level of interpersonal conflicts significantly mediated the link between their own CCIT level and their own parenting alliance ( $\beta = -.031$ ,  $p < .001$ , 95% CI [-.047, -.015]). One parent's level of interpersonal conflicts also mediated the link between their co-parent's CCIT and their own parenting alliance ( $\beta = -.008$ ,  $p = .004$ , 95% CI [-.014, -.003]). In addition, one parent's level of affect dysregulation mediated the association between their own CCIT and their co-parents' parenting alliance ( $\beta = -.020$ ,  $p = .003$ , 95% CI [-.033, -.007]).

Covariates were added one at a time in the final model to assess its robustness to socio-demographic and confounding variables. Specifically, parents' age, level of education, personal annual income, age of infant, number of children, as well as participation during the COVID-19 pandemic, at T1 were regressed on self-capacities scores. Then, parents' age, level of education, personal annual income, age of infant, number of children, and participation during the COVID-19 pandemic at T2 were regressed on parenting alliance scores at T2. In mothers, none of the tested covariates were significantly related to either self-capacities or parenting alliance scores. In fathers, parental age at T1 was negatively associated with identity impairment ( $\beta = -.01$ ,  $p = .01$ ) and affect dysregulation scores ( $\beta = -.01$ ,  $p = .02$ ), indicating more disturbances for these self-capacities in fathers of younger age. The same links with similar magnitude were observed in the model when including significant covariates, with minor variations in standardized estimates (ranging .001-.004), indicating that the model remained stable while controlling for covariates.

## Discussion

This study aimed to examine the association between cumulative childhood interpersonal trauma (CCIT) and the perceived parenting alliance in couples with an infant and assess whether this

association was mediated by self-capacities disturbances. Using a longitudinal design, findings show that when controlling for parenting alliance at T1, the association between CCIT and later parenting alliance at T2 was mediated by postpartum levels of interpersonal conflicts and affect dysregulation (measured at T1). Dyadic links were also observed between one parent's CCIT and their co-parent's parenting alliance, again, partially explained by self-capacities disturbances.

### **Cumulative childhood interpersonal trauma and parenting alliance**

The terms “parent” and “co-parent” are used in the following text to represent both mothers and fathers, as no significant gender differences were found in the associations. As expected in our first hypothesis, one parent's level of CCIT was associated with their reported parenting alliance. Therefore, a higher number of different forms of endured childhood interpersonal traumas is linked to the perception of a lower quality of the parenting alliance at eight months postpartum (i.e., average infant age in this sample at T2). These results are in line with studies that documented the links between childhood interpersonal trauma and parenting alliance (Cole et al., 1992; Rassart et al., 2023). Additionally, parents reported experiencing, on average, nearly three distinct forms of childhood interpersonal trauma. This finding aligns with previous research conducted with adult populations and CCIT (e.g., Godbout et al., 2020) and underscores that such early traumatic experiences affect not only intrapersonal components of parenting, as previously documented (e.g., postpartum depression, attitudes towards parenting; Christie et al., 2018) but also interpersonal ones. Results showed that one parent's higher CCIT is associated with their co-parent's perception of a lower parenting alliance (partner effect), but they also went further, showing that this association is equivalent to the one between one parent's own CCIT and their own lower perception of parenting alliance (actor effect). This supports the idea that childhood interpersonal trauma tends to affect both partners in intimate relationships (e.g., Dugal et al., 2020). The proximity co-parents often experience during early postpartum may add to the entanglement of CCIT sequelae between them and partially explain why one parent's childhood experiences similarly affect both parents' perception of the parenting alliance.

### **The mediating role of self-capacities disturbances**

Three mediation effects involving self-capacities disturbances were found for both parent and co-parent within the dyad. These findings are further supported by the fact that all significant effects held while controlling for parenting alliance at a previous time-point. Indeed, the longitudinal

design involving two time-points allowed for better directionality assessment. In the same parent, we first hypothesized that the level of CCIT would be linked to more self-capacities disturbances at T1 which, in return, would be linked to lower perceived parenting alliance at T2. This mediation effect was found for interpersonal conflicts (i.e., self-capacity of relatedness); the more a parent had endured CCIT, the more they reported interpersonal conflicts and instability in their relationships (friends, colleagues, family, etc.) and in return, reported a lower parenting alliance. These parents may find that conflicts with others interfere with their developing coparenting relationship at home, especially as they face numerous postpartum strains (e.g., reduced sleep; Keizer & Schenk, 2012). This could explain the mediating role of interpersonal conflicts in the link between CCIT and lower parenting alliance. Beyond relationships with others, parents could have also directly referred to conflicts with their co-parent, accounting in part for the association between CCIT and parenting alliance. CCIT survivors reporting more conflictual relationships may also be deprived of important sources of support during postpartum. Less perceived social support can leave parents unsatisfied about their romantic relationship (e.g., Jimenez-Picón et al., 2021), and the same phenomenon could translate into the perceived co-parental alliance during postpartum. Finally, an increased tendency for conflicts could reflect underlying interpersonal dysfunctions (e.g., hostile attribution bias, difficulties with communication and interpersonal problem-solving) related to childhood interpersonal trauma (Janovsky et al., 2020; Zhu et al., 2020). Such dysfunctions could be exacerbated during stressful transitions and would necessarily have an impact on the quality of parenting alliance, and the parent's perception of it.

Second, we had postulated that one parent's level of CCIT would be linked to their own self-capacities disturbances, which would be linked to their partner's lower reported parenting alliance six months later. Results showed this hypothesized mediation effect for affect dysregulation. In other words, the more a parent had endured CCIT, the harder they found it to regulate their emotions, and the lower their partner's perception of the parenting alliance was. These results suggest that, during early postpartum, parents who experienced CCIT could struggle when attempting to cope with negative emotions, and therefore resort more to tension-reduction strategies (Briere et al., 1996; Dugal et al., 2018). This echoes Rassart and colleagues (2023) findings that CCIT survivors tend to report less dispositional mindfulness, which in return is negatively associated with both parents' perceptions of their coparenting. Difficulties with staying in the present moment could reflect what the current study is indicating; a disruption of core

emotional regulation capacities in CCIT survivors as they deal with their coparent during the postpartum period. In return, these parents could be perceived as less supportive or less reliable from their partner's perspective. Qualitative studies with first-time parents revealed that successful coparenting relies on being present with one's co-parent, even amidst challenges, and not making them feel left to their own devices (Sheedy et al., 2019). Having the partner well-regulated throughout postpartum challenges (e.g., sleepless nights), could increase their capacity to form a strong parental team. Although posttraumatic symptomatology was not assessed, CCIT survivors in this study could be at risk for such symptoms (Bigras et al., 2017), and the dysregulated states they encompass (e.g., hyperarousal, flashbacks; Ludmer et al., 2018). Such dysregulation could alter the quality of communication about childrearing, reduce responsiveness to the child and partner, and lead to a lower perceived parenting alliance by the co-parent. Interestingly, one parent's affect dysregulation was linked to their partner's parenting alliance, but not to their own perception of parenting alliance. At the time of the study, parents were adjusting to new experiences with their newborns, some parenting for the first time. In this context of novelty, some parents may not have yet developed the coping mechanisms needed to handle a co-parent's changing moods. As a result, the partner's dysregulation could be even more impactful than personal self-regulation abilities. These results are consistent with a previous study showing that partner effects may be more significant than actor effects when couples experience together new experiences (Paradis et al., 2017). Our findings also point to the necessity of examining parenting alliance within a dyadic design, with access to the inter-influence between parents, since partner effects may contribute more than actor effects.

Lastly, we found that one parent's CCIT was linked to their partner's tendency for interpersonal conflicts which, in turn, was linked to their partner's reported lower parenting alliance six months later. Specifically, a parent with greater exposure to CCIT was more likely to have a partner who struggles with interpersonal relationships and who reports a lower parenting alliance. Given that CCIT survivors themselves were more likely to experience interpersonal conflicts, it is possible that this entanglement between the trauma of one parent and the self-capacities disturbances of their co-parent is in fact due to a certain resemblance between partners from a same couple in the sample. Past studies have shown that romantic partners often share similar experiences of childhood interpersonal trauma (Andersson et al., 2021). Therefore, CCIT survivors may be more likely to be paired with partners who have similar trauma exposure and corresponding self-

capacities. Previous studies identifying such entanglement also suggest that certain underlying mechanisms (e.g., negative urgency) may foster the crossover of one parent's trauma sequelae to their partner's (Dugal et al., 2020), thus highlighting the need to use a dyadic approach.

Although identity impairment was associated with both CCIT and parenting alliance in bivariate correlations, it was not related to parenting alliance in the final integrative model. Affect regulation and relatedness thus appeared to be more intrinsically connected to the perception of parenting alliance. During daily interactions, co-parents probably need affect regulation and low conflicts in priority to work as a team, discuss their coparenting, and manage their postpartum challenges. Identity may be a less proximal and less tangible process for survivors to experience, grasp, and then relate to their ongoing perception of their coparenting experience. It is also possible that the presence of affect dysregulation, interpersonal conflicts, and parenting alliance at T1, competing for variance in the same model, may have prevented weaker links with identity impairment from being significant.

### **Clinical implications**

The study has significant implications for the parenting alliance of CCIT-exposed parents in their child's first year. The first year postpartum is often a period during which parents spend more time together with their child, and during which the foundations of their co-parenting relationship are formed or challenged. It may be possible to take advantage of this time to prepare CCIT-exposed parents and prevent parenting alliance difficulties. Our results suggest that fostering affect regulation and relatedness could be beneficial to promote parenting alliance. For example, it could be helpful to use cognitive processing strategies tailored to trauma experience and its impact (Resick et al., 2024), to promote distress tolerance skills, and to use mindfulness strategies aimed at observing and accepting emotions (Linehan, 2014). Addressing postpartum tensions with the entourage could also benefit CCIT survivors, who often face more conflicts and report a lower parenting alliance. This might be achieved through communication strategies used in couple-focused parenting programs (e.g., Couple CARE for Parents; Heyman et al., 2019). In fact, since pre and postpartum programs often focus on parenting alliance (e.g., Feinberg et al., 2016; Philipp et al., 2020), it seems relevant for these programs to adopt a trauma-informed approach. This could translate into recognizing signs of traumatic sequelae and actively prevent re-traumatisation (Huang et al., 2014), but also into a focus on self-capacities disturbances. Finally, the identified

dyadic effects in this study suggest that prevention and intervention efforts should target both co-parents and account for their interdependence in co-parenting.

### **Limitations and future directions**

The results of the current study need to be examined with consideration for their inherent limitations. Its correlational design does not allow to infer any causation between variables. At least, controlling for parental alliance at a previous time-point helps us assess the contribution of self-capacities disturbances to our outcome (i.e., parenting alliance T2) independently of the contribution of parental alliance at T1, eliminating a major confounding factor in these associations. Although participants at T1 were selected randomly, it is possible that those who took part in the study were parents who functioned better or had more availability in their postpartum schedule to do so. For example, parents who did not complete the second wave of the study tended to have more children. This potential selection bias should be considered when generalizing the study's findings to broader populations of parents. Yet, the participation of higher-functioning couples may have allowed for a more conservative test of our proposed model. Therefore, the links identified between CCIT, self-capacities and parenting alliance in this study may be especially strong, as they were detected among well-functioning parents who might exhibit high adaptation and even resilience. It is important to note that the use of self-reported measures to measure the parenting alliance is a limitation, as it depends on the parent's perception rather than direct observation of coparenting. However, studying parents' perceptions remains relevant, and the use of dyadic data ensures the study is not limited to the perspective of a single parent. Finally, as the current sample was limited to different-gender and predominantly White couples, the results cannot be generalized to parents from more diverse ethnic backgrounds or to same-gender couples. Future work needs to include more diverse parents and couples in order to examine how potential differences in CCIT, self-capacities disturbances, and parenting alliance may come into play.

Despite these limits, this study offers insights based on two measurement waves during the first postpartum year, when crucial elements for the adjustment of survivors and their families come into play. It provides much needed insight on childhood interpersonal trauma and parenting alliance and offers cues on targets to focus on in existing interventions for CCIT-exposed parents who are welcoming a new child in their lives.

## References

- Abidin, R. R., & Konold, T. (1999). *Parenting Alliance Measure – Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K., & Sareen, J. (2014). Child abuse and mental disorders in Canada, *Canadian Medical Association journal*, 186(9), E324-E332. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131792>
- Ahmed, A., Bowen, A., Feng, C. X., & Muhajarine, N. (2019). Trajectories of maternal depressive and anxiety symptoms from pregnancy to five years postpartum and their prenatal predictors. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2177-y>
- Altenburger, L. E., & Schoppe-Sullivan, S. J. (2021). Contributions of parenting quality and coparenting relationship quality to the development of child executive functioning. *Early Childhood Research Quarterly*, 57, 133-143. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2021.05.010>
- Andersson, S. O., Annerbäck, E. M., Söndergaard, H. P., Hallqvist, J., & Kristiansson, P. (2021). Adverse Childhood Experiences are associated with choice of partner, both partners' relationship and psychosocial health as reported one year after birth of a common child. A cross-sectional study. *PloS one*, 16(1), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244696>
- Banford Witting, A., & Busby, D. (2019). The long arm of trauma during childhood: Associations with resources in couple relationships. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45(3), 534-549. <https://doi.org/10.1111/jmft.12354>
- Bigras, N., & Godbout, N. (2020). Validation francophone de l'Inventaire des capacités du soi altérées au sein d'adultes de la communauté et d'un échantillon clinique. *Canadian Journal of Behavioral Sciences*. Advanced online publication. <https://doi.org/10.1037/cbs0000177>
- Bigras, N., Daspe, M.-È., Godbout, N., Briere, J., & Sabourin, S. (2016). Cumulative Childhood Trauma and Adult Sexual Satisfaction: Mediation by Affect Dysregulation and Sexual Anxiety in Men and Women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(4), 377–396. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2016.1176609>
- Bigras, N., Godbout, N., Hébert, M., & Sabourin, S. (2017). Cumulative adverse childhood experiences and sexual satisfaction in sex therapy patients: What role for symptom complexity? *Journal of Sexual Medicine*, 14(3), 444–454. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.013>
- Briere, J. (1996). A self-trauma model for treating adult survivors of severe child abuse. In J. Briere, L. Berliner, J. A. Bulkley, C. Jenny, & T. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment*. Sage Publications.
- Briere, J., & Runtz, M. (2002). The Inventory of Altered Self-Capacities (IASC): A standardized measure of identity, affect regulation, and relationship disturbance. *Assessment*, 9(3), 230–239. <https://doi.org/10.1177/1073191102009003002>
- Choi, J. K., & Becher, E. H. (2019). Supportive coparenting, parenting stress, harsh parenting, and child behavior problems in nonmarital families. *Family process*, 58(2), 404-417. <https://doi.org/10.1111/famp.12373>

- Christie, H., Talmon, A., Schäfer, A., Haan, A., Vang, M., Haag, K., Gilbar, O., Alisic, E., & Brown, E. (2018). The transition to parenthood following a history of childhood maltreatment: a review of the literature on prospective and new parents' experiences. *European Journal of Psychotraumatology*, 8. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1492834>
- Cole, P. M., Woolger, C., Power, T. G., & Smith, K. D. (1992). Parenting difficulties among adult survivors of father-daughter incest. *Child Abuse & Neglect*, 16(2), 239–249. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(92\)90031-L](https://doi.org/10.1016/0145-2134(92)90031-L)
- Dugal, C., Bélanger, C., Brassard, A., & Godbout, N. (2020). A Dyadic Analysis of the Associations Between Cumulative Childhood Trauma and Psychological Intimate Partner Violence: The Mediating Roles of Negative Urgency and Communication Patterns. *Journal of Marital and Family Therapy*, 46(2), 337–351. <https://doi.org/10.1111/jmft.12414>
- Dugal, C., Girard, M., Bélanger, C., Sabourin, S., Bates, E. A., & Godbout, N. (2021). Psychological Intimate Partner Violence and Childhood Cumulative Trauma: The Mediating Role of Affect Dysregulation, Maladaptive Personality Traits, and Negative Urgency. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(11–12), 5101–5121. <https://doi.org/10.1177/0886260518801022>
- Dugal, C., Godbout, N., Bélanger, C., Hébert, M., & Goulet, M. (2018). Cumulative childhood maltreatment and subsequent psychological violence in intimate relationships: The role of emotion dysregulation. *Partner abuse*, 9(1), 18–40. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.9.1.18>
- Espelage, D. L., Hong, J. S., & Mebane, S. (2016). Recollections of childhood bullying and multiple forms of victimization: correlates with psychological functioning among college students. *Social Psy Edu*, 19(4), 715–728. <https://doi.org/10.1007/s11218-01-9352-z>
- Fagan, J. (2021). Associations between low-income nonresident fathers' parenting identity and involvement with children. *Psychology of Men & Masculinities*, 22(3), 433. <https://doi.org/10.1037/men0000295>
- Feinberg, M. E. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for research and intervention. *Parenting: science and practice*, 3(2), 95–131.
- Feinberg, M. E., Jones, D. E., Hostetler, M. L., Roettger, M. E., Paul, I. M., & Ehrenthal, D. B. (2016). Couple-focused prevention at the transition to parenthood, a randomized trial: Effects on coparenting, parenting, family violence, and parent and child adjustment. *Prevention science*, 17(6), 751–764. <https://doi.org/10.1007/s11212-016-0674-z>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology*, 19(1), 149–166. <https://doi.org/10.1017/S0954579407070083>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 33(7), 403–411. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.09.012>
- Garson, G. D., (2013). *Path analysis*. Statistical Associates Publishing.

- Godbout, N., Bigras, N., & Sabourin, S. (2017). Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ). Unpublished manuscript, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada.
- Godbout, N., Dutton, D. G., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2009). Early exposure to violence, domestic violence, attachment representations, and marital adjustment. *Personal Relationships*, 16(3), 365-384. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2009.01228.x>
- Godbout, N., Morissette Harvey, F., Cyr, G., & Bélanger, C. (2020). Cumulative childhood trauma and couple satisfaction: Examining the mediating role of mindfulness. *Mindfulness*, 11, 1723-1733.
- Greene, C. A., Haisley, L., Wallace, C., & Ford, J. D. (2020). Intergenerational effects of childhood maltreatment: a systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. *Clinical psychology review*, 80, <https://doi.org/101891>.
- Hayes, A. F. (2017). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach (2ème éd.). Guilford Press.
- Heyman, R. E., Slep, A. M. S., Lorber, M. F., Mitnick, D. M., Xu, S., Baucom, K. J., ... & Niolon, P. H. (2019). A randomized, controlled trial of the impact of the couple CARE for parents of newborns program on the prevention of intimate partner violence and relationship problems. *Prevention science*, 20, 620-631. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0961-y>
- Huang, L. N., Flatow, R., Biggs, T., Afayee, S., Smith, K., Clark, T., & Blake, M. (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*.
- Hugill, M., Berry, K., & Fletcher, I. (2017). The association between historical childhood sexual abuse and later parenting stress: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 20(2), 257-271. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0708-3>
- Janovsky, T., Rock, A. J., Thorsteinsson, E. B., Clark, G. I., & Murray, C. V. (2020). The relationship between early maladaptive schemas and interpersonal problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(3), 408-447.
- Joshi, D., Raina, P., Tonmyr, L., MacMillan, H. L., & Gonzalez, A. (2021). Prevalence of adverse childhood experiences among individuals aged 45 to 85 years: a cross-sectional analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 9(1), E158-E166.
- Kang, S. K., Choi, H. J., & Chung, M. R. (2020). Coparenting and parenting stress of middle-class mothers during the first year: Bidirectional and unidirectional effects. *Journal of Family Studies*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/13229400.2020.1744472>
- Keizer, R. & Schenk, N. (2012). Becoming a Parent and Relationship Satisfaction: A Longitudinal Dyadic Perspective. *Journal of Marriage and Family*, 74, 759-773. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2012.00991.x>
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2006). *Dyadic data analysis*. Guilford Press
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford Press.

- Kolak, A. M., & Volling, B. L. (2007). Parental expressiveness as a moderator of coparenting and marital relationship quality. *Family Relations*, 56(5), 467-478. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2007.00474.x>
- Kraemer, H. C., Kiernan, M., Essex, M., & Kupfer, D. J. (2008). How and why criteria defining moderators and mediators differ between the Baron & Kenny and MacArthur approaches. *Health Psychology*, 27, 101–108. [https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.2\(Suppl.\).S101](https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.2(Suppl.).S101).
- Leavitt, C.E., McDaniel, B.T., Maas, M.K. (2017). Parenting Stress and Sexual Satisfaction Among First-Time Parents: A Dyadic Approach. *Sex Roles*, 76, 346–355, <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0623-0>
- Ledermann, T., Macho, S., & Kenny, D. A. (2011). Assessing mediation in dyadic data using the actor-partner interdependence model. *Structural Equation Modeling*, 18(4), 595–612. <https://doi.org/10.1080/10705511.2011.607099>
- Ludmer, J. A., Gonzalez, A., Kennedy, J., Masellis, M., Meinz, P., & Atkinson, L. (2018). Association between maternal childhood maltreatment and mother-infant attachment disorganization: Moderation by maternal oxytocin receptor gene and cortisol secretion. *Hormones and Behavior*, 102, 23–33. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2018.04.006>
- MacKinnon, D. P., & Fairchild, A. J. (2009). Current Directions in Mediation Analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 18(1), 16–20. <https://doi.org/10.1111/j.14678721.2009.01598.x>.Current
- McHale, J. P., & Lindahl, K. M. (2011). *Coparenting: A conceptual and clinical examination of family systems*. American Psychological Association.
- McKay, M. T., Cannon, M., Chambers, D., Conroy, R. M., Coughlan, H., Dodd, P., ... & Clarke, M. C. (2021). Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(3), 189-205.
- Minuchin, S., and Fishman, H. C. (1975). *Family therapy techniques*. Boston, MA: Harvard University Press.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. (2015). *Mplus. The comprehensive modelling program for applied researchers: user's guide*, 5.
- Olson, D. H., Sprenkle, D. H., and Russell, C. S. (1979). Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, 18(1), 3–28.
- Philipp, A. C., Lee, J. K., Stamm, T. A., Wininger, M., Datler, W., & Kapusta, N. D. (2020). Coparenting Intervention for Expectant Parents Affects Relationship Quality: A Pilot Study. *The Tohoku journal of experimental medicine*, 252(1), <https://doi.org/33-43>. 10.1620/tjem.252.33
- Pilkington, P., Milne, L., Cairns, K., & Whelan, T. (2016). Enhancing reciprocal partner support to prevent perinatal depression and anxiety: a Delphi consensus study. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0721>

- Rassart, C. A., Paradis, A., Herba, C. M., & Godbout, N. (2023). Childhood interpersonal trauma and postpartum parenting alliance: The role of mindfulness in couples. *Journal of Family Psychology*. <https://dx.doi.org/10.1037/fam0001174>
- Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2024). *Cognitive processing therapy for PTSD*. Guilford Publications.
- Roche, A. I., Kroska, E. B., Miller, M. L., Kroska, S. K., & O'Hara, M. W. (2019). Childhood trauma and problem behavior: Examining the mediating roles of experiential avoidance and mindfulness processes. *Journal of American college health*, 67(1), 17-26.
- Sadikaj, G., Moskowitz, D. S., Zuroff, D. C., & Bartz, J. A. (2020). CD38 is associated with communal behavior, partner perceptions, affect and relationship adjustment in romantic relationships. *Scientific reports*, 10(1), 1-14. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-69520-y>
- Satorra, A. & Bentler, P. M. (2010). Ensuring positiveness of the scaled difference chi-square test statistic. *Psychometrika*, 75, 243–248. <https://doi.org/10.1007/s11336-009-9135-y>
- Sheftall, A. H., Schoppe-Sullivan, S. J., & Futris, T. G. (2010). Adolescent Mothers' Perceptions of the Coparenting Relationship With Their Child's Father: A Function of Attachment Security and Trust. *Journal of Family Issues*, 31(7), 884–905. <https://doi.org/10.1177/0192513X09359892>
- Siverns, K., & Morgan, G. (2019). Parenting in the context of historical childhood trauma: An interpretive meta-synthesis. *Child Abuse & Neglect*, 98, 104186.
- Statistics Canada (2022a). Highest level of education by geography: Census subdivisions by province or territory [Table 98-10-0387-04]. [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=9810038704&request\\_locale=en](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=9810038704&request_locale=en)
- Statistics Canada (2022b). The Canadian census: A rich portrait of the country's religious and ethnocultural diversity. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/221026/dq221026b-eng.htm>
- Statistics Canada (2021). Income of individuals by age group, sex and income source, Canada, provinces and selected census metropolitan areas. [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1110023901&request\\_locale=en](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1110023901&request_locale=en)
- Zhu, W., Chen, Y., & Xia, L. X. (2020). Childhood maltreatment and aggression: The mediating roles of hostile attribution bias and anger rumination. *Personality and Individual Differences*, 162, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110007>.

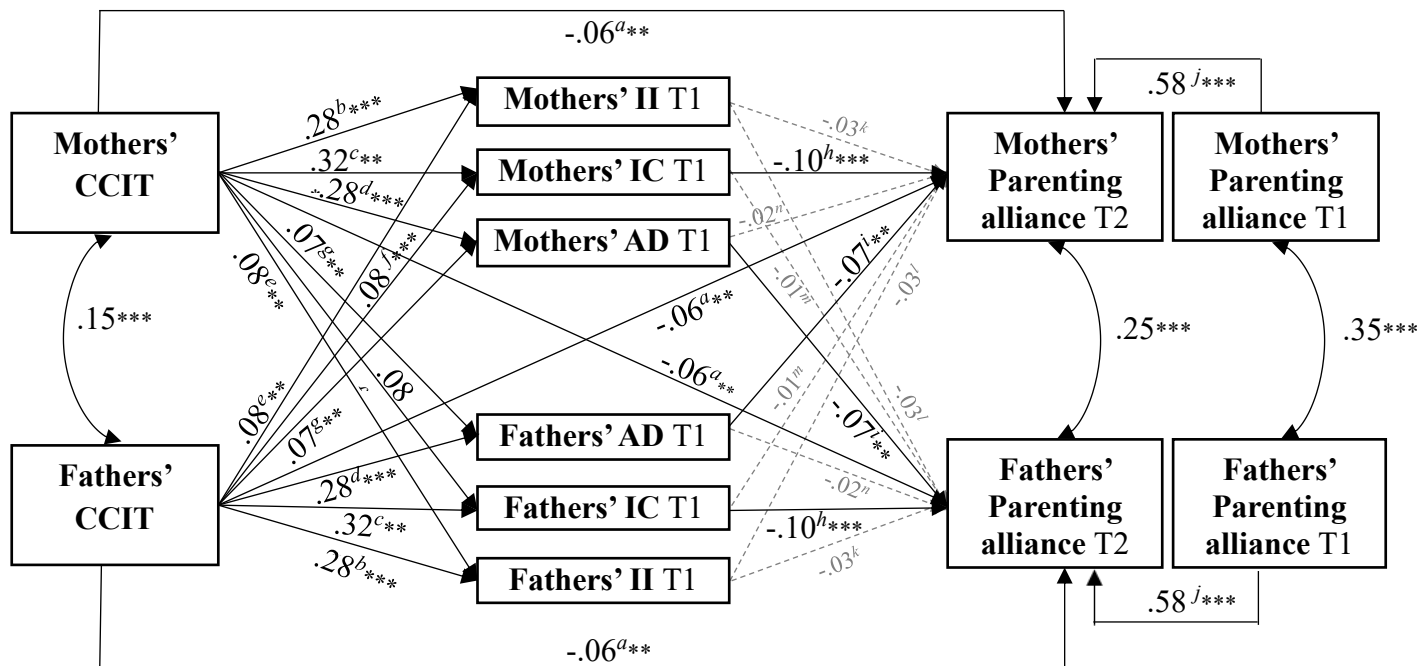
**Table 1.** Correlation Matrix Between CCIT, Self-Capacities Disturbances and Parenting Alliance Among Mothers and Fathers ( $n = 1846$  parents)

| Variables                     | <i>M</i> ( <i>SD</i> ) | 1       | 2       | 3       | 4       | 5       | 6       | 7       | 8       | 9       | 10      | 11     | 12 |
|-------------------------------|------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|----|
| 1. Mothers' CCIT              | 2.96 (2)               |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |        |    |
| 2. Mothers' AD                | 15 (5.58)              | .30***  |         |         |         |         |         |         |         |         |         |        |    |
| 3. Mothers' II                | 13.96 (5.17)           | .28***  | .69***  |         |         |         |         |         |         |         |         |        |    |
| 4. Mothers' IC                | 15.64 (4.57)           | .32***  | .67***  | .56***  |         |         |         |         |         |         |         |        |    |
| 5. Mothers' PA <sup>T1</sup>  | 89.11 (9.73)           | -.17*** | -.28*** | -.26*** | -.29*** |         |         |         |         |         |         |        |    |
| 6. Mothers' PA <sup>T2</sup>  | 88.34 (10.58)          | -.18*** | -.24*** | -.25*** | -.28*** | .67***  |         |         |         |         |         |        |    |
| 7. Fathers' CCIT              | 2.71 (2.09)            | .16***  | .18***  | .14***  | .16***  | -.14*** | -.19*** |         |         |         |         |        |    |
| 8. Fathers' AD                | 13.66 (5.76)           | .08*    | .18***  | .23***  | .20***  | -.21*** | -.24*** | .29***  |         |         |         |        |    |
| 9. Fathers' II                | 13.34 (5.22)           | .10**   | .20***  | .23***  | .23***  | -.13*** | -.17*** | .31***  | .71***  |         |         |        |    |
| 10. Fathers' IC               | 15.10 (4.75)           | .11***  | .19***  | .20***  | .26***  | -.21*** | -.23*** | .35***  | .69***  | .59***  |         |        |    |
| 11. Fathers' PA <sup>T1</sup> | 90.02 (9.19)           | -.14*** | -.24*** | -.17*** | -.23*** | .35***  | .30***  | -.23*** | -.29*** | -.32*** | -.24*** |        |    |
| 12. Fathers' PA <sup>T2</sup> | 89.29 (9.91)           | -.19*** | -.24*** | -.22*** | -.24*** | .30***  | .40***  | -.24*** | -.31*** | -.33*** | -.30*** | .61*** |    |

*Note.* CCIT, Cumulative Childhood Interpersonal Trauma. AD, Affect dysregulation. II, Identity Impairment. IC, Interpersonal Conflicts.

PA<sup>T1</sup>, Parenting Alliance at T1. PA<sup>T2</sup>, Parenting alliance at T2. \* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$ .

**Figure 1.** Constrained APIMeM Model of the Mediating Role of Self-Capacities Disturbances in the Association Between CCIT and Parenting Alliance ( $n = 923$  couples)



*Note.* CCIT, Cumulative Childhood Interpersonal Trauma. AD, Affect dysregulation. II, Identity Impairment. IC, Interpersonal Conflicts. Pooled standardized estimates are reported for links that were found to be statistically equivalent. Identical subscripts ( $a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n$ ) represent links that have been constrained to be equal. Significant links are in bold. Covariances between variables were kept in the final model but not included in this figure to preserve visual clarity.  $*p \leq .05$ ;  $**p \leq .01$ ;  $***p \leq .001$ .

## Supplementary Material

**Table S1.** Attrition Details on Couples who did not complete T2 ( $n = 142$  couples)

| Reason for non-completion of T2                                                    | <i>n</i> (%)        |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Both parents declined to complete T2                                               | 37 couples (26.05%) |
| One parent out of two declined to complete T2                                      | 59 couples (41.55%) |
| Parents could not be reached through phone or email at T2                          | 6 couples (4.23%)   |
| Parents had separated at T2                                                        | 4 couples (2.82%)   |
| One of the parents was deceased at T2                                              | 1 couple (.07%)     |
| Parents accepted to complete T2 but failed to do so in time for this study         | 20 couples (14.08%) |
| Completed T2 partially and did not answer the measure on parenting alliance at T2. | 15 couples (10.56%) |

**Table S2.** Results of Invariance Testing: Cumulative Childhood Interpersonal Trauma Predicting Parenting Alliance Mediated by Self-Capacities Disturbances ( $n = 923$  couples)

| Models                                                                                           | LL                | SC            | P         | $\Delta df$ | $\Delta\chi^2, p$                      | RMSEA<br>(90% CI)                     | CFI          | TLI          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------|-----------|-------------|----------------------------------------|---------------------------------------|--------------|--------------|
| <b>Invariance testing between mothers and fathers</b>                                            |                   |               |           |             |                                        |                                       |              |              |
| Baseline                                                                                         | -13191.236        | 1.4917        | 90        | -           | -                                      | 0.000<br>(0.000, 0.000)               | 1.000        | 1.000        |
| 1.1 - CCIT ON PA <sup>T2</sup> (within parent)                                                   | -13191.260        | 1.4943        | 89        | 1           | .04, $p = .85$                         | 0.000<br>(0.000, 0.050)               | 1.000        | 1.000        |
| 1.2 - CCIT ON PA <sup>T2</sup> (between parents)                                                 | -13191.271        | 1.4931        | 89        | 1           | .05, $p = .82$                         | 0.000<br>(0.000, 0.053)               | 1.000        | 1.000        |
| 1.3 - II ON PA, IC ON PA <sup>T2</sup> , AD ON PA <sup>T2</sup> (within parent)                  | -13194.154        | 1.4960        | 87        | 3           | 4.27, $p = .23$                        | 0.021<br>(0.000, 0.063)               | 1.000        | 0.991        |
| 1.4 - II ON PA <sup>T2</sup> , IC ON PA <sup>T2</sup> , AD ON PA <sup>T2</sup> (between parents) | -13192.243        | 1.4966        | 87        | 3           | 1.49, $p = .68$                        | 0.000<br>(0.000, 0.042)               | 1.000        | 1.000        |
| 1.5 - CCIT ON II, CCIT ON IC, CCIT ON AD (within parent)                                         | -13191.989        | 1.5037        | 87        | 3           | 1.32, $p = .73$                        | 0.000<br>(0.000, 0.040)               | 1.000        | 1.000        |
| 1.6 - CCIT ON II, CCIT ON IC, CCIT ON AD (between parents)                                       | -13193.267        | 1.5088        | 87        | 3           | 4.08, $p = .25$                        | 0.020<br>(0.000, 0.062)               | 1.000        | 0.992        |
| 1.7 - PA <sup>T1</sup> ON PA <sup>T2</sup> (within parent)                                       | -13192.929        | 1.4623        | 89        | 1           | .82, $p = .36$                         | 0.000<br>(0.000, 0.084)               | 1.000        | 1.000        |
| 1.8 - PA <sup>T1</sup> ON PA <sup>T2</sup> (between parents)                                     | -13191.250        | 1.4914        | 89        | 1           | .02, $p = .89$                         | 0.000<br>(0.000, 0.041)               | 1.000        | 1.000        |
| 1.9 - All paths (1.1-1.8) constrained to be equal                                                | -13200.081        | 1.5160        | 74        | 16          | 12.83, $p = .69$                       | 0.000<br>(0.000, 0.024)               | 1.000        | 1.000        |
| 1.10 - II WITH IC, II WITH AD, IC WITH AD (within parent)                                        | -13193.300        | 1.4748        | 87        | 3           | 2.08, $p = .56$                        | 0.000<br>(0.000, 0.048)               | 1.000        | 1.000        |
| 1.11 - II WITH IC, II WITH AD, IC WITH AD (between parents)                                      | -13193.990        | 1.5005        | 87        | 3           | 4.45, $p = .22$                        | 0.023<br>(0.000, 0.064)               | 0.999        | 0.989        |
| 1.12 - PA <sup>T1</sup> WITH CCIT, II, IC, AD (within parent)                                    | -13195.249        | 1.5068        | 86        | 4           | 6.88, $p = .14$                        | 0.028<br>(0.000, 0.062)               | 0.999        | 0.984        |
| 1.13 - PA <sup>T1</sup> WITH CCIT, II, IC, AD (between parents)                                  | -13191.942        | 1.5127        | 86        | 4           | 1.36, $p = .89$                        | 0.000<br>(0.000, 0.027)               | 1.000        | 1.000        |
| 1.14 - Final with all paths and covariances constrained                                          | -13210.333        | 1.5652        | 60        | 30          | 28.4, $p = .55$                        | 0.000<br>(0.000, 0.023)               | 1.000        | 1.000        |
| <b>Invariance testing between actor and partner effects</b>                                      |                   |               |           |             |                                        |                                       |              |              |
| 2.1 - II ON PA <sup>T2</sup> , IC ON PA <sup>T2</sup> , AD ON PA <sup>T2</sup>                   | <b>-13215.193</b> | <b>1.5872</b> | <b>57</b> | <b>3</b>    | <b>8.47, <math>p = .03</math></b>      | <b>0.010</b><br><b>(0.000, 0.027)</b> | <b>0.999</b> | <b>0.998</b> |
| 2.2 - CCIT ON II, CCIT ON IC, CCIT ON AD                                                         | <b>-13256.676</b> | <b>1.5893</b> | <b>57</b> | <b>3</b>    | <b>83.7, <math>p &lt; .001</math></b>  | <b>0.046</b><br><b>(0.036, 0.057)</b> | <b>0.976</b> | <b>0.956</b> |
| 2.3 - CCIT ON PA <sup>T2</sup>                                                                   | -13210.547        | 1.5763        | 59        | 1           | 0.47, $p = .49$                        | 0.000<br>(0.000, 0.023)               | 1.000        | 1.000        |
| 2.4 - PA <sup>T1</sup> ON PA <sup>T2</sup>                                                       | <b>-13343.882</b> | <b>1.5193</b> | <b>59</b> | <b>1</b>    | <b>62.50, <math>p &lt; .001</math></b> | <b>0.080</b><br><b>(0.070, 0.090)</b> | <b>0.934</b> | <b>0.872</b> |

*Note.* “Baseline” = Base model, estimates are free to vary across gender; Models 1.1 to 1.14 were compared to the baseline model as reference model; Models 2.1 to 2.4 were compared to model 1.14 as reference model; “LL” = Loglikelihood; “SC” = Scaling Correcting Factor; “P” = Number of estimated parameters; “ $\Delta\chi^2, p$ ” = Difference in chi-square value between models and  $p$  significance; “ $\Delta df$ ” = Difference in degrees of freedom between nested models; “RMSEA” = Root Mean Square Error of Approximation; “CFI” = Comparative Fit Index. CCIT, Childhood Cumulative Interpersonal Trauma. AD, Affect dysregulation. II, Identity Impairment. IC, Interpersonal Conflicts. PA<sup>T1</sup>, Parenting Alliance at T1. PA<sup>T2</sup>, Parenting alliance at T2. In bold are models with significant  $p < .05$  and/or poor fit indices. The final APIMeM model includes the constraints tested in models 1.1–1.7, 1.8–1.14, and 2.3.

## CHAPITRE IV

**What is standing in our way as coparents? Cumulative childhood trauma moderates the association between parenting alliance and stress in couples with an infant**

Soumis à la revue *Personal Relationships* en juillet 2025

**What is standing in our way as coparents? Cumulative childhood trauma moderates the association between parenting alliance and stress in couples with an infant**

Camille Andrée Rassart, B.A.

Department of psychology, Université du Québec à Montréal, 100 Sherbrooke Ouest street,  
Montréal, Québec, Canada, H2X 3P2, rassart.camille-andree@courrier.uqam.ca

Alison Paradis, PhD.

Department of psychology, Université du Québec à Montréal, 100 Sherbrooke Ouest street,  
Montréal, Québec, Canada, H2X 3P2, paradis.alison@uqam.ca

Rachel Langevin, PhD.

Department of Educational and Counselling Psychology, University McGill, 3700 McTavish  
Street, Montréal, Québec, Canada, H3A 1Y2, rachel.langevin@mcgill.ca

Natacha Godbout, PhD.

Department of Sexology, Université du Québec à Montréal, 1205 St-Denis street, Montréal,  
Québec, Canada, H2L 4Y2, godbout.natacha@uqam.ca

## **Abstract**

Welcoming a child is a life-changing event that deeply impacts parents. Following a new birth, parenting alliance is key for managing postpartum challenges, while parenting stress remains one of the most reported difficulties. Although the relationship between parenting alliance and stress is well-documented, dyadic interconnections are still misunderstood, and little is known about the influence of childhood trauma. Yet, parents exposed to cumulative childhood interpersonal trauma (CCIT) are more likely to report postpartum mental health difficulties, placing their families at greater risk for adverse outcomes. Further investigation is needed into how CCIT may alter the relationship between parenting alliance and parenting stress. Using a dyadic longitudinal approach, this study examined the moderating role of CCIT in the association between parenting alliance and parenting stress. A randomly selected community sample of 958 couples with an infant completed questionnaires across the first year postpartum. Actor-partner interdependence modeling showed that CCIT exposure moderated the longitudinal link between parenting alliance and parenting stress, with higher exposure weakening the positive influence of parenting alliance on stress. These findings reveal the nuanced role of CCIT in shaping couple dynamics during early parenting and highlight the need for trauma-informed approaches in intervention efforts targeting parenting stress.

**Keywords:** Parenting Alliance, Coparenting, Parenting Stress, Cumulative Childhood Interpersonal Trauma, Actor-Partner Interdependence Model, Moderation

## **Introduction**

Life shifts in many ways when welcoming a new child, introducing both joy and challenges in the months that follow. During this period, parenting stress is one of the most commonly reported difficulties (Walker et al., 2024), with negative repercussions on overall family well-being (Dau et al., 2019). In contrast, parenting alliance – a specific component of the couple's relationship focused on child rearing – is an important resource for parents that is central to many perinatal programs (Eira Nunes et al., 2020). Although studies highlight the intricate links between parenting alliance and parenting stress, more research is needed to better understand their interplay among couples adjusting to the birth of a child. Moreover, while the impact of parenting alliance on stress is well-known, its role has yet to be explored in relation to parents' experiences of childhood interpersonal trauma. Parents who report childhood interpersonal trauma form an at-risk group, often exhibiting lower postpartum functioning (Christie et al., 2017), and for whom targeted interventions are beneficial (Liu et al., 2024). Given its propensity to disrupt parents' adjustment, childhood interpersonal trauma may moderate the association between parenting alliance and parenting stress in couples with an infant.

### **Parenting stress**

Parenting stress refers to the perception of a significant gap between a parent's available resources and the demands associated with raising a child (Abidin, 1990). This perceived gap tends to widen during stressful life events, such as following birth, when parents navigate challenges like learning new caregiving tasks, coping with limited sleep, and managing restricted personal time (Giallo et al., 2015). While many parents tend to adjust to these challenges during the first six months postpartum (Menon et al., 2020), parenting stress may persist due to increasing financial demands, changing couple dynamics, and the need to balance multiple roles (e.g., parent, partner, professional) (Walker et al., 2024).

As a subsystem within the larger family system, the parental couple (i.e., unit of romantic partners who are also coparents) is characterized by interdependent processes that cannot be understood through individual traits alone (McHale, 1997; Minuchin, 1985). Instead, it operates as a dynamic system, where the whole is greater than the sum of its parts (Kerig, 2001). This systemic view of parental couples is especially relevant for understanding parenting stress, particularly through the phenomenon of stress crossover, where one partner's emotional stress response triggers similar

emotions in the other partner (Bolger et al., 1989). In fact, numerous studies show that stress levels reported by parents of infants tend to influence each other (e.g., Han & Lee, 2020; Leavitt et al., 2017).

Further studies are needed to examine parenting stress and its correlates, especially given that coparents who report higher levels of parenting stress during postpartum and extended postpartum periods (i.e., the first six months and beyond) tend to report a less satisfying parenting experience (Johansson et al., 2020). Longitudinal studies have documented long-term impacts on maternal sensitivity (Dau et al., 2019) and mental health (e.g., depression, anxiety; Rollè et al., 2017). Moreover, children whose mothers report higher parenting stress are at greater risk of growing up in an environment that hinders the development of their executive functions and emotion regulation (Ward et al., 2020). Given the negative impact of parenting stress on family well-being, it is essential to identify factors that may influence its development during the early stages of parenthood. One such factor is parenting alliance, often described as the parents' ability to work as a team, and which may offer valuable insight into how parents face the challenges of taking care of an infant.

### **Parenting alliance and its impact on parenting stress**

Parenting alliance refers to the respect, support, and communication between coparents regarding each other's parenting roles and commitment to a child (e.g., childcare and education) (McHale & Lindahl, 2011). The perception of a greater parenting alliance has been linked with greater couple satisfaction (Le et al., 2017) and parent-child relationship satisfaction (Peltz et al., 2018), while low levels of alliance were linked with harsher parenting practices and more behavioral problems in children (Choi & Becher, 2019). Parenting alliance has garnered significant attention in interventions aimed at improving parental functioning after welcoming a newborn, showing lasting benefits for parents' relationship and their mental health (Eira Nunes et al., 2020).

Parenting alliance tends to be related to the stress experienced by parents while caring for an infant. Family systems theory highlights the importance of relational processes that help maintain stability and homeostasis within the family despite environmental changes and everyday stressors (Minuchin, 1985). Through collaboration and mutual support, parenting alliance fosters predictability and balance, thereby reducing stress and promoting a sense of security in the face of parenting challenges (Ryan & Padilla, 2019). Aligned with the Vulnerability-Stress-Adaptation

(VSA) model (Karney & Bradbury; 1995), parenting alliance also serves as an adaptive process for managing parenting stress. In this model, couples' relationship outcomes are shaped by the interplay between enduring vulnerabilities, external stressors, and adaptive processes such as parenting alliance. Parents who can rely on a strong parenting alliance are likely to perceive their infant's demands as more manageable within their available resources, leading to lower parenting stress. The VSA model emphasizes how parenting stress and parenting alliance remain interconnected throughout parenthood, shaping parents' relationship stability and overall family functioning (Ryan & Padilla, 2019).

Several studies have documented the negative association between parenting alliance and parenting stress among parents of young children (e.g., Azzi et al., 2024; Camisasca et al., 2022; Zhu et al., 2024). These studies consistently highlight the relationship between parenting alliance and reduced parenting stress, notably in mothers. Given the systemic nature of parenting alliance, researchers have emphasized the importance of recruiting couples when examining this variable. Lionetti and colleagues (2015) conducted a longitudinal study with 50 couples who recently adopted an infant and found that unresolved attachment, alongside low parenting alliance, predicted higher parenting stress for both mothers and fathers. However, maternal and paternal data were treated separately, preventing the examination of the interdependence between coparents' functioning. Schoppe-Sullivan and colleagues (2016) investigated similar associations across the first 9 months postpartum in a sample of 182 couples and found an association between parenting alliance and stress in fathers, moderated by self-efficacy. While they included mothers and fathers in the same model, the role of parenting alliance on stress was not examined in dyadic models where dyadic effects and gender differences could be assessed. Addressing those limitations, Park and colleagues (2023) conducted a cross-sectional dyadic study with 174 couples and found that fathers' parenting alliance mediated the relationship between their own perception of interparental relationship and both their own and their partner's parenting stress. While the association between parenting alliance and parenting stress appears consistent across studies, factors such as small sample size, cross-sectional design, and limitations in strategies used to examine dyadic data continue to limit our understanding of how postpartum parenting alliance influences parenting stress. Furthermore, our understanding of which parents are more vulnerable in this relationship remains limited. Individual differences, such as a history of childhood

interpersonal trauma, may shape how parents benefit from parenting alliance and how resilient they are to parenting stress.

### **The moderating role of childhood interpersonal trauma**

Childhood interpersonal trauma refers to harmful experiences occurring during childhood or adolescence within a relational context (D’Andrea et al., 2012). The main forms of childhood interpersonal trauma include sexual abuse, physical and psychological violence, neglect, exposure to domestic violence, and peer bullying (Massullo et al., 2023; Matthews et al., 2023). These experiences often involve attachment figures (e.g., parental abuse) or other recurring known perpetrators (e.g., bullying) and are more likely to result in long-term traumatic repercussions than non-interpersonal traumas such as accidents and natural disasters (Forbes et al., 2013). Over the last ten years, there has been a paradigm shift in how childhood interpersonal trauma is conceptualized and measured (da Silva et al., 2024). Indeed, a bulk of studies have documented that different forms of childhood interpersonal trauma often co-occur (e.g., physical and psychological violence; for a meta-analysis, see Chan et al., 2021). Consistent with this, studies conducted with couples show that adults report a mean of three forms of such trauma (Dugal et al., 2020; Godbout et al., 2023). Thus, the concept of Cumulative Childhood Interpersonal Trauma (CCIT), defined as experiencing two or more forms of childhood interpersonal trauma, has garnered significant empirical and theoretical interest (Hamby et al., 2021), emerging as one of the strongest predictors of adjustment in adulthood. Indeed, CCIT predicts higher mental health symptomatology in both child and adult survivors, surpassing the severity of a single traumatic event (da Silva et al., 2024; McKay et al., 2021). In adulthood, survivors are more likely to experience difficulties in understanding themselves, maintaining healthy relationships, and regulating negative emotions without resorting to harmful coping strategies (e.g., experiential avoidance, substance abuse; Briere et al., 2008; Morissette-Harvey et al., 2024) or dissociative states (da Silva et al., 2024). CCIT is associated with long-term stress sensitivity (Rousson et al., 2020), and survivors may therefore be more vulnerable to periods of stress such as the birth of a new child, notably due to the interfering long-lasting sequelae associated with such trauma. Caring for an infant is challenging on its own, but childhood interpersonal trauma survivors may also face situations involving their child that trigger memories of their own difficult childhood or parenting experiences (Schechter et al., 2010). Parents with a history of childhood interpersonal trauma tend

to report greater difficulties during the postpartum (e.g., depression, stress; Christie et al., 2017), and even more so when they have been exposed to CCIT (e.g., Hitzler et al., 2022).

Studies have revealed negative associations between CCIT and parenting stress in adults from the general population. For example, in their study conducted with 81 mothers enrolled in stress management courses, Lange and colleagues (2019) identified significant dose–response relationships between the mothers’ cumulative score of adverse childhood experiences (i.e. including childhood interpersonal trauma) and their parenting stress. Past studies suggest that CCIT may also translate into alterations of key capacities (e.g., emotion regulation, mindfulness) that are essential to cope with parenting stress (Rassart et al., 2022) and for maintaining relationship satisfaction during the postpartum period (Morissette-Harvey et al., 2024). These studies highlight how one parent’s CCIT history is associated with their own parenting experiences but also with their partner’s and how this interplay negatively affects both parents’ functioning. Given these findings, it is plausible that CCIT may interact with parenting alliance, limiting its protective effect, and in turn impact parenting stress. Indeed, childhood trauma history is a well-established risk factor that interacts with mental health to produce diverse outcomes. For example, studies have shown its influence on the relationship between COVID-19-related distress and negative parenting behaviors, as well as child emotional and behavioral problems (Hails et al., 2022). Studies have found that a maternal history of childhood trauma interacts with postpartum depression and infant psychopathology, producing more adverse outcomes for both mother and child (Brand et al., 2010; Chen et al., 2023). In their study assessing the efficacy of a parenting sensitivity intervention, Pasalich and colleagues (2018) also found that intervention effects were only significant for parents who reported childhood physical abuse, suggesting that trauma-related challenges may help predict which parents benefit from interventions and how. Thus, it appears relevant to explore the moderating role of CCIT, a well-known predictor of interfering sequelae, in the relationship between parenting alliance and parenting stress; two interrelated processes essential for coparents' adjustment during the postpartum period. Furthermore, examining CCIT through a moderation lens would extend our understanding beyond its direct influence on parenting difficulties and offer insight into its potential for modulating the ability to benefit from adaptive processes such as parenting alliance. Notably, some parents may continue to experience heightened vulnerability to parenting stress despite reporting a well-functioning coparenting relationship. This

underscores the significance of CCIT as a potential moderating factor, particularly in identifying parents whose postpartum adjustment challenges may otherwise remain overlooked.

### **The current study**

The current study aimed to examine the associations between parenting alliance and parenting stress in couples following the birth of a child, using a dyadic and longitudinal design. Grounded in a systemic perspective, this study aimed to examine the interdependence between each coparent's functioning (i.e., parenting alliance and stress). This study also aimed to document the moderating role of CCIT in the relationship between parenting alliance and stress, filling the gap in research on how coparents' childhood trauma history may influence these dynamics. First, it was expected that one parent's perceived parenting alliance would be negatively associated with both their own and their partner's parenting stress. Second, it was hypothesized that those same associations would be significantly moderated by a parent's own level of CCIT; a higher level of CCIT in one parent would decrease the positive effect of their own parenting alliance on their own parenting stress and their partner's, resulting in increased vulnerability to parenting stress for both parents.

## **Method**

### **Procedure**

This study was part of a larger cohort study focusing on the mental health of community parental couples after the birth of a child. Couples who recently welcomed a new child were recruited through a collaboration with the Quebec Parental Insurance Plan (QPIP; i.e., income replacement plan for parents on parental leave following the birth of a child) with the authorization of the *Commission d'accès à l'information* (Commission for access to information; i.e., organization responsible for implementing the Access Act and the Privacy Act, as well as safeguarding citizens' personal information). Through the QPIP, contact information (including names, phone numbers, and email addresses) of parents from across the province of Quebec was randomly selected and shared with the research team. Research assistants then reached out to both parents via email and phone to confirm their eligibility and invite them to the study. Inclusion criteria were as follows: 1) being aged 18 years or older (age of majority in Quebec); 2) being parents of an infant between 0 and 6 months of age; 3) being in a couple relationship with the other parent; 4) being fluent in

written and spoken French or English; and 5) one of the parents had carried the child. The current study focused on the first three waves of the cohort study: when the child was approximately 2 months old (T1), 8 months old (T2), and 18 months old (T3). CCIT was assessed at T1, parenting alliance at T2, and parenting stress at T3. All participants provided informed consent before being included in the study. Using a unique numerical code, parents completed an online questionnaire on the Qualtrics platform, which required approximately 40 minutes to complete. Upon completion of the study by both parents, a financial compensation of \$40 in gift cards (i.e., \$20 per parent) was provided. Participants from this study completed measures between January 2019 and April 2024. The study was approved by the research ethics committee of the University of Quebec in Montreal.

## **Participants**

The initial sample consisted of 1142 couples who had completed the first wave of the study. At T1, the completion rate was 56%. Among the parents contacted who did not participate, some declined for personal reasons (e.g., lack of time), while others accepted but failed to complete within the required timeframe (i.e., inclusion criteria regarding the child's age). During the second wave, a total of 90 couples dropped out for various reasons (e.g., lack of time, could not be reached), while two couples could not continue because one of the partners had passed away, resulting in an attrition rate of 8%. During the third wave, an additional 73 couples were excluded because coparents had not completed the parenting stress measure (dropped out or they had not yet finished their third assessment by the time of data collection), resulting in an attrition rate of 7%. Furthermore, a total of 19 couples separated across time waves. Given that interdependence between parents is at the center of the current study's design, these couples were not included. Further analyses were conducted to compare parents included in the study ( $n = 1916$ ) with those not included ( $n = 368$ ). Results showed that mothers who participated in all three waves of the study had slightly higher education levels than mothers who did not;  $t(1139) = 3.662, p < .001$ , as well as higher personal income;  $t(1134) = 2.720, p = .007$ . Fathers who completed all waves also tended to have higher education levels ( $M = 3.28$ ) compared to those who did not ( $M = 2.98$ ),  $t(1138) = 3.638, p < .001$ , although they did not differ on personal income levels,  $t(1138) = 1.560, p = .12$ . Parents who continued in the study did not differ from others in terms of CCIT levels ( $M = 2.6$ ;  $M = 2.6$ ),  $t(2230) = -.157, p = .88$ . Parents who continued in the study slightly differed in terms of parenting alliance ( $M = 88$ ;  $M = 87$ ),  $t(1933) = -2.373, p = .03$ , from those who dropped

at T3, with the latter reporting lower parenting alliance. No other sociodemographic differences were observed between the two groups.

The final sample consisted of 958 heterosexual couples (i.e., 958 mothers and 958 fathers). On average, mothers in the sample were 30.25 years of age ( $SD = 5.10$ ; range = 19–50 years), while fathers were 32.27 years of age ( $SD = 6.07$ ; range = 20–57 years). The average relationship duration was 6.7 years and ranged from 12 months to 21 years ( $SD = 4.07$ ). The sample consisted of both primiparous and non-primiparous parents. At the beginning of the study, 51.1% of parents had welcomed their first child, 32.6% had welcomed their second child, and 16.3% had welcomed their third or more. In total, parents reported an average of 1.7 children ( $SD = 1$ ). The age of the infant varied from one week to 6 months ( $M = 2.5$  months;  $SD = 1.37$ ) at T1, from 6 months to 10 months ( $M = 8.3$  months;  $SD = 1.95$ ) at T2, and from 16 months to 25 months ( $M = 18.1$  months;  $SD = 1.92$ ) at T3. For additional sociodemographic information on the sample, see Table 1.

## Measures

**Parenting stress** was measured using the Parental Stress Scale (PSS; Berry & Jones, 1995; French translation by Bakhos et al., 2023). This 18-item scale assesses the balance between the challenges and the rewards associated with parenting. It includes items addressing both positive aspects (e.g., personal growth) and negative aspects (e.g., restrictions, financial strain, emotional burden) of the parenting experience. Sample items include statements like, “Caring for my child(ren) sometimes takes more time and energy than I have to give.” Participants rated their agreement with each statement on a 5-point Likert scale, ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). Total parenting stress score was computed as a mean, with higher scores reflecting higher perceived parenting stress. The PSS has shown good psychometric qualities in studies with parents of young children and demonstrated high internal consistency for both mothers and fathers ( $\alpha = .86$  and  $.88$ ) in the current study.

**Parenting Alliance** was assessed using the Parenting Alliance Inventory (PAI; Konold & Abidin, 2001). The PAI is a 20-item self-report questionnaire that measures the perceived quality of the coparenting relationship via two dimensions: the level of respect between parents (3 items) and the level of communication and teamwork within the coparental unit (17 items). Participants in this study were asked to rate their present experience with their most recently born infant on a 5-point Likert scale ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). The total parenting

alliance mean score was used in this study, with higher scores indicating a stronger perceived parenting alliance. The PAI specifically targets the key aspects of couple relationships related to parenting (Konold & Abidin, 2001) and is a widely recognized tool for assessing coparenting in parents of young children (e.g., Matte-Gagné et al., 2023). Sample items include statements like “My partner believes I am a good parent” and “When there is a problem with our child, we work out a good solution together.” In the current sample, the PAI showed excellent internal consistency for both mothers and fathers ( $\alpha = .95$  and  $.94$ ), similar to past studies (Kang et al., 2022).

**Cumulative Childhood Interpersonal Trauma (CCIT)** was assessed using the Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ; Godbout et al., 2017), which has shown strong psychometric properties in previous research (e.g.,  $\alpha = 0.88$ ; Godbout et al., 2023). The CCTQ consists of 24 items that assess eight different forms of childhood interpersonal trauma: physical abuse, psychological abuse, physical neglect, psychological neglect, exposure to interparental psychological violence, exposure to interparental physical violence, peer bullying, and sexual abuse. Childhood sexual abuse was considered present (1 = yes) if it occurred at least once before the age of 18. For the other forms of interpersonal trauma, participants indicated how frequently they experienced each type in a typical year before age 18 on a 7-point Likert scale, ranging from “never” (0) to “every day” (6). Trauma was considered present if it occurred at least once in a typical year. Each form of childhood interpersonal trauma was then dichotomized (1 = experienced, 0 = not experienced), and these scores were summed to create a CCIT index, with possible scores ranging from 0 (no trauma) to 8 (eight different forms), consistent with previous research on CCIT (e.g., Dugal et al., 2020). In the current sample, the CCTQ showed excellent internal consistency for both mothers and fathers ( $\alpha = .90$ ).

### **Data Analysis**

Descriptive and correlational analyses were performed using the Statistical Package for Social Sciences software (IBM Corp., 2019). An Actor–Partner Interdependence Moderation Model (APIMoM; Kenny & Ledermann, 2010) with Structural Equation Modeling (SEM) in Mplus was used to test the hypothesized path analysis model. The APIMoM allowed us to examine the associations between parenting alliance and parenting stress, and the moderating effect of CCIT on this association. This model is particularly suited for analyzing dyadic data that is characterized by the non-independence of observations. Within the APIMoM, the *actor* effect refers to the

association between one parent's perceived level of parenting alliance and their own parenting stress (i.e., within-partner) while the *partner* effect refers to the association between one parent's perceived level of parenting alliance and their partner's parenting stress (i.e., cross-partner). The model was simultaneously estimated on both parents' data. First, the actor's level of parenting stress was simultaneously regressed on the actor's and partner's levels of parenting alliance. Second, CCIT was entered as a moderator of the association between parenting alliance and parenting stress. Four potential moderations were examined: 1) mothers' parenting alliance on mothers' parenting stress moderated by mothers' CCIT, 2) mothers' parenting alliance on fathers' parenting stress moderated by mothers' CCIT, 3) fathers' parenting alliance on fathers' parenting stress moderated by fathers' CCIT, and 4) fathers' parenting alliance on mothers' parenting stress moderated by fathers' CCIT. The moderator and independent variables were centered around the sample means to facilitate interpretation. All paths were estimated using a maximum likelihood approach with standard errors (MLR) that is robust to non-normality and using the full information maximum likelihood (FIML) estimation to account for missing data.

Gender differences were examined by constraining each estimate (e.g., the link between an actor's parenting alliance and their partner's parenting stress, the link between an actor's moderator and their own parenting stress) to be equal among mothers and fathers, one pair of corresponding estimates at a time. In order to examine patterns of moderation, the relative contributions from both partners' moderation effect on each parent's parenting stress were also assessed by constraining them to be equal within the same parent. For example, both the actor and partner effects could be moderated similarly (same sign and magnitude), resulting in a *couple moderation model* (Garcia et al., 2015). Each constrained model was compared to the saturated-baseline APIMoM model and to other produced constrained models using the rescaled  $-2$  log-likelihood difference test, which is distributed as chi-squared with degrees of freedom equal to the rescaled difference in the number of parameters between models (Satorra & Bentler, 2010).

In order to determine whether model fit decrease was significant or not, a nonsignificant  $\chi^2$  test value ( $\alpha = .05$ ) was used, along with the comparative index fit (CFI > .95), the Tucker–Lewis index (TLI > .90), the root mean square error of approximation (RMSEA  $\leq$  .08), and a ratio value of  $\chi^2$  to degrees of freedom ( $\chi^2/\text{df}$ ) less than three. To assess whether the associations were robust to potential confounds, sociodemographic variables (i.e., maternal and paternal age, maternal and paternal income, maternal and paternal level of education, maternal and paternal number of

children, and the infant's age) were entered as covariates. Significant moderation effects were decomposed using simple slope standardized estimates of the associations between parenting alliance corresponding to one standard deviation above or below the mean for actor and partner's level of CCIT.

## Results

### Descriptive analyses

Missing data rates consisted of 7% for parenting alliance, 6.3% for parenting stress, and 0.5% for CCIT. No sociodemographic variable significantly predicted the likelihood of missing data. Descriptive information on childhood interpersonal trauma and CCIT rates are presented in Table 1. Bivariate correlations among the study variables, along with the means and standard deviations for each measure, are presented in Table 2. Results of paired comparison tests indicated that CCIT scores differed significantly between mothers and fathers,  $T(947) = 3.104, p = .002$ , with mothers reporting higher CCIT scores ( $M = 2.71, SD = 1.92$ ) than fathers ( $M = 2.47, SD = 1.91$ ). Mothers also reported lower parenting alliance ( $M = 88.53, SD = 10.7$ ) than fathers ( $M = 89.47, SD = 10.04$ ),  $T(867) = -2.521, p = .01$ , while fathers reported higher parenting stress ( $M = 34.39; SD = 9.48$ ) than mothers ( $M = 33.05, SD = 8.44$ ),  $T(836) = -3.753, p < .001$ .

### Main data analyses

#### Association between parenting alliance and parenting stress

Results revealed a significant association between one parent's higher parenting alliance and their own lower parenting stress. Higher parenting alliance in one parent at T2 was also associated with lower parenting stress in their co-parent at T3. Model comparison analysis showed no significant differences between mothers and fathers for the association between parenting alliance and stress (see *Step 1* in Table 3, supplementary material), and all four links could be constrained to be equal across gender. However, parenting alliance and parenting stress variances could not be constrained to be equal between mothers and fathers without significant model fit decrease (see Table 3). Therefore, in this first model, equality constraints were applied to *actor* and *partner* effects while mothers and fathers were still considered as distinguishable based on their unequal variances. The *actor* effects between parenting alliance at T2 and parenting stress at T3 were significant for mothers and fathers ( $\beta = -.35, p < .001$ ). The *partner* effects between mothers' parenting alliance

and fathers' parenting stress, and between fathers' parenting alliance and mothers' parenting stress were also significant ( $\beta = -.10, p = .01$ ). In sum, the unmoderated *actor* and *partner* effects explained 17.8% and 13.8% of parenting stress in mothers and fathers, respectively.

### **CCIT as a moderator of the association between parenting alliance and stress**

Within the saturated-baseline APIM model, mothers' and fathers' CCIT scores and two interaction terms (i.e., mothers' parenting alliance T2 X CCIT; fathers' parenting alliance T2 X CCIT) were entered and regressed onto T3 parenting stress scores (see Figure 1). In this moderation model, comparison analysis showed that almost all links could be constrained to be equal between mothers and fathers without significant fit decrease (see *Step 2* in Table 3), while CCIT, parenting alliance, and parenting stress variances differed significantly according to gender. Figure 1 presents the final constrained APIMoM model with all associations, standardized estimates, and equality constraints between links. In the final model, covariances were significant between mothers and fathers' parenting alliance levels at T2 ( $\beta = .44, p < .001$ ), CCIT levels ( $\beta = .16, p < .001$ ), and parenting stress levels at T3 ( $\beta = .25, p < .001$ ).

Consistent with hypotheses, the actor effect between one parent's parenting alliance at T2 and parenting stress at T3 was moderated by their own level of CCIT, for both mothers and fathers. Additionally, one parent's level of CCIT significantly moderated the partner effect between their own parenting alliance and their coparent's parenting stress. While the association between parenting alliance and parenting stress remained significant, it was weaker among parents reporting higher CCIT (+1 SD;  $b_{\text{mothers}} = -.17, SE = 0.06, p < .001$ ;  $b_{\text{fathers}} = -.18, SE = .04, p < .001$ ) than those reporting lower CCIT (-1 SD;  $b_{\text{mothers}} = -.27, SE = .03, p < .001$ ;  $b_{\text{fathers}} = -.27, SE = .03, p < .001$ ). Figure 2 presents the significant interactions between parenting alliance and CCIT on both *actor* and *partner* direct effects between parenting alliance and parenting stress, using standardized estimates. For the *actor* effect, results show that in parents with lower CCIT exposure, parenting alliance is associated with less parenting stress while this beneficial influence is weakened in parents with higher CCIT exposure. For the *partner* effect, the association between higher parenting alliance and lower parenting stress is also weakened in parents with higher CCIT exposure, to the point of rendering a positive association between alliance and stress (i.e. higher alliance linked with higher stress) rather than negative one. Further model comparison analysis revealed that all four moderation effects (i.e., mothers' actor's and partner's; fathers' actor's and

partner's) could be constrained to be equal together (see *Step 3* in Table 3), indicating a couple-oriented moderation pattern ( $\beta = .06, p = .007, CI: 0.014 - 0.095$ ) and leading to increased overall model fit. Thus, one parent's own CCIT (e.g., mothers' CCIT) moderated their *actor* effect (e.g., link between mothers' parenting alliance and parenting stress) as much as their *partner* effect (e.g., link between mothers' parenting alliance and fathers' parenting stress). Figure 1 includes this identified couple-oriented moderation pattern.

Sociodemographic characteristics were progressively entered as control variables in the final model and regressed onto parenting stress. Personal income and education level were significantly associated with parenting stress for both mothers and fathers (income:  $\beta = .07, p = .01$ ;  $\beta = .06, p = .04$ ; education:  $\beta = .14, p < .001$ ;  $\beta = .17, p < .001$ ), with wealthier and more educated parents reporting higher stress. Maternal age was also a significant covariate ( $\beta = .10, p = .001$ ), with older mothers reporting higher stress, while paternal age was not ( $\beta = .01, p = .72$ ). All links remained stable in the final model after controlling for these significant control variables. Fit indices supported the adjustment of the final constrained APIMoM model to the data:  $\chi^2 (df = 12) = 8.14, p = .774, CFI = 1.00, TLI = 1.00$ , and  $RMSEA = 0.000, 90 \% CI [0.000, 0.023]$ . This model explained 20.8 % of the variance in mothers' parenting stress and 14.8 % in fathers' parenting stress at T3.

## Discussion

The aim of this study was to examine the moderating role of CCIT in the association between parenting alliance at approximately eight months postpartum and parenting stress at approximately 18 months, using a dyadic approach. Results show that parenting alliance was associated with parenting stress, and that coparents' functioning were interdependent. While higher parenting alliance was associated with lower parenting stress 10 months later, the strength of this relationship was reduced among parents with higher CCIT exposure, indicating that the protective effect of parenting alliance on parenting stress is weaker among parents with higher levels of CCIT. This study adds to the existing literature surrounding parenting alliance and stress by providing longitudinal data on their dyadic interconnections in a large and representative sample of couples. This study is also the first to provide insight on how CCIT exposure may influence the link between parenting alliance and parenting stress, highlighting an important at-risk group during later postpartum.

## Parenting alliance and parenting stress in couples

Results revealed a significant negative relationship between perceived parenting alliance and parenting stress in the same parent, confirming our first hypothesis. This is consistent with past studies (Camisasca et al., 2022; Zhu et al., 2024) while adding to the existing literature by demonstrating that a parent's postpartum parenting alliance predicts their later levels of parenting stress, for both mothers and fathers. This finding aligns closely with the Vulnerability-Stress-Adaptation (VSA) model (Karney & Bradbury, 1995), which suggests that adaptive processes such as parenting alliance shape how individuals appraise and respond to stressful challenges. When parenting an infant, parenting alliance may serve as an internal coping resource: when a parent feels supported in their role, they are more likely to interpret the demands as manageable, thereby reducing their own parenting stress.

This study also provides clarification on the associations between one parent's perceived parenting alliance and their coparent's stress, consistent with our second hypothesis and with Park and colleagues' cross-sectional study (2023). Results show that parenting alliance and stress levels are interdependent between coparents, and that a parent's perceived parenting alliance is associated with their coparent's stress (i.e., significant *partner* effect). This level of interconnectedness echoes systemic views of how the parental unit operates, where experiences and behaviors of one member inherently affect the others (Minuchin, 1985). However, since the *actor* and *partner* effects could not be constrained to be equal without a significant fit decrease, results indicate that the former was significantly stronger than the latter. A stronger *actor* effect aligns with previous cross-sectional research on parenting alliance and stress in couples (Park et al., 2023) and indicates that one parent's perception of their alliance carries a heavier weight on parenting stress experience. While parenting alliance can be framed as a resource for both parents to build on as they adapt to stressful parenting challenges, its impact would be determined by how it is perceived by the parent. It is also likely that each parent holds a slightly different perspective on how parenting tasks are coordinated and valued within the relationship, as past studies show that coparenting perceptions can diverge between partners (Olsavsky et al., 2019). In the current study, one parent may feel their contributions go unrecognized or may perceive greater task inequality, increasing their parenting stress. Meanwhile, their partner may not perceive this disparity, resulting in weaker effects on their own stress and thus a lower *partner* effect, as seen in the current study.

### **CCIT moderates the association between parenting alliance and stress**

Our third hypothesis, that a parent's own CCIT exposure would moderate the *actor* effect between their parenting alliance and parenting stress 10 months later, was confirmed. In the same parent, parenting alliance was negatively linked to later parenting stress, irrespective of a parent's history of childhood interpersonal trauma. However, this association did not hold with equal strength across all parents and varied according to CCIT exposure. Specifically, as the number of different forms of childhood interpersonal trauma increases, the weaker the association between parenting alliance and parenting stress. In parents with low levels of CCIT, a strong parenting alliance was associated with lower levels of parenting stress. However, for parents with high levels of CCIT, the same quality of parenting alliance did not translate into the same lowered parenting stress, suggesting that the effect of parenting alliance may be weakened in the context of CCIT. This suggests that CCIT may interfere with the effectiveness of adaptive processes like parenting alliance. From a Vulnerability-Stress-Adaptation (VSA) perspective (Karney & Bradbury, 1995), CCIT represents an enduring vulnerability that can undermine how parents perceive and respond to daily stressors, especially in the emotionally demanding context of early parenthood. While CCIT has been linked with lower parental functioning (Christie et al., 2017), the current study also suggests that CCIT shapes the way resources like parenting alliance are internalized and processed, potentially due to unresolved vulnerabilities. Prior research has shown that parents exposed to CCIT tend to report more difficulties in emotion regulation, self-awareness, and maintaining interpersonal relationships during postpartum (e.g., Rassart et al., 2022). As a result, even if these parents report a sound coparenting relationship, this may not translate into reduced stress to the same extent as it does for parents who do not have to deal with trauma-related interferences, such as heightened emotional reactivity or a reduced sense of self. Notably, childhood interpersonal trauma survivors are more likely to report a lower sense of parental competence (Manshadi et al., 2023), and it is possible that this underlying process may interact with parenting alliance, however strong it may be.

Our final hypothesis was confirmed with a parent's own CCIT moderating the relationship between their own parenting alliance and their coparent's parenting stress later on, representing a moderation of the *partner* effect. For parents with a low level of CCIT exposure, a strong perceived parenting alliance was related to lower parenting stress in their coparent. However, among parents with a moderate CCIT level, this beneficial partner effect was significantly weaker, while still

significant. Most notably, for parents with a high CCIT level, the pattern was reversed: their own strong perceived parenting alliance was associated with higher parenting stress in their coparent (see Figure 2). Here, CCIT appears to significantly disrupt the feedback loop between adaptive processes and stressors (Karney & Bradbury, 1995). Indeed, while a parent exposed to multiple forms of interpersonal trauma may report a strong alliance and experience reduced stress, their coparent may experience increased stress. It is possible that collaborating closely with the more traumatized parent as they navigate parenthood, providing beneficial support and communication, may translate into greater stress for their partner. These findings are consistent with prior research linking one parent's trauma history to reduced functioning in their partner (e.g., Dugal et al., 2020; Morissette-Harvey et al., 2024) and reflect the potential toll of caregiving in asymmetrical couple dynamics. These results also align with findings showing that a parent's trauma tends to be more strongly linked to their coparent's stress in the context of couple-based interventions (e.g., Fredman et al., 2017), where closeness and support are promoted. While this finding should be interpreted with caution, it nonetheless suggests that in parental couples with minimal CCIT exposure, parenting alliance appears to function effectively, allowing each parent's adaptive processes to reduce their coparent's parenting stress. In contrast, families where parents report higher CCIT exposure, and consequently where parenting stress is more resistant to parenting alliance, may be at greater risk of experiencing difficulties such as postpartum depression (Rollè et al., 2017), decreased parenting sensitivity (Dau et al., 2019) and child developmental issues (Ward et al., 2020): well-documented repercussions of high parenting stress across parenthood.

### **Gender similarities and couple pattern**

The current study's dyadic approach allowed to take a closer look at how gender plays a role in parenting alliance and stress after the birth of a new child. While coparents were distinguishable as mothers and fathers, most associations did not vary according to gender. These results are consistent with previous studies conducted during early infancy showing that similarities tend to outweigh differences between parents during this period (e.g., Morissette-Harvey et al., 2024; Leavitt et al., 2017). Furthermore, recent studies demonstrate that while rates of mental health difficulties may vary between mothers and fathers, many risk factors are in fact shared and tend to impact both parents similarly (e.g., Neumann et al., 2024). The only gender-specific association in this study involved paternal CCIT and maternal stress. Indeed, while paternal trauma was associated with maternal stress, maternal trauma was associated with paternal stress only when

interacting with parenting alliance through moderation. The moderation analysis revealed a couple-oriented pattern: one parent's CCIT exposure interacted with their own perceived parenting alliance to predict both their own and their partner's parenting stress. Therefore, although the strength of direct *actor* and *partner* associations varies (see Figure 2), the moderating effect of CCIT is equally strong across both associations. In other words, the interaction of CCIT with parenting alliance is impactful on someone's own perceived parenting stress just as much as it is on their coparents' stress. This is not surprising given the deeply interpersonal nature of parenting alliance, where one parent's experience is bound to spill over onto the other parent (McHale, 1997), or even cross-over as the impacts on each parent's stress appear similar (Bolger et al., 1989). These results underscore the importance of considering the implications of CCIT on parenting alliance and stress within an interdependent system where a less trauma-exposed parent may experience levels of parenting stress comparable to those of their more trauma-exposed coparent.

## **Implications**

This study represents a valuable addition to the literature on parenting alliance and stress by clarifying key dyadic associations and extending on the findings of Park and colleagues (2023) using a large, representative sample of couples randomly recruited from the general population, and a longitudinal design that spans multiple time points after the birth of a child. By identifying dyadic links and reciprocal effects between parents, this study advocates for the inclusion of both parents in studies on systemic processes such as parenting alliance and stress. These results also highlight the relevance of postpartum couple-based interventions. By addressing relational dynamics and promoting mutual support, such interventions may help optimize the benefits of parenting alliance. Focusing on CCIT as a moderator helped identify an at-risk population whose needs could have been overlooked when trauma is measured using isolated types of experiences (e.g., only physical abuse or neglect), and our results help to inform more targeted intervention and prevention efforts. Current parenting interventions, particularly those aimed at strengthening the parenting alliance to improve postpartum functioning, such as Family Foundations (Feinberg & Sakuma, 2011) and Couple CARE for Parents (Petch et al., 2012), could benefit from integrating trauma-focused components in order to better capture the reality of CCIT-exposed parents. Targets such as emotion regulation, self-awareness and mindfulness – all previously documented as mechanisms linking CCIT and adjustment during postpartum (Morissette-Harvey et al., 2024; Rassart et al., 2022) – could help tailor future prevention and intervention efforts more effectively

to the needs of parents with higher CCIT. Additionally, this study reveals a more complex role of childhood interpersonal trauma on parenting. Rather than functioning solely as a risk factor, CCIT appears to infiltrate the dynamics of the parental couple system, altering the way parenting alliance longitudinally relates to parenting stress and contributing to more resistant stress that needs to be addressed.

### **Limitations and Future Directions**

There are inherent limitations to this study. First, the use of retrospective self-reports introduces the potential for recall bias, though prior research supports the reliability of trauma reports when based on behaviorally specific questions (Godbout et al., 2017). Parenting alliance was also assessed via self-report, which only reflects the subjective perception of parents and which may have been influenced by postpartum mood fluctuations as well as social desirability. Although the current study is longitudinal, the directionality between parenting alliance and parenting stress during postpartum remains uncertain. Future research using more intricate longitudinal designs (e.g., cross-lagged panels, trajectory modeling) and additional time points would help assess for potential bidirectional effects or confirm the directionality of the identified associations. While CCIT was found to moderate the link between alliance and stress, the specific trauma-related challenges affecting this relationship are not yet clear. Further studies should explore which CCIT-related sequelae most interfere with the relationship between parenting alliance and stress in couples and which can then be used for guiding prevention and intervention efforts. The current sample was limited to heterosexual, predominantly French-Canadian, couples and excluded adoptive couples which restricts the generalizability of results. Postpartum coparenting dynamics could differ in more diverse cultural and family contexts, including among same-gender couples, highlighting the need for broader sampling in future research. Finally, a more complete systemic examination of parenting alliance would require a triadic approach in which we have access to the child's experience and would be better served by observational methods where real-time interactions can be examined. Future research could benefit from incorporating such methods to capture the dynamic nature of coparenting an infant.

In conclusion, this study was the first to document the moderating role of CCIT in the relationship between parenting alliance and parenting stress, highlighting a population at greater risk following the birth of a new child. CCIT-exposed parents may not even fully recognize the

impact of these early traumatic experiences, yet they can meaningfully contribute to their parenting stress. While the main message of this study may appear negative in that it focuses on risk, its intent is rather to shed light on an overlooked vulnerability that warrants greater consideration and, ultimately, offers opportunities for targeted support.

## References

- Abidin, R. R. (1990). Introduction to the Special issue: The Stresses of Parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 298–301. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904\\_1](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904_1)
- Azzi, S., Lafontaine, M. F., Bureau, J. F., & Brassard, A. (2024). Are we there for each other? Longitudinal associations between parenting stress and coparenting in parents of preschool and school-aged children. *Personal Relationships*, 31(1), 259-277. <https://doi.org/10.1111/pere.12530>
- Bakhos, G., Rassart, C. A., Bélanger, C., Paradis, A., Hébert, M., & Godbout, N. (2023). Validation d'une version canadienne-française de l'Échelle de Stress parental auprès de Parents québécois. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 55(2), 161. <https://doi.org/10.1037/cbs0000356>
- Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The parental stress scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*. <https://doi.org/10.1177/0265407595123009>
- Bolger, N., DeLongis, A., Kessler, R., & Wethington, E. (1989). The Contagion of Stress across Multiple Roles. *Journal of Marriage and Family*, 51(1), 175-183. <https://doi.org/10.2307/352378>
- Brand, S. R., Brennan, P. A., Newport, D. J., Smith, A. K., Weiss, T., & Stowe, Z. N. (2010). The impact of maternal childhood abuse on maternal and infant HPA axis function in the postpartum period. *Psychoneuroendocrinology*, 35(5), 686-693. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.10.009>
- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 223-226. <https://doi.org/10.1002/jts.20317>
- Camisasca, E., Miragoli, S., Di Blasio, P., & Feinberg, M. (2022). Pathways among negative co-parenting, parenting stress, authoritarian parenting style, and child adjustment: The emotional dysregulation driven model. *Journal of Child and Family Studies*, 31(11), 3085-3096. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02408-9>
- Chan, K. L., Chen, Q., & Chen, M. (2021). Prevalence and correlates of the co-occurrence of family violence: A meta-analysis on family polyvictimization. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(2), 289-305. <https://doi.org/10.1177/1524838019841601>
- Chen, M., Wang, G., Sun, X., Meng, M., Jiang, Y., Sun, W., ... & Jiang, F. (2023). The effects of maternal prenatal depression on child mental health: the moderating role of maternal childhood trauma. *Journal of Affective Disorders*, 324, 403-409. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.109>

- Choi, J. K., & Becher, E. H. (2019). Supportive coparenting, parenting stress, harsh parenting, and child behavior problems in nonmarital families. *Family process*, 58(2), 404-417. <https://doi.org/10.1111/famp.12373>
- Christie, H., Talmon, A., Schäfer, S. K., De Haan, A., Vang, M. L., Haag, K., ... & Brown, E. (2017). The transition to parenthood following a history of childhood maltreatment: A review of the literature on prospective and new parents' experiences. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup7), 1492834. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1492834>
- da Silva, H. C., Vilete, L., Coutinho, E. S. F., Luz, M. P., Mendlowicz, M., Portela, C. M., ... & Berger, W. (2024). The role of childhood cumulative trauma in the risk of lifetime PTSD: an epidemiological study. *Psychiatry research*, 336, 115887. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115887>
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American journal of orthopsychiatry*, 82(2), 187. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x>
- Dau, A. L. B., Callinan, L. S., & Smith, M. V. (2019). An examination of the impact of maternal fetal attachment, postpartum depressive symptoms and parenting stress on maternal sensitivity. *Infant Behavior and Development*, 54, 99-107. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2019.01.001>
- Dugal, C., Bélanger, C., Brassard, A., & Godbout, N. (2020). A dyadic analysis of the associations between cumulative childhood trauma and psychological intimate partner violence: The mediating roles of negative urgency and communication patterns. *Journal of Marital and Family Therapy*, 46(2), 337-351. <https://doi.org/10.1111/jmft.12414>
- Espelage, D. L., Hong, J. S., & Mebane, S. (2016). Recollections of childhood bullying and multiple forms of victimization: Correlates with psychological functioning among college students. *Social Psychology of Education*, 19, 715-728. <https://doi.org/10.1007/s11218-016-9352-z>
- Feinberg, M. E., & Sakuma, K. L. (2011). Coparenting interventions for expecting parents. In J. McHale and K. M. Lindahl (Eds.), *Coparenting: A conceptual and clinical examination of family systems* (pp. 171–190). Washington, DC: American Psychological Association.
- Forbes, D., Lockwood, E., Phelps, A., Wade, D., Creamer, M., Bryant, R. A., ... & Meaghan, O. (2013). Trauma at the hands of another: Distinguishing PTSD patterns following intimate and nonintimate interpersonal and noninterpersonal trauma in a nationally representative sample. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(2), 21205. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08374>

- Fredman, S. J., Le, Y., Marshall, A. D., Brick, T. R., & Feinberg, M. E. (2017). A dyadic perspective on PTSD symptoms' associations with couple functioning and parenting stress in first-time parents. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 6(2), 117. <https://doi.org/10.1037/cfp0000079>
- Garcia, R. L., Kenny, D. A., & Ledermann, T. (2015). Moderation in the actor–partner interdependence model. *Personal Relationships*, 22(1), 8-29. <https://doi.org/10.1111/pere.12060>
- Giallo, R., Seymour, M., Dunning, M., Cooklin, A., Loutzenhiser, L., & McAuslan, P. (2015b). Factors associated with the course of maternal fatigue across the early postpartum period. *Journal of reproductive and infant psychology*, 33(5), 528-544. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1021769>
- Godbout, N., Bigras, N., & Sabourin, S. (2017). *Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ)*. Unpublished manuscript, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada.
- Godbout, N., Paradis, A., Rassart, C. A., Sadikaj, G., Herba, C. M., & Drapeau-Lamothe, M. (2023). Parents' history of childhood interpersonal trauma and postpartum depressive symptoms: the moderating role of mindfulness. *Journal of affective disorders*, 325, 459-469. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.007>
- Hails, K. A., Petts, R. A., Hostutler, C. A., Simoni, M., Greene, R., Snider, T. C., & Riley, A. R. (2022). COVID-19 distress, negative parenting, and child behavioral problems: The moderating role of parent adverse childhood experiences. *Child Abuse & Neglect*, 130, 105450. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105450>
- Hamby, S., Elm, J. H. L., Howell, K. H., & Merrick, M. T. (2021). Recognizing the cumulative burden of childhood adversities transforms science and practice for trauma and resilience. *American Psychologist*, 76(2), 230–242. <https://doi.org/10.1037/amp0000763>
- Han, J. W., & Lee, H. (2020). Longitudinal relationship between the child value, parenting stress, and controlling parenting attitudes and the self-esteem of children: Applying the actor-partner interdependence model (APIM) using a latent growth model. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(3), e12322. <https://doi.org/10.1111/jjns.12322>
- Hitzler, M., Bach, A. M., Köhler-Dauner, F., Gündel, H., & Kolassa, I. T. (2022). Long-term consequences of childhood maltreatment among postpartum women—prevalence of psychosocial risk factors for child welfare: an Independent replication study. *Frontiers in psychiatry*, 13, 836077. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.836077>
- Johansson, M., Benderix, Y., & Svensson, I. (2020). Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study. *International*

- journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), 1722564.  
<https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1722564>
- Kang, S. K., Choi, H. J., & Chung, M. R. (2022). Coparenting and parenting stress of middle-class mothers during the first year: Bidirectional and unidirectional effects. *Journal of Family Studies*, 28(2), 551-568. <https://doi.org/10.1080/13229400.2020.1744472>
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin*, 118, 3-34.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.118.1.3>
- Kerig, P. K. (2001). Conceptual issues in family observational research. In P. K. Kerig and K. M. Lindahl (Eds.), *Family observational coding systems: Resources for systemic research* (pp. 1-22). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc
- Konold, T., & Abidin, R. R. (2001). Parenting alliance: A multifactor perspective. *Assessment*, 8, 47-65. <https://doi.org/10.1177/107319110100800105>
- Le, Y., Fredman, S. J., & Feinberg, M. E. (2017). Parenting stress mediates the association between negative affectivity and harsh parenting: A longitudinal dyadic analysis. *Journal of family psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 31(6), 679-688.  
<https://doi.org/10.1037/fam0000315>
- Leavitt, C.E., McDaniel, B.T., Maas, M.K. (2017). Parenting Stress and Sexual Satisfaction Among First-Time Parents: A Dyadic Approach. *Sex Roles*, 76, 346-355,  
<https://doi.org/10.1007/s11199-016-0623-0>
- Lionetti, F., Pastore, M., & Barone, L. (2015). Parenting stress: The roles of attachment states of mind and parenting alliance in the context of adoption. *Parenting*, 15(2), 75-91.  
<https://doi.org/10.1080/15295192.2015.1020142>
- Liu, A. Y., Gubbels, J., & Orobio de Castro, B. (2024). The Effectiveness of Trauma-Informed Parenting Programs for Traumatized Parents and Their Components: A Meta-Analytic Study. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1-31.  
<https://doi.org/10.1007/s10567-024-00503-5>
- Manshadi, Z. D., Fallah, A., & Chavoshi, H. (2023). Childhood maltreatment and sense of parenting competence: The mediating role of parental reflective functioning and perceived social support. *Child Abuse & Neglect*, 135, 105949.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105949>
- Massullo, C., De Rossi, E., Carbone, G. A., Imperatori, C., Ardito, R. B., Adenzato, M., & Farina, B. (2023). Child maltreatment, abuse, and neglect: An umbrella review of their

- prevalence and definitions. *Clinical neuropsychiatry*, 20(2), 72.  
<https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20230201>
- Mathews, B., Pacella, R., Scott, J. G., Finkelhor, D., Meinck, F., Higgins, D. J., ... & Dunne, M. P. (2023). The prevalence of child maltreatment in Australia: findings from a national survey. *Medical journal of Australia*, 218, S13-S18. <https://doi.org/10.5694/mja2.51873>
- Matte-Gagné, C., Turgeon, N. R., Bernier, A., & Cyr, C. (2023). Toward a better understanding of the associations among different measures of father involvement and parenting alliance. *Journal of Family Issues*, 44(1), 244-263.  
<https://doi.org/10.1177/0192513X211044735>
- Maxwell, S.E., Kelley, K., & Rausch, J.R. (2008). Sample size planning for statistical power and accuracy in parameter estimation. *Annual Review of Psychology*, 59(1), 537–563.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093735>.
- McHale, J. P. (1997). Overt and covert coparenting processes in the family. *Family Process*, 36(2), 183–210. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1997.00183.x>
- McHale, J. P., & Lindahl, K. M. (2011). *Coparenting: A conceptual and clinical examination of family systems* (pp. xii-314). American Psychological Association.
- McKay, M. T., Cannon, M., Chambers, D., Conroy, R. M., Coughlan, H., Dodd, P., ... & Clarke, M. C. (2021). Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(3), 189-205.  
<https://doi.org/10.1111/acps.13268>
- Menon, M., Fauth, R. C., & Easterbrooks, M. A. (2020). Exploring trajectories of young mothers' parenting stress in early childhood: Associations with protective factors and psychological vulnerabilities. *Parenting*, 20(3), 200-228.  
<https://doi.org/10.1080/15295192.2020.1715683>
- Minuchin, P. (1985). Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 56, 289–302. <http://dx.doi.org/10.2307/1129720>
- Morissette-Harvey, F., Paradis, A., Daspe, M. È., Dion, J., & Godbout, N. (2024). Childhood Trauma and Relationship Satisfaction Among Parents: A Dyadic Perspective on the Role of Mindfulness and Experiential Avoidance. *Mindfulness*, 15(2), 310-326.  
<https://doi.org/10.1007/s12671-023-02262-w>
- Neumann, A., Bolster, M., Lisewski, N., Icke, K., Reinhold, T., Schlensog-Schuster, F., ... & Fricke, J. (2024). Mother-Father differences in risk factors for postnatal psychological distress: Results from the German SKKIPPI cohort study. *Journal of Child and Family Studies*, 33(4), 1136-1147. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02748-0>

- Olsavsky, A. L., Yan, J., Schoppe-Sullivan, S. J., & Kamp Dush, C. M. (2020). New fathers' perceptions of dyadic adjustment: The roles of maternal gatekeeping and coparenting closeness. *Family process*, 59(2), 571-585. <https://doi.org/10.1111/famp.12451>
- Park, I. Y., Bellamy, J. L., Speer, S. R., Kim, J., Kwan, J. Y., Powe, P., ... & Guterman, N. B. (2023). Actor and partner effects of interparental relationship and co-parenting on parenting stress among fathers and mothers. *Families in Society*, <https://doi.org/10443894231207442>.
- Pasalich, D. S., Fleming, C. B., Spieker, S. J., Lohr, M. J., & Oxford, M. L. (2019). Does parents' own history of child abuse moderate the effectiveness of the promoting first relationships® intervention in child welfare?. *Child maltreatment*, 24(1), 56-65. <https://doi.org/10.1177/1077559518809217>
- Peltz, J. S., Rogge, R. D., & Sturge-Apple, M. L. (2018). Transactions within the family: Coparenting mediates associations between parents' relationship satisfaction and the parent-child relationship. *Journal of Family Psychology*, 32(5), 553. <https://doi.org/10.1037/fam0000413>
- Petch, J. F., Halford, W. K., Creedy, D. K., & Gamble, J. (2012). A randomized controlled trial of a couple relationship and coparenting program (Couple CARE for Parents) for high-and low-risk new parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 662. <https://doi.org/10.1037/a0028781>
- Rassart, C. A., Paradis, A., Bergeron, S., & Godbout, N. (2022). Cumulative childhood interpersonal trauma and parenting stress: The role of self-capacities disturbances among couples welcoming a newborn. *Child Abuse & Neglect*, 129, 105638. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105638>
- Rollè, L., Prino, L. E., Sechi, C., Vismara, L., Neri, E., Polizzi, C., ... & Brustia, P. (2017). Parenting stress, mental health, dyadic adjustment: A structural equation model. *Frontiers in psychology*, 8, 839. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00839>
- Ryan, R. M., & Padilla, C. M. (2019). Transition to parenthood. In *Handbook of parenting* (pp. 513-555). Routledge.
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (2010). Ensuring positiveness of the scaled difference chi-square test statistic. *Psychometrika*, 75, 243-248. <https://doi.org/10.1007/s11336-009-9135-y>
- Schechter, D. S., Willheim, E., Hinojosa, C., Scholfield-Kleinman, K., Turner, J. B., McCaw, J., ... & Myers, M. M. (2010). Subjective and objective measures of parent-child relationship dysfunction, child separation distress, and joint attention. *Psychiatry*, 73(2), 130-144. <https://doi.org/10.1521/psyc.2010.73.2.130>
- Schoppe-Sullivan, S. J., Settle, T., Lee, J. K., & Kamp Dush, C. M. (2016). Supportive coparenting relationships as a haven of psychological safety at the transition to

parenthood. *Research in human development*, 13(1), 32-48.  
<https://doi.org/10.1080/15427609.2016.1141281>

Walker, L. O., Murry, N., Becker, H., & Li, Y. (2024). Leading Stressors and Coping Strategies Associated With Maternal Physical and Mental Health During the Extended Postpartum Period. *Journal of Midwifery & Women's Health*. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13641>

Ward, K. P., & Lee, S. J. (2020). Mothers' and fathers' parenting stress, responsiveness, and child wellbeing among low-income families. *Children and Youth Services Review*, 116, 105218. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2020.105218>

Zhu, J., Xiang, S., & Li, Y. (2024). Mothers' perceived co-parenting and preschooler's problem behaviors: the mediating role of maternal parenting stress and the moderating role of family resilience. *Psychology Research and Behavior Management*, 891-904.  
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S451870>

**Table 1.** Sociodemographic characteristics and childhood interpersonal trauma history

| <b>Characteristics</b>                                    | <b>Mothers (<i>n</i> = 958)</b> | <b>Fathers (<i>n</i> = 958)</b> |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Primary language                                          |                                 |                                 |
| French                                                    | 86.1%                           | 85.6%                           |
| English                                                   | 5.5%                            | 7%                              |
| Spanish                                                   | 1.4%                            | 1.5%                            |
| Arabic                                                    | 1.5%                            | 2.5%                            |
| Other (e.g., Italian, Farsi)                              | 5.5%                            | 3.4%                            |
| Main occupation                                           |                                 |                                 |
| Student                                                   | 4.6%                            | 1.7%                            |
| Full-time worker                                          | 67.6%                           | 89.8%                           |
| Part-time worker                                          | 10.9%                           | 5.5%                            |
| Unemployed                                                | 2.3%                            | 1%                              |
| Other (e.g., stay-at-home parent, self-employed, retired) | 14.6%                           | 2%                              |
| Level of education completed                              |                                 |                                 |
| Primary school/high school                                | 14.5%                           | 20.7%                           |
| Cegep/professional                                        | 36.1%                           | 41.5%                           |
| Undergraduate                                             | 32.5%                           | 24%                             |
| Graduate                                                  | 16.9%                           | 13.9%                           |
| Ethnicity                                                 |                                 |                                 |
| White                                                     | 84.4%                           | 82.5%                           |
| Black                                                     | 3.6%                            | 4.7%                            |
| Latino                                                    | 2.3%                            | 1.8%                            |
| Arabic                                                    | 2.3%                            | 3.8%                            |
| Other (e.g., East Asian, Persian)                         | 7.4%                            | 7.2%                            |
| Gross annual income                                       |                                 |                                 |
| CAD\$19,999 or less                                       | 10.8%                           | 1.5%                            |
| CAN\$20,000 - CAN\$39,999                                 | 24.9%                           | 11.4%                           |
| CAN\$40,000 - CAN\$59,999                                 | 30.4%                           | 27.2%                           |
| CAN\$60,000 - CAN\$79,999                                 | 19.3%                           | 26.6%                           |
| CAN\$80,000 - CAN\$99,999                                 | 7.6%                            | 16.7%                           |
| CAN\$100,000 or more                                      | 7.1%                            | 16.6%                           |
| Childhood interpersonal trauma                            |                                 |                                 |
| Parental physical abuse                                   | 40.6%                           | 43.2%                           |
| Parental psychological abuse                              | 34.5%                           | 28.3%                           |
| Sexual abuse                                              | 19.7%                           | 7.7%                            |
| Parental physical neglect                                 | 11.7%                           | 16%                             |
| Parental psychological neglect                            | 73.4%                           | 65.3%                           |
| Physical interparental violence                           | 8%                              | 6.7%                            |
| Psychological interparental violence                      | 39.9%                           | 34.7%                           |
| Peer bullying                                             | 45.1%                           | 45.2%                           |
| Cumulative childhood interpersonal trauma                 |                                 |                                 |
| No types of trauma                                        | 12.1%                           | 16.9%                           |
| 1 type                                                    | 17.8%                           | 19.2%                           |
| 2 types                                                   | 21.4%                           | 20%                             |
| 3 types                                                   | 16.5%                           | 15.1%                           |
| 4 types and more                                          | 32.1%                           | 26%                             |

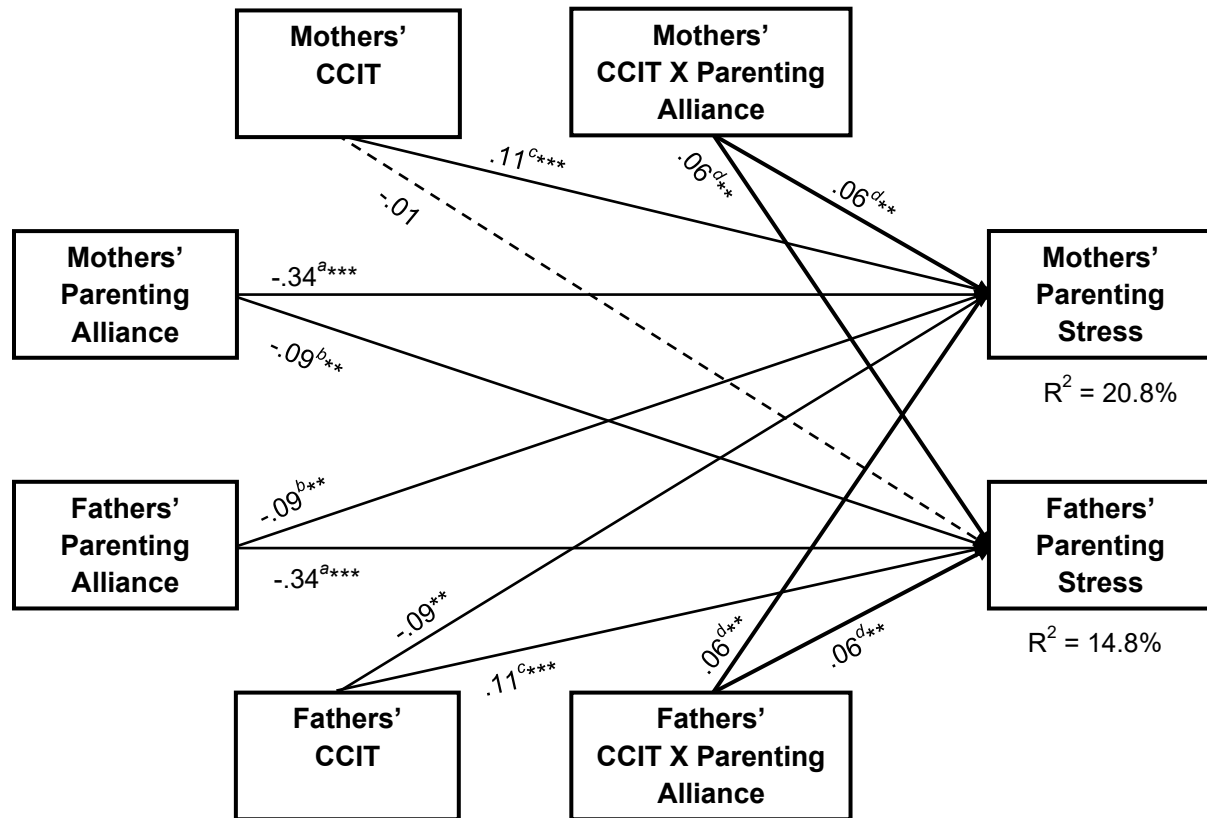
**Table 2.** Means, standard deviations, ranges and correlation matrix between parenting alliance, parenting stress and CCIT in mothers and fathers ( $n = 958$ )

| Variables        | <i>M (SD)</i> | Range    | 1       | 2       | 3       | 4       | 5      | 6 |
|------------------|---------------|----------|---------|---------|---------|---------|--------|---|
| 1. Mothers' PA   | 88.53 (10.71) | 38 – 100 |         |         |         |         |        |   |
| 2. Mothers' PS   | 32.99 (8.42)  | 18 – 60  | -.38*** |         |         |         |        |   |
| 3. Mothers' CCIT | 2.72 (1.92)   | 0 – 8    | -.19*** | .21***  |         |         |        |   |
| 4. Fathers' PA   | 89.48 (10.02) | 27 – 100 | .43***  | -.24*** | -.16*** |         |        |   |
| 5. Fathers' PS   | 34.43 (9.45)  | 18 – 71  | -.24*** | .35***  | .08*    | -.41*** |        |   |
| 6. Fathers' CCIT | 2.47 (1.91)   | 0 – 8    | -.16*** | .18***  | .16***  | -.22*** | .17*** |   |

*Note.* PA, Parenting alliance. PS, Parenting stress. CCIT, Childhood Cumulative Interpersonal Trauma.

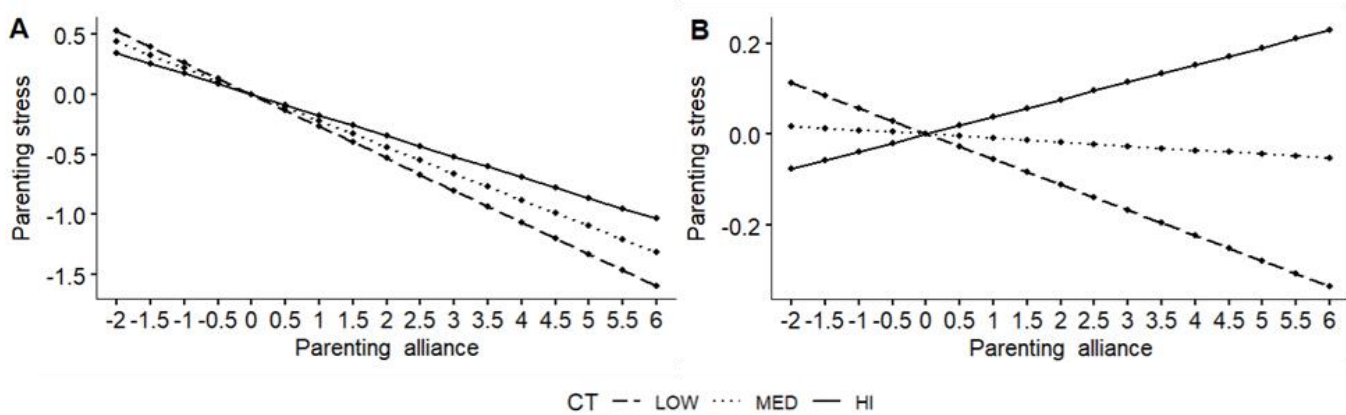
\* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ ; \*\*\* $p \leq .001$ .

**Figure 1.** Constrained APIMoM model of the moderating role of CCIT in the association between parenting alliance and parenting stress ( $n = 958$ )



*Note.* CCIT = Cumulative Childhood Interpersonal Trauma.  $**p < .01$ ;  $***p < .001$ . Significant links are in bold. Identical subscripts (*a*, *b*, *c*, *d*) represent links that have been constrained to be equal. Bold arrows represent the identified couple-oriented moderation pattern. All covariances between variables were included in the model but not reflected in this figure to preserve visual clarity.

**Figure 2.** Moderation of the association between parenting alliance and parenting stress, according to CCIT level, using standardized estimates ( $n = 958$  couples).



*Note.* A: parent's actor effect; B: parent's partner effect; CCIT: Cumulative Childhood Interpersonal Trauma. Figures include both mothers and fathers combined for parsimony. Note, however, CCIT, parenting alliance, and parenting stress variances differ by gender.

## Supplementary Material

**Table 3.** Results of Invariance Testing: Parenting alliance predicting parenting stress, moderated by cumulative childhood interpersonal trauma ( $n = 958$  couples).

| Models                                                                                                    | LL                | SC            | P         | $\Delta df$ ; $\Delta\chi^2$ | $p$               | RMSEA<br>(90% CI)                      | CFI          | TLI          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------|-----------|------------------------------|-------------------|----------------------------------------|--------------|--------------|
| <i>Step 1: Invariance testing between mothers and fathers for direct associations</i>                     |                   |               |           |                              |                   |                                        |              |              |
| 1 <sup>st</sup> Baseline Model                                                                            | -12889.927        | 1.4318        | 14        | -                            | -                 | 0.000<br>(0.000, 0.000)                | 1.000        | 1.000        |
| 1.1 PA → PS (within partner)                                                                              | -12891.963        | 1.4386        | 13        | 1; 3.031                     | 0.08              | 0.046<br>(0.000, 0.109)                | 0.992        | 0.961        |
| 1.2 PA → PS (cross partner)                                                                               | -13306.165        | 1.4393        | 13        | 1; 0.010                     | 0.92              | 0.000<br>(0.000, 0.030)                | 1.000        | 1.000        |
| <b>Variances (i.e. PA and PS)</b>                                                                         | <b>-12897.085</b> | <b>1.3738</b> | <b>12</b> | <b>2; 8.043</b>              | <b>0.02</b>       | <b>0.0556</b><br><b>(0.020, 0.099)</b> | <b>0.977</b> | <b>0.942</b> |
| <i>Step 2: Invariance testing between mothers and fathers for APIMoM</i>                                  |                   |               |           |                              |                   |                                        |              |              |
| 2 <sup>nd</sup> Baseline Model                                                                            | -24650.799        | 1.9183        | 44        | -                            | -                 | 0.000<br>(0.000, 0.000)                | 1.000        | 1.000        |
| 2.1 CCIT → PS (within partner)                                                                            | -24651.252        | 1.9367        | 43        | 1; 0.803                     | 0.37              | 0.000<br>(0.000, 0.082)                | 1.000        | 1.000        |
| <b>2.2 CCIT → PS (cross partner)</b>                                                                      | <b>-26095.211</b> | <b>1.9488</b> | <b>43</b> | <b>1; 3.593</b>              | <b>0.05</b>       | <b>0.052</b><br><b>(0.000, 0.114)</b>  | <b>0.992</b> | <b>0.890</b> |
| 2.3 PA X CCIT → PS (within partner)                                                                       | -24651.735        | 1.9269        | 43        | 1; 1.210                     | 0.27              | 0.015<br>(0.000, 0.089)                | 0.999        | 0.991        |
| 2.4 PA X CCIT → PS (cross partner)                                                                        | -24650.806        | 1.9261        | 43        | 1; 0.008                     | 0.93              | 0.000<br>(0.000, 0.029)                | 1.000        | 1.000        |
| 2.5 Covariances (within partner)                                                                          | -24651.059        | 1.7959        | 41        | 3; 0.15                      | 0.99              | 0.000<br>(0.000, 0.000)                | 1.000        | 1.000        |
| 2.6 Covariances (cross partner)                                                                           | -24652.733        | 1.9286        | 41        | 3; 2.176                     | 0.53              | 0.000<br>(0.000, 0.048)                | 1.000        | 1.000        |
| <b>2.7 Variances (i.e. PA, PS and CCIT)</b>                                                               | <b>-24658.845</b> | <b>1.9517</b> | <b>41</b> | <b>3; 11.008</b>             | <b>0.01</b>       | <b>0.053</b><br><b>(0.022, 0.088)</b>  | <b>0.974</b> | <b>0.887</b> |
| 2.8 Final model with constraints according to gender similarities (1.1, 1.2, 2.1, 2.3, 2.4, 2.5, and 2.6) | -24658.549        | 1.9036        | 33        | 11; 7.898                    | 0.72              | 0.000<br>(0.000, 0.025)                | 1.000        | 1.000        |
| <i>Step 3: Invariance testing between actor and partner effects for APIMoM</i>                            |                   |               |           |                              |                   |                                        |              |              |
| <b>3.1 PA → PS</b>                                                                                        | <b>-24680.771</b> | <b>1.9283</b> | <b>32</b> | <b>1; 39.925</b>             | <b>&lt; 0.001</b> | <b>0.041</b><br><b>(0.024, 0.059)</b>  | <b>0.936</b> | <b>0.931</b> |
| 3.2 PA X CCIT → PS                                                                                        | -24658.55         | 1.9235        | 32        | 1; 0.002                     | 0.96              | 0.000<br>(0.000, 0.023)                | 1.000        | 1.000        |

*Note.* “Baseline Model” = Fully saturated model where estimates are free to vary across gender; Models 1.1 to 1.4 were compared to the 1<sup>st</sup> baseline model as reference model; Models 2.1 to 2.8 were compared to the 2<sup>nd</sup> Baseline model as reference model; Models 3.1 and 3.2 were compared to model 2.8 as reference model, “LL” = Loglikelihood; “SC” = Scaling Correcting Factor; “P” = Number of estimated parameters; “ $\Delta df$ ” = Difference in degrees of freedom between nested models; “ $\Delta\chi^2$ ” = Difference in chi-square value between models; “ $p$ ” =  $p$  significance of chi-square value change; “RMSEA” = Root Mean Square Error of Approximation; “CFI” = Comparative Fit Index. PA, Parenting Alliance; PS, Parenting Stress; CCIT, Childhood Cumulative Interpersonal Trauma. In bold are models with significant  $p < .05$  and/or poor fit indices. Model 3.2 is the final model selected for interpretation in the current study, which includes all relevant gender constraints and couple pattern.

## CHAPITRE V

### DISCUSSION GÉNÉRALE

La présente thèse avait pour objectif de mieux comprendre l'influence du trauma cumulatif en enfance (TCE) sur le stress parental et l'alliance parentale, suite à la naissance d'un nouvel enfant. Cette recherche a été conduite auprès d'échantillons de couples hétérosexuels issus de la population générale et s'est inscrite dans une perspective dyadique se basant sur le Modèle d'Interdépendance Acteur-Partenaire (APIM). Les sous-objectifs ont été guidés par le modèle du Trauma au Soi (STM; Briere, 1996, 2002), puis par le modèle Vulnérabilité-Stress-Adaptation (VSA; Karney et Bradbury, 1996). Un devis transversal a été utilisé dans la première étude, qui examine l'effet indirect des capacités du soi dans la relation entre le TCE et le stress parental. Les deuxième et troisième articles ont quant à eux utilisé des devis longitudinaux afin de documenter, d'une part, le rôle médiateur des capacités du soi dans l'association entre le TCE et l'alliance parentale, et d'autre part, l'effet modérateur du TCE sur le lien entre l'alliance et le stress parental.

Dans l'ensemble, les résultats démontrent que l'accumulation de traumatismes interpersonnels en enfance est associée à un moins bon fonctionnement parental durant la première année de vie de l'enfant avec 1) un stress parental plus élevé, 2) une alliance parentale plus faible et 3) l'altération du lien typiquement bénéfique unissant l'alliance et le stress parental. Conformément aux hypothèses formulées, les difficultés sur le plan des capacités du soi (c.-à-d., régulation émotionnelle, cohésion identitaire et rapport interpersonnel) contribuent à expliquer comment le TCE influence le stress parental et l'alliance parentale. Enfin, les résultats révèlent que les niveaux de fonctionnement des partenaires au sein du couple parental sont interdépendants, avec des contributions dyadiques spécifiques au stress parental et à l'alliance parentale.

Ce chapitre examine les résultats obtenus plus en détail et met en lumière les principales contributions de la thèse à travers cinq axes thématiques : 1) L'ampleur du TCE chez les parents de la population générale, 2) L'influence du TCE sur le stress et l'alliance parentale, 3) Le rôle central des capacités du soi, 4) Le rôle modérateur du TCE dans le lien unissant l'alliance et le stress parental, puis 5) L'impact du TCE sur la dynamique du couple parental. Ensuite, une présentation des limites et recherches futures, et des implications cliniques des résultats est réalisée, suivie d'une conclusion générale.

## **1. L'ampleur du TCE chez les parents de la population générale**

Les traumatismes interpersonnels en enfance continuent d'être rapportés à des taux préoccupants dans la population générale, avec une hausse récemment observée au Canada (Afifi et al., 2025). Cependant, il demeure difficile d'estimer l'expérience de TCE chez les adultes issus de la population générale. En effet, la plupart des études épidémiologiques entourant le TCE s'appuient sur des données collectées chez les enfants (Finkelhor et al., 2007; 2009; 2011) tandis que les études à grande échelle menées auprès d'adultes se sont principalement centrées sur le cumul d'expériences adverses durant l'enfance (ACEs; Joshi et al., 2021), lesquelles ne sont pas mesurées de la même façon que les traumatismes interpersonnels en enfance. Par conséquent, les données sur l'ampleur du TCE au sein de la population générale demeurent partielles. En rapportant les données d'un grand nombre d'adultes à travers la province du Québec, la présente thèse permet d'ajouter aux données précédentes et d'examiner l'occurrence du TCE chez les parents en communauté.

### **1.1 Occurrence des traumatismes interpersonnels en enfance et du TCE**

L'utilisation du Questionnaire des traumatismes cumulatifs en enfance (CCTQ; Godbout et al., 2017) a permis de documenter huit types différents de traumatismes interpersonnels en enfance. En examinant de plus près les taux rapportés, on remarque qu'ils sont comparables à ceux retrouvés dans la population générale pour l'exposition à la violence conjugale physique (environ 7%; Shields et al., 2020), la violence psychologique (environ 30%; Stoltenborgh et al., 2012) et la négligence physique (environ 15%; Stoltenborgh et al., 2011). Concernant l'agression sexuelle en enfance, 20% des femmes et 8% des hommes de l'échantillon rapportent en avoir été victimes, ce qui représente des taux similaires à celui rapporté dans les larges études de prévalence au sein de la population générale (pour des méta-analyses, voir Stoltenborgh et al., 2011; Pan et al., 2020). Certaines différences émergent cependant. Par exemple, les taux d'intimidation par les pairs apparaissent élevés (45 %) en comparaison avec ceux de la population générale (p. ex., 9%; Copeland et al., 2013). Ces taux sont néanmoins comparables à ceux rapportés dans des études utilisant une mesure dichotomique, lesquels se situent généralement entre 31 % et 39 % (pour une revue, voir Bjereld et al., 2020). Les taux de violence physique en enfance, quant à eux, atteignent 42 %, ce qui s'approche davantage des taux observés en population clinique (p. ex., 47 %; Lafrenaye-Dugas et al., 2018) que de ceux généralement rapportés en communauté (20–25 %;

Briere et Elliott, 2003 ; Stoltenborgh et al., 2013). Cette différence peut être attribuée à l'évolution des outils de mesure. En effet, alors que certaines études antérieures documentaient la violence physique à partir de ses conséquences (p. ex., ecchymoses, brûlures, saignements; Briere et Elliott, 2003), les mesures plus récentes, dont le CCTQ, adoptent une approche plus objective fondée sur une variété d'actes spécifiques (p. ex., être frappé avec un objet, poussé, giflé). Par ailleurs, ces outils incluent désormais des comportements parentaux auparavant banalisés, tels que les châtiments corporels (p. ex., tape), qui pouvaient passer inaperçus dans les études antérieures. Enfin, des taux particulièrement élevés de négligence psychologique sont observés, 69 % des participants en ayant rapporté l'expérience. Il est toutefois difficile de comparer ce taux à ce que l'on retrouve dans la population générale, les estimations variant grandement d'une étude à l'autre (de 11 à 80%; Stoltenborgh et al., 2011). Impliquant des gestes d'omission et des actes moins tangibles (p. ex., être ignoré, ne pas être compris), la négligence psychologique est difficile à saisir à l'aide de mesures dichotomiques. Sa prévalence est généralement mieux estimée à partir d'indicateurs de fréquence ou d'intensité.

Dans ce contexte, les données recueillies sur l'occurrence des traumatismes interpersonnels en enfance, tant par type que dans leur cumul, ne renseignent pas seulement sur ce que l'on retrouve chez les adultes, mais dressent également un portrait spécifique de la population de parents. Ce sous-groupe pourrait a priori se distinguer du reste de la population adulte. En effet, tous les adultes, et tous les couples n'ont pas nécessairement les ressources psychologiques, relationnelles, ou financières pour accueillir un nouveau-né et faire face aux nombreuses exigences associées à la parentalité (Sinaï et Tikotzky, 2012; Walker et al., 2024). On pourrait donc penser que les couples qui accueillent un nouvel enfant seront peut-être ceux qui ont un meilleur fonctionnement, ayant bénéficié de modèles parentaux positifs ou ayant été moins exposés aux traumatismes interpersonnels en enfance TCE. Notamment, les mères ayant désiré et planifié une grossesse tendent à avoir un statut socio-économique plus élevé (Dehlendorf et al., 2010) et moins d'expositions aux traumatismes interpersonnels en enfance (Drevin et al., 2020). Toutefois, les résultats de la présente thèse viennent nuancer cette perspective. Les prévalences de traumatismes interpersonnels rapportées par les parents de l'échantillon s'avèrent comparables à celles observées dans la population générale adulte, malgré certaines divergences pouvant s'attribuer à des différences de mesure.

Concernant l'occurrence de TCE, les données issues du plus grand échantillon (c.-à-d., celui du troisième article) indiquent que les participants rapportent en moyenne 2,6 formes différentes de traumas. Cette moyenne est similaire à celle rapportée au sein d'autres échantillons d'adultes de la population générale ( $M = 2$  à  $3$ ; Dugal et al., 2021; Godbout et al., 2020) et se situe en dessous des taux rapportés au sein d'échantillons cliniques ( $M = 3$  à  $4$ ; Desbiens et al., 2025; Lafrenaye-Dugas et al., 2018). Un examen plus approfondi des données révèle que plus de la moitié des participants (65,5%) ont vécu deux formes ou plus de traumas.

Ainsi, la majorité des parents font état d'un historique de TCE, et une proportion non négligeable rapporte un cumul élevé de trauma. En fait, lorsqu'il y a occurrence de trauma interpersonnel en enfance dans l'échantillon, il tend à être rapporté sous forme cumulative, soulignant la nécessité de tenir compte de l'ensemble des expériences vécues. Une telle approche permet d'identifier une population à risque dont les besoins auraient pu être négligés si le trauma interpersonnel en enfance avait été évalué à partir de types d'expériences isolés (p. ex., recenser l'agression sexuelle seulement). De plus, l'utilisation d'un score continu plutôt que dichotomique permet de mieux capter la complexité de l'exposition, en dépassant la simple question de la présence ou de l'absence de TCE. Cette méthode met en évidence des niveaux d'exposition plus nuancés; près du tiers de l'échantillon (29 %) rapporte quatre formes ou plus de traumas interpersonnels en enfance, soit un profil s'apparentant à celui de la polyvictimisation (Finkelhor et al., 2011). Ce type d'expérience, bien documenté dans les populations cliniques (Ford et al., 2011; Lafrenaye-Dugas et al., 2018), est généralement associé à des niveaux plus élevés de détresse psychologique. Ces résultats démontrent l'importance de mesurer le TCE de façon continue, même au sein d'une population non clinique de parents.

## **1.2 Différences entre hommes et femmes dans l'occurrence des traumas interpersonnels en enfance et du TCE**

En s'appuyant sur des échantillons de couples, composés de proportions équivalentes d'hommes et de femmes, cette thèse informe sur leurs taux respectifs de traumas interpersonnels en enfance et de TCE. Rapportant une moyenne plus élevée de TCE, les femmes rapportent aussi des taux plus élevés d'agression sexuelle (20% contre 8%) et de négligence psychologique (73% contre 65%), alors que les pères présentent des taux légèrement supérieurs de violence physique (43% contre 40%) et de négligence physique (16 % contre 12%). Ces différences sont cohérentes avec les

résultats de recherches antérieures (Hébert et al., 2009 ; Stoltenborgh et al., 2011) et témoignent de la vulnérabilité disproportionnée des femmes à l'égard de la violence, en particulier de la violence sexuelle (García-Moreno et al., 2013), laquelle s'inscrit dans des dynamiques structurelles de genre, de pouvoir et d'inégalités sociales qui persistent (Namy et al., 2017). Ces divergences entre hommes et femmes de l'échantillon peuvent aussi s'expliquer par des processus de socialisation par le genre qui influencent la façon dont les traumatismes interpersonnels en enfance sont perçus et internalisés. Notamment, les femmes seraient plus aptes à reconnaître des expériences de violence psychologique, tandis que les hommes tendraient à minimiser des actes prenant une forme moins tangible que la violence physique, par exemple (Rogers et Follingstad, 2011). De plus, en raison de normes de masculinité rigide qui sont incompatibles avec la perception de soi en tant que victime, les hommes seraient moins portés à rapporter leur vécu de violence (Arnocky et Vaillancourt, 2014), particulièrement lorsqu'il s'agit d'agression sexuelle (Easton et al., 2014). Il se peut donc que les taux de TCE chez les hommes soient sous-rapportés en raison de facteurs socioculturels qui freinent l'expression ou la reconnaissance de certaines formes de victimisation.

En somme, cette thèse offre un portrait de la forme que prennent les traumatismes interpersonnels en enfance chez les couples parentaux, en mettant en lumière des taux comparables à ceux rapportés dans la littérature empirique et une présence marquée de TCE dont il faut poursuivre l'étude chez les hommes et les femmes.

## **2. L'influence du TCE sur le stress et l'alliance parentale durant le postpartum**

Les résultats de cette thèse contribuent de manière significative à la compréhension des répercussions du TCE sur les débuts de la parentalité. Bien que l'expérience de traumatismes interpersonnels en enfance ait déjà été associée avec un moins bon fonctionnement parental durant le postpartum (Christie et al., 2018), les résultats de cette thèse sont les premiers à démontrer que le TCE fait partie de l'équation lorsqu'il s'agit de stress parental et d'alliance parentale. Le fait que ces deux composantes du quotidien des parents soient liées au TCE indique qu'il s'agit d'un facteur important à considérer lorsqu'il est question d'évaluer le bien-être parental durant le postpartum.

## 2.1 Stress parental

Conformément aux hypothèses formulées, cette thèse démontre un lien positif entre le niveau de TCE et le stress parental. En cohérence avec les écrits sur le stress parental et les traumas interpersonnels en enfance (p.ex., Ammerman et al., 2013; Hugill et al., 2017; Steele et al., 2016), cette thèse établit pour la première fois cette association en tenant compte de l'accumulation des traumas. La première étude montre que plus un parent a vécu différentes formes de traumas interpersonnels en enfance, plus son stress parental auto-rapporté est élevé environ trois mois après la naissance de son enfant. Cette période est particulièrement exigeante : le rythme de sommeil est souvent irrégulier et les tâches se multiplient (Sinaï et Tikotzky, 2012; Walker et al., 2024), mais c'est également autour de ce moment que l'enfant se met à interagir avec son parent et que le lien parent-enfant devient plus dynamique (Tenuta et al., 2017). Le stress parental, tel que mesuré ici par l'Échelle de Stress Parental (ESP; Bakhos, Rassart et al., 2023), se conceptualise par l'adéquation des coûts et bénéfices perçus par le parent vis-à-vis la prise en charge de son enfant. Ainsi, un parent davantage exposé au TCE semble plus affecté par les éléments négatifs et parvient plus difficilement à profiter des éléments positifs. Ce constat renvoie à la conceptualisation plus générale du stress parental où ce dernier est le résultat d'une transaction entre les ressources du parent et les demandes de son environnement (Abidin, 1990). Les ressources personnelles du parent seraient entravées par l'expérience de TCE et répondraient alors plus difficilement aux demandes de l'enfant. Dans ce contexte, il pourrait être plus difficile aussi d'apprécier les aspects positifs (p. ex., débuts de la connexion avec le nouveau-né), lesquels risquent de peser moins lourd dans la balance coûts/bénéfices qui est sous-jacente au stress parental perçu (Berry et Jones, 1995). Les trois mois suivant la naissance correspondent aussi à un jalon où certains parents ont l'impression qu'ils peinent à reprendre pied, malgré l'idée reçue qu'ils "devraient aller mieux" maintenant que les premières semaines sont passées (Vismara et al., 2016; Wardrop et Popadiuk, 2013). En effet, les pressions sociales entourant la parentalité sont nombreuses et le postpartum est souvent perçu comme une période bien circonscrite durant laquelle l'adaptation du parent se fait linéaire et succincte (Woollett et Parr, 1997; Vismara et al., 2016). Les parents particulièrement exposés au TCE peuvent faire partie de ceux pour qui l'adaptation se fait moins fluide et pour lesquels les exigences sociales seraient encore moins compatibles avec leur réalité. Cette dissonance pourrait en partie expliquer pourquoi, dans le contexte précoce du postpartum ciblé par

cette thèse, les parents présentant un niveau élevé de TCE tendent à rapporter davantage de stress parental.

Cette thèse révèle que les parents exposés au TCE tendent à présenter un stress parental plus élevé non seulement au début du postpartum, mais aussi au-delà de cette période. En effet, les résultats de la troisième étude, menée environ 18 mois après la naissance, indiquent que les parents plus exposés au TCE présentent un stress parental plus élevé; ce stress étant plus résistant face à l'influence d'une alliance parentale de qualité. Ces résultats suggèrent que l'effet du TCE sur le stress parental ne se confine pas à la période immédiate du postpartum, mais persiste même après que les défis associés à la prise en charge d'un nouveau-né se sont généralement estompés (Sinaï et Tikotzky, 2012). Toutefois, il est vrai que d'autres défis tendent à émerger à ce stade; la fin du congé parental, l'entrée de l'enfant en garderie, l'encadrement de besoins plus complexes chez l'enfant (p. ex., apprentissage du langage; Kozak et al., 2021), et la nécessité de concilier vie familiale et professionnelle (Walker et Murry, 2022). Notamment, le niveau d'éducation et le revenu personnel annuel sont des variables contrôles qui ressortent dans le troisième article comme étant significativement liées au stress parental, suggérant que les parents sont aussi confrontés à des pressions externes qui exacerbent le stress parental à ce moment. Par ailleurs, de nombreuses mères continuent de faire face à des difficultés au-delà de la première année postpartum, notamment de l'épuisement parental, confirmant que les enjeux liés à cette période ne se limitent pas aux premiers mois seulement (Walker et Murry, 2022). Les résultats de la troisième étude invitent ainsi à adopter une conception plus étendue et nuancée de la période du postpartum. Plutôt que de la percevoir comme une phase brève et homogène, le postpartum serait une période plus longue, composée de différents stades reflétant des défis changeants. Cette vision plus élargie du postpartum rejoint les travaux appelant à une reconceptualisation du postpartum pour mieux adresser les difficultés persistantes des parents (Fox et al., 2018; McDonald et al., 2011; Schmöcker et al., 2020), incluant le stress parental (Walker et al., 2024).

Cette thèse n'a pas examiné les trajectoires de stress parental, et ne peut donc pas se prononcer directement sur son évolution dans le temps chez un même parent. Cependant, il est possible de penser que les parents exposés au TCE et rapportant un stress parental supérieur à trois mois postpartum continuent d'être vulnérables au stress lorsque leur enfant atteint 18 mois. En effet, de nouveaux défis émergent au fil du développement de l'enfant, et avec eux, un stress parental qui peut non seulement persister, mais aussi se chroniciser. Il apparaît risqué de présumer que les

survivants de TCE rapportant un stress parental supérieur au début du postpartum vont simplement s'ajuster avec le temps, et qu'ils ne rencontrent plus de difficultés significatives lorsque leur enfant a dépassé le stade du nourrisson. D'autant plus que le stress parental a été associé à des conséquences importantes sur la dépression postpartum, la sensibilité parentale et le développement de l'enfant, tant au cours du postpartum immédiat (Vismara et al., 2016; Fredriksen et al., 2019), que lorsque l'enfant est un bambin (Thomason et al., 2014; Pereira et al., 2012; Carapito et al., 2020).

Le stress parental est l'une des dimensions de l'expérience parentale qui suscite le plus d'intérêt dans les enquêtes menées auprès des parents québécois (Lavoie et Fontaine, 2016; Lavoie et Auger, 2023), ainsi que dans les plateformes gouvernementales promouvant le bien-être durant le postpartum (p. ex., Roberge et Motard-Bélanger, 2024). Les considérations apportées par cette thèse sur la vulnérabilité accrue des survivants de TCE pour le stress parental à différents stades du postpartum sont donc clés. Les résultats montrent la pertinence d'élargir nos cadres de prévention afin d'accompagner les parents à risque bien au-delà des premiers mois suivant la naissance.

## **2.2 Alliance parentale**

Comme attendu, cette thèse révèle aussi l'influence du TCE sur la qualité de l'alliance parentale. Les parents ayant un plus haut niveau d'exposition sont plus à risque de rapporter une faible alliance avec leur coparent environ huit mois après la naissance de leur enfant. Cette étude s'inscrit dans la continuité de deux études précédentes ayant documenté le lien entre les traumatismes interpersonnels en enfance et l'alliance parentale, soit les travaux documentant l'agression sexuelle en enfance intrafamiliale (Cole et al., 1992) et le TCE (Rassart et al., 2023). Cette étude se distingue toutefois des précédentes sur le sujet en examinant l'effet du TCE sur l'alliance parentale tout en contrôlant pour les niveaux antérieurs d'alliance, appuyant l'hypothèse selon laquelle le niveau de TCE est un bon prédicteur de la qualité de l'alliance parentale. Ce résultat est cohérent avec les études révélant que le TCE influence les dynamiques relationnelles à l'âge adulte, notamment l'ajustement dyadique et la violence conjugale psychologique (Dugal et al., 2018; Morissette-Harvey et al., 2024). Impliquant invariablement une autre personne (p. ex., violence, intimidation, négligence), le TCE tend effectivement à influencer les schémas relationnels des survivants (Cicchetti et Lynch, 1993). À cet égard, les résultats de la seconde étude démontrent

notamment qu'une plus forte tendance au conflit durant les premiers mois postpartum prédit la qualité de l'alliance parentale en fonction du niveau d'exposition au TCE. Il est ainsi plausible que, dans un contexte aussi exigeant que le postpartum, où le stress et la proximité avec le partenaire sont accrus, il soit particulièrement difficile de distinguer les enjeux relationnels actuels de la réactivation de schémas relationnels liés au TCE.

Historiquement, la recherche entourant les traumatismes interpersonnels en enfance et la parentalité s'est concentrée sur des composantes intrapersonnelles (p. ex., dépression, stress parental, sentiment de compétence; pour une recension, voir Christie et al., 2018) plutôt que sur des composantes interpersonnelles. Les études portant sur le fonctionnement relationnel des survivants après la naissance d'un enfant se concentrent quant à elles sur la relation parent-enfant (pour une méta-analyse, voir Savage et al., 2019), laissant en arrière-plan les dynamiques relationnelles entre coparents. Pourtant, la qualité de relation avec le partenaire est un facteur décisif durant le postpartum pour la santé mentale du parent (Antoniou et al., 2021). En ce sens, les résultats de cette thèse contribuent à réduire un angle mort dans la documentation empirique, en montrant que les effets du TCE ne se limitent pas au fonctionnement intrapersonnel du parent ou à sa relation avec son enfant, mais impliquent la capacité à coopérer et à maintenir une alliance avec le coparent dans la prise en charge de l'enfant.

Bien que l'association entre le TCE et l'alliance parentale ait déjà été documentée durant le début du postpartum (Rassart et al., 2023), les résultats de la seconde étude indiquent que l'influence du TCE ne se limite pas aux premiers ajustements après la naissance. En effet, les niveaux d'exposition au TCE prédisent significativement les niveaux d'alliance parentale à environ huit mois postpartum, et ce, en contrôlant pour les niveaux d'alliance mesurés six mois plus tôt. Il se peut que l'influence du TCE s'installe progressivement dans la relation coparentale et évolue au gré des exigences parentales qui se complexifient durant la première année postpartum. Par exemple, des défis relationnels, tels que le retour au travail du coparent, ou bien des divergences dans les styles parentaux pourraient venir activer encore plus les effets du TCE et nuire à la qualité de l'alliance parentale (Sheedy et Gambrel, 2019).

### **2.3 Différences entre hommes et femmes dans le stress et l'alliance parentale**

Cette thèse met aussi en lumière les niveaux de stress parental et d'alliance parentale au sein de la population générale québécoise de mères et pères. Les pères rapportent des niveaux

significativement plus élevés de stress parental que les mères, aussi bien durant les premiers mois postpartum (étude 1) qu'à environ 18 mois après la naissance (étude 3). Ce résultat peut paraître surprenant, car il diverge avec les données accessibles selon lesquelles le stress parental est plus élevé chez les mères (Craig & Mullan, 2011; Nomaguchi & Milkie, 2020), incluant au sein d'études québécoises (Lavoie et Fontaine, 2016; Lavoie et Auger, 2022). Toutefois, le stress parental dans ces études est souvent mesuré à l'aide d'indicateurs objectifs, tels que la fréquence de situations stressantes vécues dans une semaine typique. L'Échelle de Stress Parental invite plutôt le parent à faire une réflexion personnelle sur son stress parental perçu de manière générale et à examiner ses ressources personnelles face aux demandes de l'enfant (Berry et Jones, 1995). Ainsi, il est possible qu'un père ne soit pas exposé plus souvent à des situations stressantes avec son enfant, mais qu'il perçoive tout de même un écart entre ses ressources et les demandes de la parentalité, générant un plus grand stress parental perçu. Notamment, les pères qui rapportent donner moins de soutien conjugal à leur partenaire durant le postpartum seraient en retour plus vulnérables au stress parental (Bakhos et al., 2024), suggérant que le stress peut découler de leur propre sentiment de ne pas fournir suffisamment de ressources à leur environnement. En raison de processus de socialisation genrés entourant la parentalité, il est fort possible également que les mères font une évaluation plus réaliste de leurs ressources et des demandes liées à l'enfant (Deater-Deckard, 2008). Davantage socialisées au rôle parental, les mères tendent à être mieux préparées mentalement et pratiquement au postpartum, avec des attentes généralement plus réalistes que celles des pères (Doss et al., 2009; Fox et al., 2015). Cette concordance entre attentes et réalité se traduirait alors en moins de stress parental perçu chez la mère. Par ailleurs, les femmes sont encore exposées à une forte pression sociale à incarner une « bonne mère », compétente et heureuse (Faircloth, 2021). Ces attentes sociétales peuvent amener certaines mères à sous-déclarer des stressors qu'elles considèrent qu'elles devraient maîtriser, mais aussi à rapporter plus fortement les bénéfices de la parentalité. En effet, l'expression de sentiments négatifs ou mitigés concernant l'enfant, notamment comme source d'affection et de bonheur après la naissance, peut être perçue comme une défaillance maternelle par autrui (Liss et Erchull, 2013). À l'inverse, les pères pourraient se sentir plus à l'aise de rapporter des réponses plus nuancées, voire mitigées quant aux bénéfices entourant le nouveau-né. En ce qui concerne les différences au niveau de l'alliance parentale, ce sont cette fois les mères qui rapportent des niveaux perçus plus faibles. Ce constat fait écho aux études réalisées sur la satisfaction conjugale durant le postpartum (p.ex., Keizer et

Schenk, 2012), où les mères tendent à rapporter une plus faible satisfaction conjugale que leurs partenaires masculins, et s'aligne avec les études antérieures suggérant que les mères tendent à être plus critiques vis-à-vis la qualité de l'alliance parentale (Feinberg et Sakuma, 2011; Feinberg et al., 2016). Cette tendance s'expliquerait notamment par une charge parentale plus élevée chez les mères au sein du couple parental où elles seraient alors en première ligne pour remarquer les manquements et incohérences dans cette dynamique (Craig & Mullan, 2011). Les pères auraient tendance à plutôt fonder leur évaluation de l'alliance parentale sur le niveau de conflit lié à l'enfant, pouvant se traduire à une évaluation plus indulgente et donc plus élevée de l'alliance (McHale et Lindahl, 2011).

Fait intéressant, dans les trois études, les liens entre le TCE et le fonctionnement parental, qu'il s'agisse du stress ou de l'alliance parentale, sont statistiquement égaux entre les hommes et les femmes. Ceci suggère que l'impact du TCE sur ces dimensions de la parentalité ne dépend pas nécessairement du genre, mais reflète plutôt des mécanismes communs aux parents exposés. Ces résultats divergent d'un portrait plus genré du postpartum, mais aussi des répercussions associées aux traumatismes interpersonnels en enfance où les femmes sont décrites comme présentant un risque accru (p. ex., dépression et anxiété; Whitaker et al., 2021). Il convient toutefois de préciser que la grande majorité de ces études ne sont pas dyadiques et comparent le fonctionnement d'hommes et de femmes issus de couples différents. Or, les femmes et les hommes au sein d'un même couple tendent à partager des caractéristiques communes qui les rendent plus semblables entre eux (Nordsletten et al., 2016). Par conséquent, en comparant des mères et pères formant un même couple parental, on retrouve ici des différences de genre moins marquées dans l'adaptation à la naissance d'un nouvel enfant, notamment quant à l'influence du TCE sur leur stress parental et leur alliance parentale qui est équivalente. Les résultats suggèrent tout de même qu'au sein de couples parentaux, il existe davantage de similarités que de différences entre les mères et les pères quant à la façon dont le TCE influence le fonctionnement parental.

En résumé, cette thèse met en lumière l'impact du TCE sur le stress et l'alliance parentale durant le postpartum, soulignant que ses effets peuvent se manifester dès les premières semaines pour certains parents, mais tendent aussi à dépasser la période plus typique du postpartum (c.-à-d., six premiers mois). Elle invite également à considérer le postpartum comme une période où à la fois les défis personnels et relationnels se conjuguent. Enfin, le TCE apparaît comme un prédicteur clé

à considérer pour comprendre le stress parental et l'alliance parentale chez les hommes et les femmes de la population générale.

### **3. Le rôle central des capacités du soi**

Afin de mieux comprendre comment le TCE peut se traduire en difficultés parentales, cette thèse est guidée par le modèle du trauma au soi (STM; Briere, 1996, 2002) en examinant le rôle des capacités du soi à titre de mécanisme explicatif dans les deux premières études. Il s'agit des premiers écrits empiriques associant le concept des capacités du soi avec le stress parental, l'alliance parentale et même le fonctionnement parental en général. En effet, bien que certaines études aient documenté le rôle de certaines capacités dans la parentalité, plus souvent la régulation émotionnelle (p.ex., Bai et Han, 2016), aucune étude ne s'était appuyée sur les capacités du soi dans leur ensemble pour mieux comprendre comment les survivants de traumatismes vivent leur parentalité. Ceci représente une force de la thèse puisque différentes sphères de fonctionnement parental sont analysées à l'aide d'un même modèle théorique. Au sein de ce modèle intégrateur, il est plus facile de développer une compréhension cohérente et transversale des effets du TCE sur le stress et l'alliance parentale, ainsi que de manière plus globale sur la parentalité durant le postpartum. Plutôt que de considérer les dimensions du stress parental et de l'alliance parentale comme des phénomènes isolés affectés par le TCE, le modèle du trauma au soi permet de les mettre en relation avec des vulnérabilités communes et cohérentes entre elles à la lumière des connaissances actuelles entourant les traumatismes interpersonnels en enfance et leurs répercussions; 1) la régulation émotionnelle, 2) la cohésion identitaire et 3) le rapport interpersonnel.

#### **3.1 Le TCE et les capacités du soi**

Les deux premières études nous apprennent que les altérations sur le plan des capacités du soi (c.-à-d., dysrégulation émotionnelle, perturbations identitaires et tendance aux conflits interpersonnels) permettent d'expliquer en partie pourquoi les parents avec plus d'expositions au TCE rapportent plus de stress et moins d'alliances parentales. Dans le contexte du modèle du trauma au soi, ces altérations reflètent des capacités qui n'auraient pas pu se développer de façon optimale durant l'enfance et/ou l'adolescence en raison de relations d'attachement perturbées (p. ex., violence parentale) ou insuffisantes (p. ex., négligence parentale), et d'expériences surchargeant les capacités de l'individu à se réguler (p. ex., agression sexuelle). C'est pourquoi les traumatismes interpersonnels en enfance tendent à être fortement corrélés à l'altération des capacités du

soi (Goldstein et al., 2016; Rohlen, 2023), particulièrement lorsqu'il y a cumul de ces différents types de traumatismes (Bigras et al., 2016; Briere et Rickards, 2007). Dans l'étude 1 et 2, le TCE est significativement associé à chacune des trois capacités du soi, avec des liens de force relativement élevée ( $\approx 0,30$ ) lorsque l'on considère que près de 20 liens sont estimés en simultané dans chaque modèle. Ces résultats suggèrent que le niveau de TCE prédit de manière relativement stable le degré d'altération des capacités du soi, lesquelles seraient donc un indicateur pertinent des traces laissées par le TCE dans le fonctionnement adulte. Ils viennent par ailleurs renforcer les conclusions des études antérieures sur le lien entre les traumatismes interpersonnels en enfance, leur accumulation et le niveau de capacités du soi (Allen, 2011; Bigras et al., 2015a, 2015b; Moeller, 2011), cette fois-ci en documentant ces associations au sein d'un vaste échantillon constitué de femmes et d'hommes et représentatif de la population générale.

### **3.2 Le TCE et les capacités du soi en contexte de parentalité postpartum**

Cette thèse contribue à enrichir les connaissances sur l'association entre les traumatismes interpersonnels et les capacités du soi en les situant dans un contexte de vulnérabilité particulièrement marquée : la période du postpartum. Selon le modèle du trauma au soi et les études empiriques qui s'y rattachent (Briere et Rickards, 2007; Briere et al., 2016), les séquelles du TCE peuvent se réactiver à l'âge adulte lorsqu'un individu est exposé à des contextes émotionnellement exigeants et comportant des stimuli associés aux souvenirs de traumatismes interpersonnels en enfance (Briere, 2002). Ce phénomène de réactivation est susceptible de survenir en période de postpartum chez les survivants de TCE, car elle implique généralement un contact étroit et constant avec l'enfant, ainsi qu'un état physique et psychologique réduit (Kristensen et al., 2018). Ce contexte peut raviver chez le parent des expériences négatives avec ses propres figures parentales (Cavanaugh et al., 2015), susciter un sentiment d'identification avec son enfant et l'amener à se confronter à sa propre vulnérabilité au même âge lorsqu'il avait été exposé à des traumatismes interpersonnels (Berman et al., 2014). Ainsi, ce parent peut percevoir les demandes de son nourrisson comme particulièrement envahissantes, et comme excédant ses ressources personnelles. On peut imaginer comment un tel déséquilibre contribuerait à un stress parental accru, comme démontré dans le premier article, ainsi qu'à des difficultés ultérieures à collaborer efficacement avec l'autre parent, comme l'a révélé le second article. Il peut sembler étonnant que des événements passés puissent autant prendre de l'espace dans le quotidien parental lorsque l'on considère la présence d'éléments beaucoup plus proximaux, tels que les demandes du nouveau-né

et celles du coparent. Pourtant, dans les deux premières études, on remarque dans les modèles que le TCE est systématiquement lié au fonctionnement identitaire, émotionnel et relationnel des parents, et ce, par des associations plus élevées que celles unissant ce même fonctionnement aux variables parentales de stress et d'alliance. Bien que l'article n'ait pas examiné le niveau de réactivation de séquelles liées au TCE, ces résultats suggèrent tout de même que les répercussions associées continuent de s'actualiser dans le quotidien postpartum des parents.

C'est précisément dans ce contexte de postpartum que les capacités du soi joueraient un rôle primordial. Dans un contexte de développement sécuritaire et soutenu, l'enfant ou l'adolescent bien entouré apprend à gérer des états internes inconfortables par essais et erreurs, construisant progressivement un répertoire de plus en plus sophistiqué de capacités à s'adapter (p. ex., se comprendre, se réguler, être en relation; Briere, 1996, 2002), et ce, au fur et à mesure que des expériences de plus en plus exigeantes émergent dans sa vie. Les capacités du soi peuvent ainsi être considérées comme les bases permettant de s'adapter aux stressors et aux nouveaux défis à l'âge adulte. Elles sont également conceptualisées comme des outils permettant de moduler la détresse liée à la réactivation de séquelles traumatiques (Briere, 2002). Or, les résultats de cette thèse montrent que les parents exposés au TCE présentent justement des capacités du soi plus altérées. Par conséquent, les parents davantage exposés au TCE seraient plus à risque d'être vulnérabilisés par le contexte du postpartum puisque ce sont eux qui disposeraient de capacités du soi plus fragiles pour y faire face, résultant en plus de difficultés de stress et d'alliance parentale.

### **3.3 Rôles différenciés des capacités du soi**

Dans cette thèse, chacune des trois capacités du soi est associée avec le TCE, le stress parental, puis l'alliance parentale, supportant l'idée qu'il s'agit de variables d'intérêt lorsqu'il est question de la parentalité des survivants de TCE. Toutefois, ce ne sont pas toutes les capacités du soi qui expliquent le lien entre l'exposition au TCE et les niveaux de stress parental, puis d'alliance parentale. Dans la première étude, seules la cohésion identitaire (opérationnalisée via les perturbations identitaires) et la régulation émotionnelle (opérationnalisée via la dysrégulation émotionnelle) sont impliquées dans l'effet indirect unissant le TCE et le stress parental. Dans la seconde étude, c'est plutôt la régulation émotionnelle et le rapport interpersonnel (opérationnalisé via la tendance aux conflits) qui jouent un rôle médiateur entre le TCE et l'alliance parentale. Ces résultats soulignent l'importance d'adopter une approche intégrative qui considère simultanément

les trois capacités du soi, émotionnelle, identitaire et relationnelle, afin de mieux identifier les processus en jeu. Étudier une ou deux de ces capacités de manière isolée (p. ex., examiner seulement la cohésion identitaire et la régulation émotionnelle) limite une compréhension plus fine du Modèle du Trauma au Soi, en empêchant de contrôler pour l'influence potentielle des autres capacités qui sont pourtant parties intégrantes de ce cadre théorique. De plus, nos observations soutiennent la pertinence de ne pas regrouper ces capacités sous un seul concept uniforme. Les résultats de cette thèse montrent en effet que leur influence varie en fonction de la sphère du fonctionnement parental examinée, suggérant qu'une analyse différenciée est plus adaptée.

Les différences observées entre les deux études peuvent s'expliquer en grande partie par la nature distincte des variables de fonctionnement parental examinées en lien avec le TCE. Le premier article s'intéresse au stress parental, une dimension fondamentalement intrapersonnelle, où les ressources personnelles du parent sont à l'avant-plan (Abidin, 1990). En effet, le parent y fait un examen personnel des bénéfices et des difficultés associés à son expérience de prise en charge de l'enfant (Bakhos, Rassart et al., 2023). Bien que cette réflexion soit inévitablement influencée par la relation avec l'enfant et le coparent, elle demeure centrée sur le vécu interne du parent, ses émotions, ses attentes, son sentiment d'être à la hauteur ou non (Abidin, 1990; Berry et Jones, 1995). Il n'est donc pas étonnant que, dans ce contexte, les capacités identitaires et émotionnelles soient particulièrement mobilisées, puisqu'elles permettent au parent de se réguler et de maintenir une image cohérente et stable de lui-même dans son rôle parental. À l'inverse, les habiletés relationnelles seraient moins sollicitées directement, car elles sont moins centrales dans ce processus d'évaluation de soi.

Dans la seconde étude portant sur l'alliance parentale, c'est le rapport interpersonnel qui joue un rôle clé, tandis que la cohésion identitaire semble moins impliquée. Cette distinction s'explique par la nature même de l'alliance parentale, conceptualisée comme un processus interpersonnel fondé sur la coopération et le respect mutuel entre les coparents dans l'exercice partagé de la parentalité (Abidin et Konold, 1999). La cohésion identitaire est probablement la plus internalisée des trois capacités du soi. Ses manifestations sont plus subtiles et seraient donc moins directement observables dans un contexte de coopération parentale que la capacité à réguler ses émotions négatives et la capacité à maintenir un lien. Il ne faut pas non plus oublier que la seconde étude s'inscrit dans une phase plus avancée du postpartum, voire carrément au-delà pour certains parents. Il est possible que les perturbations identitaires associées à la naissance d'un nouvel enfant, et pour

plusieurs d'un tout premier enfant, soient moins marquées une fois passée la période initiale d'adaptation (Javadifar et al., 2016). Dans l'inventaire des capacités du soi altérées (IASC), la cohésion identitaire peut aussi être comprise comme la capacité à maintenir une identité ou une conception de soi-même qui est stable à travers différents contextes et dans le temps (Briere, 2002). Il est donc plausible que, chez certains parents survivants de TCE, l'arrivée récente d'un premier ou d'un second enfant dans leur vie vienne fragiliser cette stabilité, les amène à redéfinir certaines facettes de leur identité et par conséquent vivre plus de stress parental.

La seule capacité du soi impliquée dans les deux articles à titre de mécanisme explicatif est la régulation émotionnelle, ce qui souligne son rôle transversal dans différentes sphères du fonctionnement parental. Cette constance fait écho aux études passées qui relèvent l'importance de la régulation émotionnelle chez les survivants de traumatismes interpersonnels en enfance, notamment sur le plan de la dépression postpartum (Choi et al., 2017), du stress parental (Bai et Han, 2016) et de l'épuisement parental (Ensanimehr et al., 2024). La régulation émotionnelle renvoie à la capacité d'un individu à tolérer et contrôler des émotions intenses et négatives (Briere et Runtz, 2002). À travers l'expérience de TCE, le survivant de trauma peut devenir expert dans l'utilisation de stratégies, telles que la dissociation, la suppression de pensées, la distraction ou d'autres activités réductrices de tension permettant de continuer à fonctionner malgré une détresse autrement potentiellement accablante (Briere, 1996, 2002). Ces stratégies sont susceptibles de servir d'appui durant les premières semaines postpartum où le parent affronte plusieurs défis et tente de gérer une série d'émotions souvent contradictoires (p. ex., joie, frustration, détresse liée à des souvenirs traumatiques). Toutefois, bien que ces stratégies puissent offrir un soulagement temporaire, leur usage prolongé nuit au développement d'une parentalité adaptée, notamment en limitant la capacité à connecter avec son enfant et potentiellement les bénéfices perçus qui lui sont associés, résultant en plus de stress parental perçu (Berry et Jones, 1995). Des stratégies d'évitement expérientiel peuvent également nuire à la connexion avec le coparent, résultant en une moins bonne alliance parentale (Rassart et al., 2023, voir en annexe E). De plus, l'évitement ne supprime pas durablement les émotions négatives : celles-ci tendent à resurgir, parfois de manière abrupte et désorganisée, par exemple sous la forme de sentiments de vide suivis d'affects intenses (Briere et al., 2010; Chawla et Ostafin, 2007). Des items utilisés pour mesurer la dysrégulation émotionnelle dans cette thèse réfèrent justement à de tels contrastes (p.ex., incapacité à se calmer, changements rapides d'humeur; voir IASC en annexe B). Ce cycle instable peut alimenter le

sentiment d'être dépassé par les demandes de l'enfant (Choi et al., 2017) et compliquerait la coopération avec l'autre parent, en générant incompréhension, tension ou retrait émotionnel (Camisasca et al., 2022).

En définitive, cette thèse contribue à une compréhension plus nuancée de leurs difficultés parentales en reconnaissant les vulnérabilités des parents survivants de TCE liées aux capacités du soi. Elle démontre que ces capacités constituent des mécanismes explicatifs centraux pour mieux saisir l'impact potentiel du TCE en lien avec le stress parental et l'alliance parentale. Alors que de nombreuses études se sont concentrées sur les effets d'un historique de trauma sur les pratiques parentales aversives ou le développement de l'enfant (pour une recension, voir Greene et al., 2020), cette thèse met en lumière une étape souvent négligée : comprendre l'effet du TCE sur le bien-être psychologique du parent lui-même. À cet égard, elle révèle que les répercussions du TCE s'expriment dans la cohésion identitaire, le rapport interpersonnel et surtout dans la régulation émotionnelle. Cette recherche permet de mieux contextualiser l'expérience des parents survivants en documentant les effets du TCE sur le stress parental et l'alliance parentale; deux composantes de la parentalité qui sont inexorablement liées à la qualité des pratiques parentales. Ceci permet de s'éloigner d'une vision réductrice de la parentalité des survivants de TCE selon laquelle l'exposition à des traumas durant l'enfance mènerait inévitablement à des comportements parentaux problématiques. En s'appuyant sur le modèle du trauma au soi, cette thèse propose une lecture plus nuancée et davantage informée par le trauma, où les difficultés parentales sont comprises à travers le prisme des capacités du soi; des sphères du fonctionnement qui peuvent être soutenues et développées.

#### **4. Le rôle modérateur du TCE dans le lien unissant l'alliance et le stress parental**

En plus d'examiner le lien direct entre le TCE et différentes sphères du fonctionnement parental, cette thèse s'est également penchée sur la manière dont le TCE peut moduler les relations entre ces mêmes dimensions. Le troisième article documente le rôle modérateur du niveau d'exposition au TCE dans l'association entre l'alliance parentale postpartum et le stress parental ultérieur. Les résultats démontrent que, chez les parents plus exposés, l'influence généralement bénéfique de l'alliance sur le stress parental s'avère moins forte. Ainsi, même en présence d'un processus adaptatif perçu comme étant élevé, les parents rapportant un niveau de TCE plus élevé sont demeure plus vulnérable au stress parental que les autres parents. Cette vulnérabilité s'illustre aussi

dans l'effet partenaire observé entre l'alliance perçue par un parent et le stress parental de son partenaire. En effet, le niveau de TCE du premier parent modère cet effet partenaire jusqu'à inverser la direction de la relation entre l'alliance et le stress parental; une meilleure alliance étant maintenant associée à plus de stress chez le partenaire.

Cette étude est un exemple de l'influence parfois plus subtile des traumatismes interpersonnels en enfance au sein du fonctionnement parental où, malgré une alliance parentale élevée qui présage une bonne adaptation à la prise en charge d'un enfant, on retrouve des niveaux de stress parental importants et résistants. Elle met aussi en lumière une certaine limite associée aux modèles linéaires pour comprendre l'impact du TCE sur le fonctionnement parental, où plus d'exposition se traduit en un niveau de fonctionnement plus faible. Ici, c'est l'interaction entre le TCE et l'alliance parentale qui permet de mieux comprendre comment ce processus adaptatif se met en place et agit sur le stress au sein du couple parental. C'est pourquoi une approche se basant sur le modèle Vulnérabilité-Stress-Adaptation (VSA) est de mise lorsqu'il s'agit d'examiner le rôle de l'alliance parentale. Selon ce modèle, les effets bénéfiques des processus adaptatifs ne sont pas absolus, mais sont modulés par les vulnérabilités antérieures. Les résultats de cette étude vont dans ce sens en montrant que, chez les parents plus exposés au TCE, l'alliance parentale perd une partie de son effet protecteur sur le stress parental. À cet effet, le modèle de modération du 3<sup>e</sup> article permet de situer à partir de quel niveau de TCE chez les parents il serait pertinent de vérifier la transaction entre alliance parentale et stress, et de potentielles vulnérabilités pouvant interférer avec cette relation typiquement bénéfique. En effet, ce n'est pas seulement la qualité perçue de l'alliance qui importe, mais la capacité qu'a le parent d'y accéder en contexte de stress. Ces résultats illustrent ainsi l'articulation entre stress, processus adaptatifs et vulnérabilités qui est au cœur du modèle VSA.

Bien que la troisième étude ait permis d'identifier un effet modérateur du TCE, elle ne permet pas de comprendre quels aspects spécifiques de l'exposition au TCE continuent de se manifester dans le quotidien des parents et viennent atténuer les effets bénéfiques de l'alliance parentale sur le stress. Comme discuté précédemment, il importe d'aller au-delà d'une vision décontextualisée où l'exposition aux traumatismes en enfance suffit à expliquer, en soi, un moins bon fonctionnement parental. Les premières études de cette thèse confirment effectivement l'importance de clarifier les processus psychologiques à travers lesquels les séquelles du TCE se réactualisent au sein de la parentalité, en identifiant le rôle crucial des capacités du soi. Les capacités du soi pourraient

effectivement être ces ingrédients actifs dans l'expérience de TCE qui interagissent avec l'alliance parentale et limitent, voire infléchissent, son influence positive sur le stress parental.

## **5. L'impact du TCE sur la dynamique du couple parental**

Se basant sur le couple parental à la fois comme population et unité de mesure, cette thèse représente une étude approfondie des phénomènes dyadiques se déployant à travers les liens reliant le TCE, le stress et l'alliance parentale; un apport nécessaire à la documentation sur la parentalité des survivants de traumatismes interpersonnels en enfance. En effet, tel que le présageaient les hypothèses, la parentalité durant le postpartum apparaît comme une expérience fondamentalement relationnelle où il serait réducteur d'évaluer le fonctionnement d'un parent sans tenir compte de la contribution de son ou sa partenaire. Les résultats de cette thèse révèlent une interdépendance significative entre les coparents, des associations, incluant des effets de médiation liant un parent à l'autre, ainsi que des patrons d'équivalence entre les contributions individuelles et dyadiques au fonctionnement parental.

### **5.1 Interdépendance entre les partenaires**

À travers les trois études, les résultats révèlent une interdépendance significative entre les partenaires pour l'ensemble des variables examinées allant de faible (p. ex.,  $r = 0,2$  pour les niveaux de TCE,  $r = 0,25$  pour les capacités du soi) à modérée (p. ex.,  $r = 0,33$  pour le stress parental,  $r = 0,4$  pour l'alliance parentale). Ainsi, les coparents sont interdépendants sur des construits parentaux liés à leur rôle partagé auprès de leur enfant, mais aussi sur des construits individuels se développant avant l'âge adulte (c.-à-d., capacités du soi), ou encore sur des expériences précoces (c.-à-d., TCE). Ces associations suggèrent un certain phénomène d'appariement, nommé ressemblance ou homogamie maritale (Nordsletten et al., 2016), où les partenaires de couple tendent à partager des caractéristiques similaires. Ainsi, les parents ayant un historique de traumatismes interpersonnels en enfance seraient plus susceptibles de former des unions avec des partenaires ayant un historique similaire. Bien que les associations soient de faible ampleur, elles sont demeurées significatives à travers tous les modèles statistiques testés dans cette thèse et sont d'ailleurs cohérentes avec des liens retrouvés dans des études antérieures réalisées auprès de couples (Dugal et al., 2020; Vaillancourt-Morel et al., 2019). Ce potentiel double historique de TCE dans le couple risque de complexifier les dynamiques conjugales, surtout en contexte de taux élevés d'exposition. Or, le postpartum représente un moment particulièrement

vulnérable, caractérisé par une hausse de la détresse psychologique (Kristensen et al., 2018) et des besoins accrus de soutien au sein du couple (Antoniou et al., 2021). Il devient donc essentiel de considérer non seulement l'historique de TCE d'un parent, mais aussi celui de son partenaire de couple. Ceci permettrait de mieux comprendre les enjeux relationnels pouvant émerger à cette étape critique tout en reconnaissant le vécu du partenaire qui peut être plus similaire qu'anticipé.

Ce phénomène d'appariement et de ressemblance peut aussi avoir contribué à l'interdépendance observée entre les autres variables; les parents ont tendance à choisir des partenaires avec des capacités similaires à être en relation, à gérer les conflits ou bien à réguler les émotions négatives, par exemple. L'interdépendance retrouvée entre les niveaux des capacités du soi n'indique toutefois pas seulement des ressemblances entre partenaires, mais suggère aussi que ce construit n'est pas aussi statique que l'on pourrait penser. Les capacités du soi sont en effet conceptualisées comme des habiletés se formant en enfance et adolescence, et sur lesquelles les adultes peuvent s'appuyer pour préserver un bon fonctionnement malgré les défis auxquels ils sont confrontés (p.ex., réactivation de mémoires traumatiques, événements stressants; Briere, 2002). Toutefois, en contexte de postpartum propice à la surcharge émotionnelle, relationnelle, mais aussi identitaire, il est probable que les capacités du soi prennent une forme plus dynamique. Ceci fait écho aux phénomènes de *crossover* (c.-à-d., réponse émotionnelle d'un individu entraînant des émotions ressenties similaires chez son partenaire; Bolger et al., 1989) qui sont rapportés dans la documentation scientifique chez les couples parentaux (p.ex., Leavitt et al., 2017). Cette interdépendance soutient l'importance d'étudier le fonctionnement parental avec une perspective dyadique impliquant les deux parties du couple et examinant leurs inter-influences. Cette perspective serait particulièrement pertinente en contexte d'adaptation postpartum où les coparents tendent à vivre plus de proximité, des défis communs et des émotions de plus grande intensité.

## **5.2 Liens partenaires et vulnérabilités croisées**

Utiliser un devis dyadique permet non seulement de considérer l'interdépendance qui est inhérente au fonctionnement d'un couple parental, mais aussi d'identifier de quelles façons chaque parent influence son partenaire. L'ensemble des études présentées dans cette thèse démontre qu'il existe des liens dits *partenaire* entre les coparents, soit l'association entre les scores d'un parent sur une variable exogène et les scores de son partenaire sur une variable endogène. Plus précisément, les trois articles montrent que le TCE d'un parent est significativement lié au stress parental du

partenaire, tant durant le postpartum que lorsque l'enfant est plus âgé, ainsi qu'à l'alliance parentale telle que perçue par le partenaire. Ces résultats s'inscrivent dans le prolongement de travaux antérieurs indiquant que les traumatismes interpersonnels vécus durant l'enfance tendent à affecter non seulement les survivants eux-mêmes, mais également leurs partenaires intimes (p. ex., Vaillancourt-Morel et al., 2019). Selon les deux premiers articles, ces répercussions dépassant le survivant lui-même s'attribueraient en partie au rôle des capacités du soi qui sont à la fois des facteurs de risque individuels et des mécanismes par lesquels le partenaire perçoit plus de stress ou moins d'alliance parentale. Cette thèse révèle aussi des liens croisés entre le TCE d'un parent et les capacités du soi de son partenaire. Ainsi, même en se concentrant uniquement sur le TCE et les capacités du soi, sans intégrer des construits liés à la vie parentale, il apparaît que les survivants en couple demeurent influencés par leur partenaire. Une perspective dyadique serait donc pertinente pour mieux comprendre l'impact du TCE sur les capacités du soi dès lors qu'un partenaire partage étroitement la vie du survivant.

L'influence du partenaire prend aussi son importance dans le troisième article où une bonne alliance perçue par un parent est liée à un niveau de stress plus faible chez son partenaire. Toutefois, cette association s'inverse lorsque ce premier parent présente aussi un niveau élevé de TCE : dans ce cas, une alliance parentale perçue comme positive est paradoxalement associée à davantage de stress chez le ou la partenaire. Ce renversement met en lumière la complexité des dynamiques conjugales, où une collaboration étroite peut, dans certains couples, devenir une source accrue de stress parental. Sans la prise en compte du partenaire et de son niveau de TCE, cette réalité aurait été masquée à travers l'ensemble des résultats de stress parental, empêchant ainsi de repérer une sous-population de couples plus vulnérables. Cet article souligne l'importance d'intégrer le partenaire dans les modèles compréhensifs de la parentalité, et appelle à une évaluation différenciée des processus dits adaptatifs, tels que l'alliance parentale, afin de déterminer s'ils possèdent la même résonance d'un partenaire à l'autre et s'ils procurent les mêmes bénéfices.

### **5.3 Contribution relative des liens acteur et partenaire**

Un autre avantage du devis dyadique réside dans la possibilité de comparer la contribution relative des effets acteurs et partenaires au fonctionnement parental. Autrement dit, il devient possible de mieux répondre à la question suivante : En tant que parent au sein d'un couple, suis-je autant influencé par mes propres expériences que par celles de mon ou ma partenaire? Les résultats de la

première étude vont dans ce sens et suggèrent que la contribution de l'historique de TCE du partenaire masculin serait tout autant importante que l'historique personnel de TCE d'une mère à son propre niveau de stress postpartum. Un phénomène similaire, cette fois-ci autant pour les mères que les pères, se produirait avec le stress parental vers 18 mois postpartum; le stress parental de chaque partenaire est influencé à la fois par son propre niveau de TCE et par celui de son ou sa partenaire. La même dynamique d'équivalence entre les contributions acteurs et partenaires est rapportée dans le second article avec les associations unissant le TCE et l'alliance parentale perçue. Le second article révèle aussi des patrons d'équivalence en ce qui a trait aux mécanismes explicatifs du TCE, soit l'influence de la dysrégulation émotionnelle sur l'alliance parentale perçue. Par conséquent, le niveau de dysrégulation d'un parent et celui de son partenaire contribuent tous deux de manière équivalente à la perception de l'alliance parentale. Enfin, dans le troisième article, l'historique de TCE du parent et celui du partenaire modèrent de façon équivalente le lien entre l'alliance parentale perçue par un parent et son stress.

Ainsi, lorsque l'on analyse de près le fonctionnement d'un couple parental après la naissance d'un enfant, on constate un enchevêtrement significatif entre les partenaires où il devient difficile de dissocier les influences respectives de chacun à leur propre fonctionnement. En fait, dans un contexte où les parents sont confrontés à un défi commun tel un nouvel enfant, chacun semble porter non seulement son propre bagage (p. ex., exposition au TCE, difficultés de régulation émotionnelle), mais aussi le bagage de son partenaire, résultant en un fonctionnement plus précaire sur le plan du stress et de l'alliance parentale. En ce sens, on ne peut exclure la contribution du partenaire pour comprendre le fonctionnement d'un parent. Cela reviendrait également à négliger un facteur de risque, ou bien un levier d'intervention en contexte clinique, qui est potentiellement décisif dans l'adaptation d'un parent à la naissance de son enfant.

## **6. Limites de la thèse et recherches futures**

Au-delà de sa contribution théorique et empirique, la présente thèse comporte des limites qui doivent être considérées dans l'interprétation de ses résultats, mais qui offrent également des pistes pour les recherches futures.

Tout d'abord, l'ensemble des études s'appuient sur des devis corrélationnels où les inférences de directionnalité et de causalité sont limitées. En effet, même si les devis longitudinaux des études 2 et 3 fournissent une séquence temporelle aux variables examinées, cette séquence demeure limitée

par la présence d'un seul temps de mesure pour plusieurs variables (c.-à-d., capacités du soi, stress parental). Le nombre restreint de temps de mesure pour ces variables limite aussi l'examen de la contribution spécifique des capacités du soi à titre de mécanisme explicatif du TCE. Toutefois, la séquence temporelle postulée entre les variables s'appuie sur un cadre théorique validé empiriquement où les capacités du soi sont comprises comme des mécanismes se développant tôt et précédant le fonctionnement parental. De plus, la seconde étude intègre un élément méthodologique important en contrôlant pour les niveaux antérieurs d'alliance parentale dans son modèle longitudinal. Ce lien autorégressif permet de mieux isoler le rôle des capacités du soi comme médiateur entre le TCE et l'alliance parentale. Les études futures auraient ainsi avantage à inclure ce même type de contrôle dans leurs modèles longitudinaux afin de mieux isoler la contribution unique des capacités du soi. Néanmoins, des devis à mesures répétées permettraient de solidifier cette séquence temporelle postulée et de vérifier la présence d'influences réciproques. Par ailleurs, l'inclusion de données prénatales dans les études futures offrirait un point de référence initial pour observer l'évolution des variables parentales, permettant notamment d'établir si les effets du TCE sur le stress parental ou l'alliance conjugale émergent déjà durant la grossesse, ou s'ils se manifestent davantage en réponse aux défis concrets de la parentalité postpartum. Ainsi, des ajustements ciblés peuvent être faits au niveau du devis employé et permettraient de solidifier les conclusions apportées par cette thèse qui comporte déjà plusieurs forces méthodologiques, dont l'inclusion de données longitudinales et dyadiques qui s'appuient sur des modèles conceptuels intégrateurs.

Cette thèse possède l'avantage de s'appuyer sur un large échantillon de parents issus d'une sélection aléatoire réalisée à travers la province du Québec. Bien que cette sélection aléatoire ait favorisé une plus grande représentativité du territoire ciblé, il importe de noter que plusieurs parents sélectionnés et contactés ont refusé de participer ou n'ont pas donné suite à notre invitation, avec des taux de réponse variant de 50 à 56% dans les études. Il demeure ainsi un biais dans l'échantillonnage où les parents acceptant de mobiliser leur temps pour répondre aux questionnaires des trois études risquent d'être de présenter des niveaux de fonctionnement qui diffèrent des autres ayant refusé. Ces parents pourraient par exemple gérer leur quotidien postpartum efficacement ou bien avoir reçu plus de soutien à cet effet. La même limite concerne les parents faisant partie de l'attrition entre chaque temps de mesure. Comme présenté dans les études 2 et 3, les participants perdus par attrition présentaient de légères différences sur le plan

socioéconomique et des variables mesurées. Toutefois, l'examen de ces différences et des variables contrôles dans chaque modèle appuient le postulat comme quoi les résultats ne semblent pas avoir été significativement affectés par un biais de sélection dans l'échantillonnage.

Bien que l'échantillon soit représentatif des parents du Québec, sa composition demeure toutefois limitée en termes de diversité. La prédominance de parents caucasiens et l'absence de couples homosexuels limitent effectivement la généralisation des résultats à des populations plus variées. Des études antérieures suggèrent que le fonctionnement parental peut varier en fonction du contexte culturel et ethnique (Nomaguchi et House, 2013), avec des programmes parentaux produisant des effets différenciés chez les familles afro-américaines versus caucasiennes (Begle et al., 2012). Ces différences sont parfois expliquées par des iniquités structurelles plaçant les parents racisés dans un contexte où ils seront confrontés à plus de défis socioéconomiques entravant leur fonctionnement parental (Nomaguchi et House, 2013). Au Canada, les parents autochtones seraient plus à risque de rapporter du stress parental, et ce, même en contrôlant pour des difficultés socioéconomiques sous-jacentes (Dharma et al., 2019). Sans compter le fait que cette même population tend à rapporter les taux de traumatismes interpersonnels en enfance les plus élevés au Québec (Lafrenaye-Dugas et al., 2024). De ce fait, les études futures auraient avantage à effectuer un échantillonnage plus diversifié sur le plan culturel afin de mieux représenter ces populations à risque et améliorer la capacité à généraliser les résultats. Il serait également pertinent d'étendre les études sur les couples parentaux aux familles LGBTQ+. La décision d'inclure seulement des couples hétérosexuels dans cette thèse introduit un biais où l'on risque d'éclipser des différences potentielles dans les dynamiques conjugales, surtout lorsqu'il est question d'alliance et de stress parental. Les études antérieures indiquent qu'il existe parfois de légères différences sur ces variables durant le postpartum chez les couples de même sexe en comparaison aux couples hétérosexuels (Borneskog et al., 2014; Goldberg et al., 2014), mais les données demeurent partielles et de futures études gagneraient à être plus inclusives pour mieux investiguer. La décision d'inclure uniquement des couples hétérosexuels dans la présente thèse a permis d'examiner avec précision les différences attribuées au genre, ce qui demeure une force sur le plan empirique. En effet, plusieurs études antérieures sur le stress parental et l'alliance parentale étaient limitées à cet égard en raison de l'absence de données sur les pères et de l'utilisation de devis non dyadiques.

À noter que cette thèse repose aussi exclusivement sur des mesures auto-rapportées. L'interprétation des résultats est donc limitée par les éventuels biais de rappel, notamment en lien

avec le rappel des expériences de traumatismes interpersonnels en enfance. Des études antérieures ont cependant démontré que les données auto-rapportées en matière de trauma sont généralement fiables, particulièrement lorsqu'elles sont recueillies à l'aide de questions formulées de manière comportementale et spécifique (Fricker et al., 2003; Pinto et al., 2014), comme c'est le cas dans la présente thèse. Le biais de désirabilité sociale est aussi à considérer, particulièrement dans le contexte sensible du postpartum où les parents peuvent vouloir renvoyer une image plus fonctionnelle d'eux-mêmes (Vismara et al., 2016). Il apparaît ainsi pertinent de diversifier les méthodologies en combinant données auto-rapportées et observations directes des comportements parentaux pour pallier ces biais potentiels. Notamment, un processus interpersonnel comme l'alliance parentale gagnerait à être mesuré de manière plus objective (p. ex., observations codées de coparentalité) afin d'examiner directement la dynamique entre partenaires et tester la validité des perceptions subjectives auto-rapportées.

Une autre limite de cette thèse, centrée sur la parentalité, réside dans l'absence de mesures portant sur le fonctionnement de l'enfant. Bien que les première et troisième études aient porté sur le stress parental, elles ne tenaient pas compte d'éléments contextuels, tels que la santé de l'enfant, son tempérament ou d'éventuelles difficultés développementales. Or, ces caractéristiques sont susceptibles d'influencer le stress parental, particulièrement la perception des demandes associées à l'enfant (Moe et al., 2018; Spinelli et al., 2013). Par exemple, un nourrisson au tempérament difficile ou un enfant hospitalisé à la naissance peuvent constituer des facteurs de stress importants, indépendamment de l'historique de TCE des parents ou de leurs capacités du soi. Des études futures gagneraient à intégrer des informations objectives et subjectives sur le fonctionnement de l'enfant afin de mieux contrôler ces variables contextuelles.

Dans une perspective de recherches futures, il serait pertinent d'examiner comment les liens observés entre le TCE, les capacités du soi, le stress et l'alliance parentale évoluent au fur et à mesure que l'enfant grandit, par exemple durant la petite enfance ou l'âge scolaire. De nouveaux défis en lien avec ces périodes feront leur apparition et pourraient avoir un impact sur comment le TCE interagit avec l'alliance parentale, par exemple, ou sur la façon dont les capacités du soi sont sollicitées. Des études se basant sur des analyses de groupes de trajectoires (c.-à-d., *group-based trajectory modeling*) permettraient quant à elles de cibler quels couples parentaux sont plus à risque de rapporter une évolution délétère (p. ex., accentuation ou maintien des difficultés) sur le plan de l'alliance et du stress parental, et d'examiner le rôle du TCE et des capacités du soi dans

ces parcours plus vulnérables. Dans le prolongement du troisième article, il serait judicieux d'examiner plus en profondeur le rôle des capacités du soi dans leur interaction avec l'alliance parentale afin de déterminer si ces mécanismes expliquent pourquoi l'exposition aux TCE tend à atténuer les effets de l'alliance sur le stress parental. La régulation émotionnelle apparaît comme une capacité particulièrement pertinente à explorer, puisqu'elle ressort comme médiateur clé dans les deux premières études de la thèse. En continuité avec le modèle VSA ayant guidé la troisième étude, il serait également pertinent d'élargir les modèles examinés en y intégrant la satisfaction conjugale, afin d'examiner comment l'articulation entre les variables examinées dans cette thèse se reflète sur la qualité de la relation de couple. Enfin, il apparaît important d'examiner comment les liens établis entre le TCE, les capacités du soi et le fonctionnement parental durant le postpartum se traduisent concrètement dans les pratiques parentales à l'égard de l'enfant. Une telle exploration permettrait d'approfondir la compréhension du phénomène de continuité intergénérationnelle du trauma en identifiant quels mécanismes associés au TCE sont impliqués durant le postpartum et influencent la qualité des comportements parentaux à long terme.

En somme, ces pistes de recherches futures offrent des avenues prometteuses pour dépasser les limites identifiées et approfondir la compréhension du fonctionnement parental postpartum, tout en développant des approches plus rigoureuses, inclusives, et adaptées aux besoins spécifiques des parents exposés au TCE.

## **7. Implications cliniques**

Les résultats de la présente thèse soulèvent des implications significatives pour la recherche, la pratique clinique ainsi que les politiques sociales entourant la parentalité, particulièrement dans les cas où un parent présente un historique de TCE.

Tout d'abord, les résultats de cette thèse contribuent à former une approche informée par le trauma en mettant en lumière la quasi-omniprésence des traumas interpersonnels en enfance chez les parents de la population générale. Conservant en tête l'échantillon utilisé ici, sa représentativité, mais aussi ses biais de sélection potentiels, on peut effectivement affirmer qu'une proportion importante des adultes de la population générale ont été exposés au TCE. En effet, établir un contact avec un parent dans les semaines ou mois suivants la naissance d'un enfant, que ce soit dans un contexte de recherche, de dépistage ou d'intervention, implique très probablement d'entrer en relation avec une personne ayant été exposée à des traumas interpersonnels en enfance sous

différentes formes. Le TCE, dont les répercussions continuent de s'actualiser dans le stress et l'alliance des parents, représente alors un enjeu qui doit faire partie de la conversation lorsqu'il s'agit de penser le bien-être parental durant la période du postpartum. Bien qu'il s'agisse d'une expérience qui soit techniquement plus distale dans le quotidien des parents, surtout en présence de facteurs proximaux tels que la relation avec l'autre parent, le TCE persiste dans son influence comme facteur de risque ou comme élément perturbateur après la naissance d'un enfant.

Les stratégies gouvernementales visant la promotion du bien-être postpartum, notamment le *Plan d'action en périnatalité et en petite enfance* qui est actuellement en place au Québec (Roberge et Motard-Bélanger, 2024), gagneraient à s'ancrer plus directement dans une perspective sensible au trauma (Rockville, 2014), incluant (1) la reconnaissance de la prévalence élevée des traumas interpersonnels en enfance dans la population parentale ; (2) une vigilance quant à leurs effets potentiels sur l'ajustement psychologique et relationnel des parents ; (3) une réponse adaptée aux besoins particuliers, voire accrus, de ces parents ; et (4) la prévention active de la retraumatisation dans les services en contexte de postpartum où la vulnérabilité des survivants est déjà exacerbée (Sivers et Morgan, 2019). Dans le même ordre d'idées, des programmes parentaux éprouvés empiriquement tels que *Nobody's Perfect* (Kennett et Chislett, 2015), *Incredible Years; Parents and Babies* (Pontoppidan et al., 2022), ou *Toi, Moi, Bébé* au Québec (Côté et al., 2025), gagneraient à intégrer cette même perspective dans leurs efforts de prévention et d'intervention auprès de parents présentant des difficultés d'ajustement pendant et après la grossesse. Les résultats de cette thèse encouragent aussi l'initiative d'interventions ciblant spécifiquement les parents exposés à des expériences traumatiques, tel que le programme québécois STEP offert durant la phase prénatale (Berthelot et al., 2018). Il apparaît également clé que les interventions disponibles étendent leur offre de services non pas seulement au prénatal ou postpartum immédiat, mais également aux mois suivants durant lesquels les parents continuent de vivre des défis pouvant réactiver leur vécu potentiel de TCE.

À la lumière des deux premières études, les capacités du soi seraient des cibles incontournables pour comprendre, et potentiellement désamorcer, les difficultés des survivants de TCE sur le plan du stress et de l'alliance parentale. La régulation émotionnelle et la cohésion identitaire seraient des leviers d'intervention pertinents pour promouvoir la gestion du stress parental postpartum. En ce contexte, les mères et les pères seraient amenés à développer des stratégies de présence attentive pour mieux observer et comprendre leurs états internes (Bögels et Restifo, 2014), incluant leurs

émotions négatives, leurs questionnements quant à leur rôle et leur identité, et l'interférence de leurs expériences de TCE dans le présent. Ces parents pourraient aussi travailler à s'équiper de stratégies de tolérance à la détresse pour mieux gérer les moments de crise et retrouver un état dans lequel ils se sentent connectés à leurs propres besoins et ceux de leur nouveau-né (Linehan, 2014). En amont, il serait également bénéfique de travailler la régulation émotionnelle, ainsi que des stratégies favorisant la gestion des conflits, afin de prévenir le développement de difficultés dans l'alliance parentale plusieurs mois plus tard. En effet, des stratégies telles que la communication (Heyman et al., 2019), l'affirmation de soi (Linehan, 2014) ou encore la mentalisation (Berthelot et al., 2018) pourraient favoriser un rapport interpersonnel plus solide à travers le postpartum, résultant en une meilleure alliance parentale pour les survivants de TCE. En contexte de coparentalité, les capacités du soi du parent, mais également de son partenaire, pourraient être sollicitées dans les interventions pour favoriser la résilience de chacun. À un stade plus avancé du postpartum, où le quotidien des parents permet un plus grand espace mental, des approches thérapeutiques centrées sur le trauma pourraient être pertinentes pour aider le survivant à faire du sens de son expérience de TCE et mieux s'ajuster à sa réalité de parent. Notamment, une approche telle que la thérapie narrative d'exposition pour le trauma aiderait le parent à mieux organiser ses expériences de vie, incluant les traumatismes interpersonnels en enfance, mais aussi des expériences positives, telles que la parentalité, et de s'exposer de façon sécuritaire aux émotions, pensées et sensations suscitées (Schauer et al., 2025).

Promouvoir le développement des capacités du soi chez les parents exposés au TCE permettrait de favoriser leur fonctionnement parental en termes de stress et d'alliance, mais pourrait aussi adresser les besoins de ceux plus à risque de voir des difficultés se cristalliser et impacter leur pratique parentale (Shin et al., 2023). Plutôt que d'attendre que des comportements parentaux problématiques émergent, miser sur le développement des ressources personnelles (p. ex., capacités du soi) et relationnelles (p. ex., alliance parentale) pourrait soutenir les trajectoires développementales des familles de manière préventive face à la transmission intergénérationnelle du trauma (Greene et al., 2020).

La perspective dyadique préconisée par cette thèse, et ses découvertes sur les inter-influences considérables entre partenaires, appelle également à une inclusion plus fréquente du coparent dans les interventions parentales. En fait, les programmes impliquant systématiquement le partenaire, tels que *Couple CARE* (Petch et al., 2012) et *Family Foundations* (Feinberg et al., 2016), ont fait

leurs preuves en termes de bénéfices durables pour le parent et son couple (Feinberg et Sakuma, 2011; Heyman et al., 2019). Cette thèse encourage donc l'offre de ces programmes, mais invite aussi d'autres types d'intervention à adopter une perspective plus systémique dans la promotion du bien-être postpartum où, par exemple, les deux coparents sont invités à participer à des rencontres de groupe promouvant la santé postpartum ou bien l'intégration d'un module ciblant spécifiquement l'alliance parentale. En contexte de psychothérapie, il est déjà reconnu que les interventions de couple ont une valeur additionnelle lorsqu'il s'agit d'adresser la dépression postpartum (Ngai et al., 2020). Cette thèse va dans le même sens lorsqu'il s'agit de gestion du stress et de l'alliance parentale et souligne l'importance de considérer la coparentalité comme un système où les vulnérabilités et ressources de chaque parent peuvent affecter le bien-être de l'autre.

Enfin, l'inclusion des pères dans cette thèse représente une avancée majeure, avec plusieurs implications cliniques. Historiquement sous-représentés dans la recherche sur les traumatismes interpersonnels en enfance et la parentalité, les pères demeurent exclus de plusieurs interventions ciblant la santé mentale postpartum (Song et al., 2015; Zhao et al., 2021). Or, les résultats de cette thèse indiquent que les pères présentent aussi des difficultés de stress et d'alliance parentale, lesquelles sont influencées par leur vécu de TCE. De plus, cette même influence ne serait pas significativement différente entre les mères et les pères. Il est donc essentiel que les politiques publiques et les programmes postpartum prévoient des mesures spécifiques pour rejoindre, monitorer et accompagner les pères dans leur adaptation, incluant ceux ayant vécu des expériences de TCE. Les résultats de cette thèse révèlent aussi que le fonctionnement des pères tend à influencer celui de leur conjointe (p.ex. lien constant entre le TCE paternel et les variables parentales de la mère). En fait, les trois articles démontrent que les variables du père (c.-à-d., son niveau de TCE, ses capacités de régulation émotionnelle, l'interaction entre son TCE et son alliance perçue) sont liées au niveau de stress et d'alliance de la mère de façon équivalente à ses propres variables maternelles. Promouvoir le bien-être postpartum des mères, tel que déclaré par nos politiques de santé publique (Roberge et Motard-Bélanger, 2024), inclut donc inexorablement de s'intéresser aussi au bien-être des pères. Dans le cas contraire, on risque de passer à côté de dynamiques conjugales-clé dans notre compréhension du stress et de l'alliance parentale, puis de manquer des opportunités d'optimiser les soins offerts.

## CONCLUSION

À la lumière des observations faites dans cette thèse, le constat est que les expériences de trauma cumulatif en enfance (TCE) tendent à affecter la façon dont un parent s'adapte à la naissance d'un nouvel enfant, c'est-à-dire en influençant ses capacités identitaires, émotionnelles et relationnelles, en interagissant avec sa capacité à bénéficier de sa relation coparentale et en s'infiltrant au travers des dynamiques de son couple. Le résultat étant un fonctionnement plus précaire au niveau du stress parental et de l'alliance parentale à différents stades du postpartum. En s'appuyant sur une approche dyadique puis longitudinale, les trois études présentées contribuent à démystifier les difficultés de stress et d'alliance rapportées par les parents ayant vécu des traumatismes interpersonnels en enfance et identifient des cibles pouvant servir de leviers d'intervention tangibles tant chez l'individu qu'au sein du couple. Les connaissances issues de cette thèse soutiennent le développement d'interventions sensibles au trauma chez les parents qui tiennent compte de l'histoire qu'ils portent en eux, à la fois comme adulte et enfant, qui soutient le développement de leurs capacités du soi et qui se font inclusives de la réalité de couple parental dans lesquels ils évoluent. En effet, les résultats invitent à repenser nos modèles de soutien à la parentalité après la naissance d'un enfant afin qu'ils tiennent compte des effets complexes et subtils du TCE chez les parents de la population générale.

En somme, cette thèse propose une lecture nuancée et intégrée du fonctionnement parental chez les survivants de TCE durant le postpartum. Elle ouvre la voie à de futures recherches visant à mieux comprendre ces enjeux afin de favoriser la résilience des parents et de leurs enfants dès les débuts de la vie familiale.

## ANNEXE A

### Formulaire de consentement

**Titre du projet de recherche :** Étude sur le bien-être des couples parentaux

**Chercheur responsable :** Natacha, Godbout, Ph.D., Université du Québec à Montréal  
Alison Paradis, Ph.D., Université du Québec à Montréal

**Membres de l'équipe :** Membres du Laboratoire TRACE, Université du Québec à Montréal

**Coordonnatrice :** Pelletier, Stephanie, [pelletier.stephanie@uqam.ca](mailto:pelletier.stephanie@uqam.ca)

N-7490, #2752

**Organisme de financement :** CRSH – Conseil de recherche en sciences humaines

---

#### Préambule

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche.

Avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire, il est important de prendre le temps de lire et de bien comprendre les renseignements ci-dessous. S'il y a des mots ou des sections que vous ne comprenez pas ou qui ne semblent pas clairs, n'hésitez pas à nous en poser des questions ou à communiquer avec la responsable du projet ou la coordonnatrice de recherche.

#### Objectifs du projet

La naissance d'un enfant représente un événement de vie majeur pour de nombreux couples. Elle peut toutefois s'accompagner de nombreux changements dans le fonctionnement psychosocial de chaque conjoint et du couple parental. Elle peut aussi créer une pression supplémentaire sur ses ressources émotionnelles et matérielles. Ainsi, à la naissance de l'enfant, certains couples rapporteront plus de difficultés que d'autres à combiner leur nouveau rôle de parent et leur rôle de conjoint. Peu d'études se sont intéressées au vécu du couple parental suite à l'arrivée de l'enfant, au bagage historique que porte chaque parent avec lui et comment tous ces facteurs interagissent ensemble dans le fonctionnement du couple. Ainsi, ce projet vise à mieux comprendre les relations entre l'historique familial et le bien-être psychologique et relationnel des couples nouvellement parents via l'exploration des mécanismes sous-jacents au bien-être ainsi que des facteurs de protection qui sont en jeu. Votre participation est cruciale, car elle pourra permettre d'obtenir d'importantes informations qui serviront au développement de programmes éducatifs et préventifs des problèmes psychologiques et relationnels des couples parentaux. Ce projet aura aussi des avantages pour vous, en tant que parents et pour vos enfants, puisque la qualité de la relation du couple parental contribue à votre façon d'être parent et ainsi, au développement de votre enfant.

### **Nature de la participation**

Votre participation consiste à répondre, trois fois, à un questionnaire en ligne via la plateforme Qualtrics et qui nécessitera environ 45 minutes de votre temps (246 questions à choix multiples). Ce questionnaire doit être rempli de façon individuelle et sans consulter votre conjoint(e). Lors de votre participation, un code alphanumérique vous sera attribué. Il sera important de le conserver précieusement dans vos dossiers. Le questionnaire porte sur votre historique familial et personnel, le bien-être psychologique, le bien-être relationnel et sexuel, l'alliance parentale, la régulation des émotions, l'attachement, la présence attentive/pleine conscience, le soutien conjugal et les habiletés de communication. Un sous-groupe de participants sera invité à participer à une tâche d'observation impliquant une interaction conjugale filmée. Plus d'informations et un formulaire de consentement propre à cela sera à signer (on en parle plus loin).

### **Avantages**

Il peut être bénéfique pour vous de pouvoir réfléchir à ce que vous vivez actuellement sans crainte de jugement. De plus, votre participation contribuera à l'avancement des connaissances sur le bien-être psychologique et relationnel des couples parentaux, comme vous, afin que des améliorations puissent être apportées aux programmes éducatifs et préventifs déjà existants, et aux interventions ciblant les couples de parents.

### **Risques et inconvénients**

Il est possible que vous viviez des désagréments en raison du temps qui est requis pour votre participation. Certains items du questionnaire pourraient aussi raviver des émotions désagréables liées à votre expérience de vie. Le cas échéant, vous êtes invités à contacter l'équipe de recherche et une liste de références vous est systématiquement remise par mesure de prévention.

### **Compensation**

Afin de vous remercier de votre participation, une compensation financière de 10\$ par conjoint (20\$ par couple) vous sera remise.

### **Confidentialité**

Il est entendu que tous les renseignements recueillis sont confidentiels. Seuls les membres de l'équipe de recherche y auront accès. Vos données de recherche ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sur un serveur institutionnel de l'UQAM sécurisé au laboratoire de recherche de la responsable du projet pour la durée totale du projet. De plus, afin de protéger votre identité et la confidentialité de vos données, vous serez toujours identifié par un code alphanumérique. Ce code associé à votre nom ne sera connu que du responsable du projet et des assistants de recherche chargé de la codification. Les données seront conservées jusqu'à cinq ans après la fin de la recherche. Vos données seront effacées de l'ordinateur à ce moment. Les documents papier seront déchiquetés de façon confidentielle au moment où les données seront effacées.

### **Participation volontaire et droit de retrait**

Nous tenons à préciser que votre participation à ce projet est tout à fait volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure. Cela signifie également que vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche, sans préjudice de quelque nature que ce soit, et sans avoir à vous justifier. Dans ce cas, et à moins d'une directive verbale ou écrite contraire de votre part, les documents, renseignements et données vous concernant seront détruits. Le responsable du projet peut mettre fin à votre participation, sans votre consentement, s'il estime que votre bien-être ou celui des autres participants est compromis ou bien si vous ne respectez pas les consignes du projet.

### **Suivi**

Pour s'assurer de la continuité du projet, nous vous invitons à ajouter vos coordonnées afin que notre équipe puisse vous envoyer le questionnaire pour les deux autres temps de mesure, soit dans un an, et dans deux ans.

Adresse postale :

---

---

Adresse courriel :

---

---

### **Volet *Interaction de couple***

Consentez-vous à ce qu'un membre de notre équipe de recherche vous contacte par téléphone pour vous donner toutes les informations nécessaires sur le volet *Interaction de couple*? Ce volet implique une discussion filmée de 15 minutes. En cochant « oui » vous pourrez accepter ou refuser de participer lors de votre entretien téléphonique, une fois que vous aurez toutes les informations nécessaires à votre consentement libre et éclairé.

**Oui** ☐ **Non** ☐

Numero de telephone pour vous joindre :

---

Vos données de recherche seront rendues anonymes et conservées pendant cinq ans au terme du projet. Nous souhaitons les utiliser dans d'autres projets de recherche similaires. Vous êtes libre de refuser cette utilisation secondaire.

☐ J'accepte que mes données puissent être utilisées dans d'autres projets de recherche

☐ Je refuse que mes données puissent être utilisées dans d'autres projets de recherche

**Responsabilité**

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le(s) commanditaire(s) ou l'institution impliquée (ou les institutions impliquées) de leurs obligations civiles et professionnelles.

**Personnes-ressources :**

Vous pouvez contacter la responsable du projet au numéro (514) 987-3000 poste 6590 pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez discuter avec elle, ou la coordonnatrice du projet au numéro (514) 987-3000 poste 2752 des conditions dans lesquelles se déroule votre participation.

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a approuvé ce projet et en assure le suivi. Pour toute information vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du Comité au numéro 987-3000 poste 7753 ou par courriel à l'adresse :

[ciereh@uqam.ca](mailto:ciereh@uqam.ca).

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec le bureau de l'ombudsman de l'UQAM (Courriel: [ombudsman@uqam.ca](mailto:ombudsman@uqam.ca) ; Téléphone: (514) 987-3151.

**Remerciements :** Votre collaboration est importante à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des principaux résultats de cette recherche, veuillez cocher la case appropriée :

Oui, je voudrais obtenir un résumé des résultats ☐ Non ☐

**Consentement du participant :** Par la présente, je reconnais avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement. Je comprends les objectifs du projet et ce que ma participation implique. Je confirme avoir disposé du temps nécessaire pour réfléchir à ma décision de participer. Je reconnais avoir eu la possibilité de contacter la responsable du projet (ou son délégué) afin de poser toutes les questions concernant ma participation et que l'on m'a répondu de manière satisfaisante. Je comprends que je peux me retirer du projet en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner.

En cochant cette case, je consens volontairement à participer à ce projet de recherche.

Oui ☐ Non ☐

## ANNEXE B

### Questionnaires

#### QUESTIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Votre âge : menu déroulant de 18 ans à 99 ans

Vous vous identifiez comme :

- Femme, assignée femme à la naissance
- Homme, assigné homme à la naissance
- Femme trans
- Homme trans
- Non binaire
- Queer
- Autre

Si autre, précisez : \_\_\_\_\_

Quelle expression décrit le mieux votre orientation sexuelle actuelle?

- Hétérosexuel.le
- Homosexuel.le / Gai.e / Lesbienne
- Bisexuel.le
- Pansexuel.le
- Hétéroflexible
- Homoflexible
- Asexuel.le
- Queer
- Autres désignations (Si vous souhaitez, indiquez-nous comment vous décrivez personnellement votre orientation sexuelle) \_\_\_\_\_
- En questionnement
- Je préfère ne pas répondre

Lieu de naissance :

- Canada
- États-Unis
- Europe de l'Ouest
- Europe de l'Est
- Afrique
- Asie
- Australie
- Moyen-Orient
- Amérique Latine / Amérique du Sud
- Autre

Si autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Parmi les catégories suivantes, lesquelles vous décrivent le mieux?**

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent :

- **Noir** (Personne d'ascendance africaine, afro-antillaise, afro-canadienne...)
- **Asiatique de l'Est** (Personne d'ascendance chinoise, coréenne, japonaise, taïwanaise )
- **Autochtone** (Personne d'ascendance inuk/inuite, métisse, des Premières Nations)
- **Latino-américain** (Personne d'ascendance hispanique, latino-américaine)
- **Moyen-oriental** (Personne d'ascendance arabe, perse, de l'Asie occidentale, p. ex. afghane, égyptienne, iranienne, kurde, libanaise, turque)
- **Asiatique du Sud** (Personne d'ascendance sud-asiatique, p. ex. bangladaise, indienne, indo caribéenne, pakistanaise, sri-lankaise)
- **Asiatique du Sud-Est** (Personne d'ascendance cambodgienne, indonésienne, philippine, thaïlandaise, vietnamienne ou d'une autre ascendance asiatique du Sud-Est)
- **Blanc** (Personne d'ascendance européenne)
- **Autre catégorie raciale** (Facultatif — veuillez préciser) \_\_\_\_\_
- **Ne sait pas**
- **Je préfère ne pas répondre**

Actuellement êtes-vous en congé parental?

- Oui
- Non

S'ils répondent non →

Quelle est votre occupation principale **actuellement** ?

- Études
- Travail à temps partiel
- Travail à temps plein
- Chômage
- Retraite
- Parent à la maison
- Autre
- Si autre, précisez : \_\_\_\_\_

S'ils répondent oui →

Quelle est votre occupation principale lorsque vous n'êtes pas en congé parental?

- Études
- Travail à temps partiel
- Travail à temps plein
- Chômage
- Retraite
- Parent à la maison
- Autre
- Si autre, précisez : \_\_\_\_\_

Quelle est votre ou vos langue(s) maternelle(s)?

- Français
- Anglais
- Espagnol
- Autre

Si autre, précisez : \_\_\_\_\_

Quel est le niveau de scolarité que vous avez complété?

- Études primaires
- Études secondaires
- Études collégiales ou professionnelles
- Études universitaires de 1er cycle (baccalauréat ou certificat)
- Études universitaires de 2e ou 3e cycle (maîtrise ou doctorat)

Êtes-vous la personne qui a donné naissance à votre enfant ?

- Oui, j'ai accouché de l'enfant
- Non, ma partenaire a accouché de l'enfant

Quelle catégorie correspond le mieux à votre revenu personnel brut (avant déductions d'impôts) ?

- 0\$ - 19 999\$
- 20 000\$ - 39 999\$
- 40 000\$ - 59 999\$
- 60 000\$ - 79 999\$
- 80 000\$ - 99 999\$
- 100 000\$ et plus

Êtes-vous toujours en relation de couple avec l'autre parent (le coparent) de votre enfant ?

- Oui
- Non

Depuis combien de temps êtes-vous en relation de couple avec votre partenaire actuel.le ?

Répondez **en années** : menu déroulant de 1 à 99

Quel statut décrit le mieux votre **relation amoureuse actuelle**?

- En union de fait ou relation de cohabitation
- Marié.e
- Autre

Si autre, précisez : \_\_\_\_\_

Quel est votre statut relationnel depuis que vous n'êtes plus auprès de l'autre parent ?

- Célibataire
- En couple
- Autre
- Si autre, précisez : \_\_\_\_\_

Quel est le genre de votre enfant ? (s'il s'agit de jumeaux, répondez pour le dernier né)

- Garçon
- Fille
- Autre (si autre, précisez : \_\_\_\_)
- 

Quel est la date de naissance de votre enfant (celui né au début de votre participation → l'étude)?

Format : JJ/MM/AAAA, ex., 31/01/1990

Combien d'enfants a charge vivent avec vous (incluant la garde partagée) ?

Menu déroulant de 0 à 20 et +

Y a-t-il eu des changements importants concernant la garde de votre enfant?

- L'autre parent et moi en avons la garde partagée, de manière égale
- C'est moi qui en ai principalement la garde
- C'est l'autre parent qui en a principalement la garde
- C'est moi qui en ai exclusivement la garde
- C'est l'autre parent qui en a exclusivement la garde
- Autre
- Si autre, précisez : \_\_\_\_\_

Est-ce que votre dernier enfant fait partie d'une paire de jumeaux ?

- Oui
- Non

Votre dernier enfant est-il né prématuré (né 3 semaines et plus avant le terme prévu) ?

- Oui
- Non

Avez-vous déménagé depuis votre dernière participation ?

- Oui
- Non

## HISTOIRE DE VIE AVANT 18 ANS

Chaque conjoint amène avec lui au sein de la relation son bagage d'expériences passées, dont celles avec ses parents/figures parentales. **Avant** l'âge de 18 ans, combien de fois par année les incidents suivants se sont-ils produits? Rapportez-vous à une année typique de votre histoire personnelle.

| 0      | 1                   | 2                     | 3                      | 4                  | 5                         |
|--------|---------------------|-----------------------|------------------------|--------------------|---------------------------|
| Jamais | 1 fois par<br>année | 2-5 fois par<br>année | 6-10 fois par<br>année | 1 fois par<br>mois | Chaque jour ou<br>presque |

### **L'un de mes parents m'a (ou les deux m'ont)**

- |                                                                                                              |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1. A eu du mal à me comprendre ou à comprendre mes besoins.                                                  | 0 1 2 3 4 5 |
| 2. Ignoré(e) ou n'était pas là quand j'avais besoin ou semblait ne pas m'aimer.                              | 0 1 2 3 4 5 |
| 3. Pas donné de repas, de bains réguliers, de vêtements propres ou l'attention médicale dont j'avais besoin. | 0 1 2 3 4 5 |
| 4. Fait sentir comme si je ne comptais pas.                                                                  | 0 1 2 3 4 5 |
| 5. Dit que j'étais bon/ne à rien ou des choses blessantes.                                                   | 0 1 2 3 4 5 |
| 6. Humilié(e), rabaissé/e ou ridiculisé/e.                                                                   | 0 1 2 3 4 5 |
| 7. Poussé(e) ou bousculé(e).                                                                                 | 0 1 2 3 4 5 |
| 8. Frappé(e) ou donné un coup de poing ou un coup de pied.                                                   | 0 1 2 3 4 5 |
| 9. Frappé(e) avec un objet (ceinture, bâton, etc.).                                                          | 0 1 2 3 4 5 |
| 10. Giflé(e) au visage.                                                                                      | 0 1 2 3 4 5 |
| 11. Brûlé(e) avec de l'eau bouillante, une cigarette ou autre chose.                                         | 0 1 2 3 4 5 |
| 12. Enfermé(e) seul/e dans une pièce durant une longue période de temps.                                     | 0 1 2 3 4 5 |
| 13. Ignoré mes demandes d'attention ou ne m'adressait pas la parole.                                         | 0 1 2 3 4 5 |
| 14. Donné(e) des punitions corporelles (p. ex. tapes sur les fesses)                                         | 0 1 2 3 4 5 |

### **Par rapport à mes parents (ou ceux qui prenaient soin de moi)**

- |                                                                                                                                                   |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 15. Ils se disaient des bêtises, se criaient par la tête, ou se rabaissaient.                                                                     | 0 1 2 3 4 5 |
| 16. Ils se bouscullaient, se frappaient avec les mains, les pieds ou des objets, se battaient ou se lançaient des objets.                         | 0 1 2 3 4 5 |
| 17. J'appréhendais leur colère, je <i>marchais sur des œufs</i> ou je faisais des efforts pour ne pas provoquer la colère de mon père ou ma mère. | 0 1 2 3 4 5 |
| 18. Ils (ou l'un d'eux) a été hors de contrôle, a fait une crise ou était incapable de se calmer lorsqu'en colère.                                | 0 1 2 3 4 5 |
| 19. Ils (ou l'un d'eux) avait(ent) un problème d'alcoolisme, d'abus de médicaments/drogue.                                                        | 0 1 2 3 4 5 |

### **Un ou plusieurs frère/s ou sœur/s**

20. M'a insulté(e) ou dit des choses blessantes. 0 1 2 3 4 5

21. M'a battu ou frappé ou donné des coups de poings ou des coups de pieds. 0 1 2 3 4 5

### **À l'école, au secondaire, ou dans mon quartier**

22. J'ai été intimidé(e) ou harcelé(e) par un jeune ou un groupe de jeunes (l'intimidation ou «bullying» réfère à tout comportement verbal ou physique agressif avec tentative de domination). 0 1 2 3 4 5 6

### **Expériences sexuelles durant l'enfance**

Un acte à caractère sexuel consiste en tout geste, avec ou sans contact sexuel : caresse, baiser, jeu sexuel, attouchement sexuel, pénétration orale, vaginale ou anale, proposition verbale à caractère sexuel, exposition à des scènes sexuelles, etc. En vous rapportant à cette définition :

Avant l'âge de 18 ans, avez-vous eu un acte à caractère sexuel avec l'une des personnes suivantes (encerclez tout ce qui s'applique) :

1. Père biologique ou figure paternelle (p. ex., beau-père)
2. Mère biologique ou figure maternelle (p. ex., belle-mère)
3. Membre/s de la fratrie (frère/sœur, demi-frère/sœur) ayant au moins 5 ans de plus que vous
4. Membre/s de la famille élargie (oncle/tante, cousin/e, grand-père/mère, etc.) ayant au moins 5 ans de plus que vous
5. Personne/s connue/s (ami/e, ami/e de la famille, voisin/e, etc.) ayant au moins 5 ans de plus que vous
6. Personne/s inconnue/s, étranger/s ayant au moins 5 ans de plus que vous
7. Personne/s en position d'autorité (enseignant/e, gardien/ne, entraîneur/e, etc.)
8. Non, je n'ai jamais eu aucun acte à caractère sexuel avec l'une des personnes précédentes

Avant l'âge de 18 ans, avez-vous eu un acte à caractère sexuel **non-désiré** avec l'une des personnes suivantes (encerclez tout ce qui s'applique) :

1. Partenaire/s amoureux/se/s
2. Membre/s de la fratrie (frère/sœur, demi-frère/sœur)
3. Cousin/e ou autre/s membre/s de la famille élargie
4. Ami/e, voisin/e ou autre/s personne/s connue/s
5. Personne/s inconnue/s, étranger/s
6. Non, je n'ai jamais eu aucun acte à caractère sexuel **non-désiré** avant l'âge de 18 ans.

## STRESS PARENTAL

Les énoncés suivants décrivent des sentiments et des perceptions qui peuvent être associés au fait d'être parent. Pensez à chacun de ces items en fonction de comment vous percevez votre relation avec votre enfant. Veuillez indiquer votre degré d'accord ou de désaccord à chaque énoncé.

| 1<br>Fortement en<br>désaccord                                                               | 2<br>En désaccord | 3<br>Incertain | 4<br>D'accord | 5<br>Fortement en<br>accord |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|---------------|-----------------------------|
| 1. Je suis heureux.se dans mon rôle de parent.                                               |                   |                |               | 1 2 3 4 5                   |
| 2. Il n'y a rien ou presque rien que je ne ferais pas pour mon enfant si c'était nécessaire. |                   |                |               | 1 2 3 4 5                   |
| 3. Prendre soin de mon enfant prend parfois plus de temps et d'énergie que j'en ai à donner. |                   |                |               | 1 2 3 4 5                   |
| 4. Je m'inquiète parfois à savoir si j'en fais assez pour mon enfant.                        |                   |                |               | 1 2 3 4 5                   |
| 5. Je me sens près de mon enfant.                                                            |                   |                |               | 1 2 3 4 5                   |
| 6. J'apprécie passer du temps avec mon enfant.                                               |                   |                |               | 1 2 3 4 5                   |
| 7. Mon enfant est une source d'affection importante pour moi.                                |                   |                |               | 1 2 3 4 5                   |
| 8. Avoir un enfant me donne une vision plus sûre et optimiste du futur.                      |                   |                |               | 1 2 3 4 5                   |
| 9. La source majeure de stress dans ma vie est mon enfant.                                   |                   |                |               | 1 2 3 4 5                   |
| 10. Avoir un enfant me laisse peu de temps et de flexibilité dans ma vie.                    |                   |                |               | 1 2 3 4 5                   |
| 11. Avoir un enfant est un fardeau financier.                                                |                   |                |               | 1 2 3 4 5                   |
| 12. C'est difficile d'équilibrer mes différentes responsabilités à cause de mon enfant.      |                   |                |               | 1 2 3 4 5                   |
| 13. Le comportement de mon enfant est souvent embarrassant ou stressant pour moi.            |                   |                |               | 1 2 3 4 5                   |
| 14. Si j'avais à le refaire, je pourrais décider de ne pas avoir d'enfant.                   |                   |                |               | 1 2 3 4 5                   |
| 15. Je me sens submergé.e par la responsabilité d'être parent.                               |                   |                |               | 1 2 3 4 5                   |
| 16. Avoir un enfant signifie manquer de choix et de contrôle sur ma vie.                     |                   |                |               | 1 2 3 4 5                   |
| 17. Je suis satisfait.e en tant que parent.                                                  |                   |                |               | 1 2 3 4 5                   |
| 18. Je trouve mon enfant agréable.                                                           |                   |                |               | 1 2 3 4 5                   |

## ALLIANCE PARENTALE

Les questions suivantes portent sur ce qui peut se passer entre vous et votre conjoint. Il est possible qu'il n'y ait pas de choix de réponse qui corresponde exactement à ce que vous vivez, dans ce cas cochez la réponse qui se rapproche le plus de votre situation actuelle.

|                                                                                                                                                   | <b>1</b><br><b>Fortement</b><br><b>en désaccord</b> | <b>2</b><br><b>En désaccord</b> | <b>3</b><br><b>Incertain</b> | <b>4</b><br><b>D'accord</b> | <b>5</b><br><b>Fortement</b><br><b>d'accord</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|
| 1. Mon/ma conjoint(e) apprécie se retrouver seul(e) avec notre enfant.                                                                            |                                                     |                                 |                              |                             | 1 2 3 4 5                                       |
| 2. Durant la grossesse, mon/ma conjoint(e) me faisait sentir qu'il/elle avait confiance en ma capacité d'être une bonne mère/un bon père.         |                                                     |                                 |                              |                             | 1 2 3 4 5                                       |
| 3. Lorsqu'il y a un problème avec notre enfant, mon/ma conjoint(e) et moi arrivons à trouver ensemble une solution valable.                       |                                                     |                                 |                              |                             | 1 2 3 4 5                                       |
| 4. Mon/ma conjoint(e) et moi communiquons bien ensemble lorsque la conversation concerne notre enfant.                                            |                                                     |                                 |                              |                             | 1 2 3 4 5                                       |
| 5. Discuter de notre enfant avec mon/ma conjoint(e) est une chose que j'apprécie et que je recherche.                                             |                                                     |                                 |                              |                             | 1 2 3 4 5                                       |
| 6. Mon/ma conjoint(e) est très attentif (ve) à notre enfant.                                                                                      |                                                     |                                 |                              |                             | 1 2 3 4 5                                       |
| 7. Mon/ma conjoint(e) et moi sommes d'accord sur ce que notre enfant doit faire et ne pas faire.                                                  |                                                     |                                 |                              |                             | 1 2 3 4 5                                       |
| 8. Je me sens proche de mon/ma conjoint(e) lorsque je le/la vois jouer avec notre enfant.                                                         |                                                     |                                 |                              |                             | 1 2 3 4 5                                       |
| 9. Mon/ma conjoint(e) a « le tour » avec les enfants.                                                                                             |                                                     |                                 |                              |                             | 1 2 3 4 5                                       |
| 10. Mon/ma conjoint(e) et moi formons une bonne « équipe ».                                                                                       |                                                     |                                 |                              |                             | 1 2 3 4 5                                       |
| 11. Mon/ma conjoint(e) considère que je suis une bonne mère/un bon père.                                                                          |                                                     |                                 |                              |                             | 1 2 3 4 5                                       |
| 12. Je considère que mon/ma conjoint(e) est une bonne mère/un bon père.                                                                           |                                                     |                                 |                              |                             | 1 2 3 4 5                                       |
| 13. Mon/ma conjoint(e) fait des choses pour rendre plus facile ma tâche de mère/père.                                                             |                                                     |                                 |                              |                             | 1 2 3 4 5                                       |
| 14. Mon/ma conjoint(e) et moi avons la même façon de percevoir notre enfant.                                                                      |                                                     |                                 |                              |                             | 1 2 3 4 5                                       |
| 15. Si mon/ma conjoint(e) avait à décrire (ou parler de) notre enfant, il/elle dirait à peu près les mêmes choses que moi.                        |                                                     |                                 |                              |                             | 1 2 3 4 5                                       |
| 16. Lorsque notre enfant devra être puni, mon/ma conjoint(e) et moi serons d'accord sur le type de punition qu'il devra recevoir.                 |                                                     |                                 |                              |                             | 1 2 3 4 5                                       |
| 17. Je fais confiance à mon/ma conjoint(e) en ce qui concerne ce qui est bien pour notre enfant. Je sens qu'il/elle a un bon jugement à ce sujet. |                                                     |                                 |                              |                             | 1 2 3 4 5                                       |
| 18. Mon/ma conjoint(e) me dit que je suis une bonne mère/un bon père.                                                                             |                                                     |                                 |                              |                             | 1 2 3 4 5                                       |
| 19. Mon/ma conjoint(e) et moi partageons les mêmes objectifs en ce qui concerne notre enfant.                                                     |                                                     |                                 |                              |                             | 1 2 3 4 5                                       |
| 20. Mon/ma conjoint(e) accepte de faire des sacrifices personnels pour aider à prendre soin de notre enfant.                                      |                                                     |                                 |                              |                             | 1 2 3 4 5                                       |

## CAPACITÉS DU SOI

Cette partie comporte une liste d'expériences que les gens vivent avec d'autres personnes, ou par eux-mêmes. Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous expérimenté ce qui suit :

|                                                                                                        | 1      | 2                | 3             | 4       | 5            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------|---------------|---------|--------------|
|                                                                                                        | Jamais | Une fois ou deux | Quelques fois | Souvent | Très souvent |
| 1. Des problèmes dans vos relations avec les autres.                                                   |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 2. Avoir l'impression que vous ne vous connaissez pas très bien.                                       |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 3. Ne pas être capable de vous calmer.                                                                 |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 4. Ne pas vous entendre avec des gens.                                                                 |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 5. Souhaiter vous comprendre mieux.                                                                    |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 6. Avoir de la difficulté à vous calmer une fois que vous étiez en colère.                             |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 7. Vous disputer avec des gens.                                                                        |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 8. Sentir que vous ne comprenez pas vos propres comportements.                                         |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 9. Être hors de contrôle émotionnellement.                                                             |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 10. Avoir beaucoup de hauts et de bas dans vos relations avec les gens.                                |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 11. Être confus(e) à propos de ce que vous vouliez dans la vie.                                        |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 12. Ne pas avoir été capable de contrôler votre colère.                                                |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 13. Avoir des conflits dans vos relations.                                                             |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 14. Vous sentir comme si vous n'aviez pas d'identité.                                                  |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 15. Souhaiter vous calmer, mais ne pas en être capable.                                                |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 16. Vous fâcher contre un(e) ami(e) ou un(e) amoureux(se).                                             |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 17. Oublier qui vous êtes et ce que vous voulez en présence des gens.                                  |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 18. Ressentir des changements d'humeur rapides.                                                        |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 19. Avoir des difficultés à vous entendre avec des gens au travail, à l'école ou dans votre voisinage. |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 20. Devenir confus(e) à propos de ce que vous désiriez quand vous étiez avec d'autres personnes.       |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 21. Éprouver beaucoup de hauts et de bas dans vos sentiments.                                          |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 22. Avoir des désaccords avec des gens.                                                                |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 23. Avoir l'impression de devenir quelqu'un d'autre avec certaines personnes.                          |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 24. Avoir été soudainement très fâché(e) puis vous sentir bien la minute d'après.                      |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 25. Vous bagarrer avec des gens.                                                                       |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 26. Perdre votre identité au sein d'une relation.                                                      |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |
| 27. Devenir heureux(se) pour de courtes périodes de temps, mais qui ne durent pas.                     |        |                  |               |         | 1 2 3 4 5    |

## ANNEXE C

### Certificat d'approbation éthique



#### CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

No. de certificat : 2018-1689

Date : 08 janvier 2025

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a examiné le rapport annuel pour le projet mentionné ci-dessous et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (janvier 2020) de l'UQAM.

#### Protocole de recherche

**Chercheur principal :** Natacha Godbout

**Unité de rattachement :** Sexologie

**Titre du protocole de recherche :** Une étude systémique du bien-être des couples parentaux: Associations avec les traumas interpersonnels vécus en enfance

**Source de financement (le cas échéant) :** CRSH, IRSC

**Date d'approbation initiale du projet :** 22 août 2017

#### Équipe de recherche

**Cochercheurs et partenaires :** Alison Paradis; Isabel Côté; Éric Feugé; Martine Hébert; Marie-Ève Daspe; Catherine Herba

**Étudiants et auxiliaires de recherche:** Luciana Lassance; Élise Villeneuve; Mathilde Baumann; Camille-Andrée Rassart; Shalie-Emma Vaillancourt; Ophélie Dassylva; Marie-Jeanne Ledoux-Labelle; Alesha Frederickson; Juliette St-Onge; Élise Villeneuve; Mathilde Baumann; Luciana Lassance Maya Leitao; Camille Andrée Rassart; Ophélie Dassylva; Shalie-Emma Vaillancourt; Marie-Jeanne Ledoux-Labelle; Elise Villeneuve; Rose Lebeau; Elisabeth Lafleur; Florence Grenier; Maggy Gamache; Cloé Canivet; Denitsa Marinova; Anna Fortugno; Marie-Florence Marrocco; Taïna Lévesque; Shalie-Emma Vaillancourt; Ophélie Dassylva; Sarah Normand; Nicolas Leprince; Flavie Bêland; Éliane Marchand; Sofia Jallabert; Marie-Lune Asselin; Luciana Lassance; Marie-Jeanne Ledoux-Labelle; Élodie Roy; Juliette St-Onge; Georgiana Costin; Salomé Duhamel; Yasmine Boudiaf

#### Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel qu'approuvé par le CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiquées rapidement au comité.

Tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiquée au comité. Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide jusqu'au **01 février 2026**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis dans les trois mois qui précèdent la date d'échéance du certificat.

Yanick Farmer, Ph.D.  
Professeur, Département de communication sociale et publique  
Président du CIEREH

## ANNEXE D

### Avis final de conformité



### AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

No. de certificat : 2018-1689

Date : 13 avril 2026

Nom de l'étudiant.e : Camille Andrée Rassart (RASC10559509)

Titre du projet : Trauma cumulatif en enfance, stress parental et alliance parentale : une approche dyadique chez les couples accueillant un nouvel enfant

Programme d'étude : Doctorat en psychologie

Unité de rattachement : Département de psychologie

Direction de recherche : Alison Paradis et Natacha Godbout

OBJET : Avis final de conformité - doctorat

Selon les informations qui nous ont été fournies par la direction de recherche, le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) confirme que Camille Andrée Rassart a réalisé son doctorat en psychologie sous la direction d'Alison Paradis et de Natacha Godbout conformément aux normes et politiques éthiques en vigueur, en tant que membre de l'équipe de recherche pour le projet couvert par le certificat d'éthique no. 2018-1689.

Merci de bien vouloir inclure le présent document et du certificat d'éthique susmentionné en annexe de votre travail de recherche.

Les membres du CIEREH vous félicitent pour la réalisation de votre recherche et vous offrent leurs meilleurs vœux pour la suite de vos activités.

Éric Dion, Ph.D.

Professeur, Département d'éducation et formation spécialisées

Président du CIEREH

Louis-Philippe Auger

Coordonnateur du CIEREH

Pour:       Éric Dion  
              Professeur  
              Président du CIEREH

Signé le 2026-04-13 à 22:43

**ANNEXE E**

**ARTICLE RÉDIGÉ HORS THÈSE**

**Childhood Interpersonal Trauma and Postpartum Parenting Alliance: The Role of Mindfulness in Couples**

Publié en 2023 dans la revue *Journal of Family Psychology*, 38 (2),

<https://dx.doi.org/10.1037/fam0001174>

**Childhood Interpersonal Trauma and Postpartum Parenting Alliance: The Role of  
Mindfulness in Couples**

Camille Andrée Rassart, B.A.

Department of psychology, Université du Québec à Montréal

Alison Paradis, PhD.

Department of psychology, Université du Québec à Montréal

Catherine Herba, PhD.

Departement of Psychology, Université du Québec à Montréal, Research Centre of the Sainte-

Justine University Hospital

Natacha Godbout, PhD.

Departement of Sexology, Université du Québec à Montréal

## **Abstract**

A large body of evidence demonstrates that childhood interpersonal trauma is associated with poorer parental and couple outcomes following the birth of a new child. As a unique component of couple functioning, parenting alliance is key during this transition period and is associated with long-term parental and child well-being. However, parenting alliance remains understudied in relation to childhood trauma, and little is known regarding the underlying mechanisms of this relationship among couples. Given its documented role in the intimate relationships of childhood interpersonal trauma-exposed individuals, dispositional mindfulness could be considered as a potential explanatory mechanism. Using a dyadic approach, this study examined the role of dispositional mindfulness, and its different facets, in the association between cumulative childhood interpersonal trauma (CCIT) and parenting alliance. A randomly selected community sample of 421 parental couples with infants completed online questionnaires. For both mothers and fathers, CCIT was associated with a more negative perception of parenting alliance through lower dispositional mindfulness, specifically through lower scores on the nonjudgment and describing facets. Moreover, results revealed dyadic indirect effects between parents' CCIT and their partner's parenting alliance through both partners' dispositional mindfulness. This study provides insight on how parents of an infant may influence each other's perceived parenting alliance through their dispositional mindfulness. Results also highlight mindfulness as a relevant mechanism for CCIT survivors who struggle to establish or maintain a positive parenting alliance, as well as the need to involve both parents in research and intervention.

**Keywords :** cumulative childhood interpersonal trauma, parenting alliance, coparenting, mindfulness, actor–partner interdependence model

## **Introduction**

Research has shown that adults who endured childhood interpersonal trauma tend to report a more challenging experience as parents (Christie et al., 2017). Ensuing traumatic sequelae may be activated or reactivated at the birth of a child. However, childhood interpersonal trauma remains critically understudied in relation to parenting alliance, a specific component of the coparental relationship with critical implications for parents' adaptation to their newborn child (Kang et al., 2022), and for the long-term well-being of their child (LeRoy et al., 2013) and couple relationship (Le et al., 2017). Literature on mindfulness provides meaningful insight on parental functioning, intimate relationships, and adjustment of trauma survivors (Bögels & Restifo, 2014; Godbout, Morissette-Harvey, et al., 2020). Yet, the role of dispositional mindfulness in the relationship between childhood interpersonal trauma and parenting alliance remains unexplored.

### **Cumulative Childhood Interpersonal Trauma**

Childhood interpersonal trauma refers to any deleterious event that takes place in a relational setting (i.e., involving another person) throughout childhood or adolescence. This can include child maltreatment (physical and psychological violence or neglect, sexual abuse, exposure to domestic violence between parents; Finkelhor et al., 2007), and peer bullying (Godbout et al., 2017). Past studies have shown that different forms of childhood interpersonal trauma are often concomitant (Briere et al., 2015). In fact, in their epidemiological studies, Finkelhor et al. (2007, 2009) found that 61% of American children report at least one form of interpersonal trauma, with more than a third (38.7%) of victims reporting two or more forms. Cumulative childhood interpersonal trauma (CCIT), also known as the accumulation of trauma, is often operationalized as the total number of different forms of trauma experienced before the age of 18 (Dugal et al., 2020). CCIT is related to a more severe symptomatology than the experience of a single form of trauma, even when the degree of severity of each experienced childhood trauma is considered independently (e.g., Finkelhor et al., 2007; Ogle et al., 2014). Despite this, studies have only recently begun to examine CCIT as a predictor of survivors' adjustment into adulthood (Briere et al., 2015; Dugal et al., 2020). Given its prevalence and severity, empirical work should continue to consider CCIT in order to obtain a more thorough portrait of childhood interpersonal trauma and its consequences.

## **Parenting Alliance**

Parenting alliance is a unique component of the couple relationship that specifically deals with parenting. Distinct from other parenting outcomes (e.g., parenting stress, parenting self-efficacy), the concept of parenting alliance is strongly rooted in a systemic perspective of parenthood where mutual influences between coparents are expected (Minuchin, 1974). A high parenting alliance generally reflects that both parents respect and support each other's parental role and involvement and communicate efficiently when dealing with their child (Konold & Abidin, 2001). While parenting alliance is associated with couple satisfaction (Morrill et al., 2010), it is thought to be different as it pertains to the couple's success as parents rather than its success as a couple (Abidin & Brunner, 1995). Family systems theory emphasizes the importance of parental collaboration when navigating through the different stages of parenthood, most importantly after the birth of a child (Minuchin, 1974). During this period, high parenting alliance is associated with lower parenting stress (Camisasca et al., 2015), increased couple satisfaction (Le et al., 2017), and increased parent-child relationship satisfaction (Peltz et al., 2018), highlighting the importance of studying parenting alliance and its correlates. Considering that postpartum difficulties are more prevalent among childhood interpersonal trauma survivors (Christie et al., 2017), a closer examination of their parenting alliance is necessary.

## **Childhood Trauma and Parenting Alliance**

Although parental well-being has often been studied in relation to childhood interpersonal trauma (see Christie et al., 2018, for a review), research is lacking on parenting alliance, with only one published study on the subject. Precisely, Cole et al. (1992) examined the association between intrafamilial childhood sexual abuse and parenting alliance among 84 mothers and found that this experience was associated with lower parenting alliance. Yet, recent studies have documented the adverse effects of CCIT on couple functioning (Dugal et al., 2020; Godbout, Morissette-Harvey, et al., 2020). Given these results, it is plausible that CCIT-related repercussions emerge in parenting alliance as well, a component central to the daily life of a couple with children. Despite this, parenting alliance remains vastly understudied in relation to childhood interpersonal trauma, with no empirical data on the impact of CCIT. Given the potential impacts of low parenting alliance on parents and their offspring (e.g., marital distress, lower child functioning; LeRoy et al., 2013; Morrill et al., 2010), it is critical to study CCIT in relation with parenting alliance, along with

explanatory mechanisms. In this regard, mindfulness could prove to be an important mechanism linking CCIT and parenting alliance.

### **Mindfulness as a Potential Explanatory Mechanism**

Originating from the Buddhist tradition, mindfulness is defined as the awareness that emerges through paying attention purposefully and nonjudgmentally to the unfolding of experience moment by moment (Kabat-Zinn, 2003). Mindfulness can refer to both a state (i.e., a momentary condition) and a disposition (i.e., a stable characteristic; Karremans et al., 2017; Stevenson et al., 2017). Dispositional mindfulness can be defined as an individual's tendency to abide in mindful states over time (Brown et al., 2007). Past empirical work shows individual differences in dispositional mindfulness in the general population (e.g., Baer et al., 2006) and that these differences can be related to specific outcomes (Brown et al., 2007; Godbout, Morissette-Harvey, et al., 2020). Therefore, the present study focused on dispositional mindfulness. As proposed by Baer et al. (2006), dispositional mindfulness can be operationalized as a construct including five facets: (1) observing (noticing one's inner experiences), (2) describing (identifying and labeling inner experiences, including thoughts and feelings), (3) nonreactivity (allowing inner experiences to come and go without getting caught up in them), (4) nonjudgment (accepting inner experiences without judgment), and (5) acting with awareness (focusing on what is happening in the present during one's activities and avoiding autopilot). This multifaceted operationalization allows examining the distinctive role of mindfulness facets, as studies have shown specific effects related to each facet (e.g., Elices et al., 2015).

Studies indicate that survivors of childhood interpersonal trauma, especially CCIT, tend to report lower dispositional mindfulness (Bolduc et al., 2018; Boughner et al., 2016; Elices et al., 2015; Godbout, Bakhos, et al., 2020; Godbout, Morissette-Harvey, et al., 2020; Roche et al., 2019). These studies highlight that the present-centered, nonreactive, and nonjudgmental components of dispositional mindfulness are incompatible with trauma survivors' reliance on experiential avoidance to regulate negative emotions. Moreover, mindfulness facets such as describing, nonjudgment, and acting with awareness may be limited by intrusive trauma-related responses (e.g., dissociation, psychological distress; Elices et al., 2015; Godbout, Morissette-Harvey, et al., 2020; Roche et al., 2019).

In line with an emerging trend in mindfulness research that aims to investigate its connection with interpersonal functioning (e.g., Dussault et al., 2020; Karremans et al., 2017), a growing body of research has demonstrated that low dispositional mindfulness may partly explain the difficulties that CCIT survivors report in their intimate relationships (Godbout, Bakhos, et al., 2020; Godbout, Morissette-Harvey, et al., 2020). In an attempt to bridge empirical and theoretical work on mindfulness and relationships, Karremans et al. (2017) proposed a model of how mindfulness may shape couple functioning. In this model, dispositional mindfulness is associated with enhanced behavioral, affective, and cognitive prorelationship responses, including the ability to cope with stressful events that generally spill over into the couple and generate distress. In return, these prorelationship responses foster positive relationship outcomes. The interdependence between couple partners is considered in this model, as dispositional mindfulness and its correlates are expected to vary depending on feedback from one partner to the other. Although the authors do not elaborate on which developmental experiences may shape dispositional mindfulness, it is likely that having endured CCIT could alter the different steps of Karremans' model (2017). Indeed, due to its early and cumulative nature, CCIT is likely to alter the acquisition of several capacities essential to adult functioning (Dugal et al., 2020), including dispositional mindfulness. In fact, it has been suggested that, similar to other fundamental processes (e.g., attachment security), mindfulness may develop in response to a caring and responsive caregiver experience throughout childhood (Stevenson et al., 2017). Parents with CCIT history would then be more at risk of presenting low dispositional mindfulness, and following Karremans' model (2017), they could exhibit less pro-relationship responses (e.g., collaborating with the coparent) and report lower relationship outcomes.

Parenting a new child can be overwhelming for parents and requires them to adapt to the changing emotions of their infant while having to regulate their own (Bögels & Restifo, 2014). Fostering mindfulness traits such as self-compassion and emotional awareness has been found to be helpful following the birth of a child (Bögels et al., 2014; Burke et al., 2020). The association between mindfulness and parenting alliance was first examined in a study with 86 parents using the services of a mental health care center (Bögels et al., 2014). This study examined the efficacy of a mindfulness-based parenting intervention and showed an increase in parenting alliance, specifically a decrease in disparagement between partners regarding their roles. Second, results from a qualitative study revealed that participating in a mindfulness-based childbirth and parenting program fosters higher acceptance that the other parent does things differently, lower need for

control during coparenting, and more trust in the other parent's competence (Lönnerberg et al., 2018). Third, Parent et al. (2016) examined the association between mindfulness, mindful parenting, mindful coparenting, and parenting alliance. Their results showed an association between mindfulness and parenting alliance, partially explained by mindful coparenting. As of yet, associations between mindfulness and parenting alliance have not been examined in relation to childhood interpersonal trauma or explored within a dyadic design where both parents' perspectives are included. Using a dyadic perspective is necessary to give a voice to fathers who are rarely included in studies on childhood trauma and parenting (Christie et al., 2017), but also to observe the potential interplay between parents' CCIT, mindfulness, and parenting alliance. This is especially key since research shows that CCIT may impact not only the survivors themselves but also their partners (e.g., Dugal et al., 2020).

### **The Present Study**

The present study aimed to advance our knowledge of parenting alliance in relation to CCIT by examining the indirect effect of dispositional mindfulness in this association. Using a dyadic perspective, both parents from the parental couple were considered in this study. It was expected that one parent's level of CCIT would be negatively associated with their own perceived parenting alliance and with their coparent's perceived parenting alliance. There were four paths through which indirect effects between CCIT and parenting alliance were expected to occur within the dyadic integrative model; one parent's level of CCIT would be negatively associated with their own mindfulness and, in return, this would be positively associated with their own parenting alliance (1); one parent's level of CCIT would be negatively associated with their own mindfulness, which then would be positively associated with their partner's parenting alliance (2). Given prior research indicating that CCIT may impact both survivors and their romantic partners (e.g., Dugal et al., 2020), we can expect to observe associations between one's parent level of CCIT and their partner's mindfulness. Thus, one parent's level of CCIT would be negatively associated with their partner's mindfulness, which, in turn, would be positively associated with their own parenting alliance (3), and one parent's level of CCIT would be negatively associated with their partner's mindfulness, which would be positively associated with their partner's parenting alliance (4). In accordance with studies that recommend conceptualizing mindfulness as a multifaceted construct (Elices et al., 2015; Godbout, Morissette-Harvey, et al., 2020), this study examined the indirect effects of both dispositional mindfulness as a whole (i.e., encompassing all five facets)

and each dispositional mindfulness facet distinctly. Since past studies have shown an association between CCIT and the facets of describing, nonjudgment, and acting with awareness facets (Godbout, Morissette-Harvey, et al., 2020), we expected to observe associations between CCIT and these same three facets. However, given the lack of empirical data on specific dispositional mindfulness facets and parenting alliance, these hypotheses remained exploratory.

## **Method**

### **Participants**

The sample consisted of 421 different-gender parental couples (i.e., 421 mothers and 421 fathers). To participate, parents had to: (a) be aged 18 years or older (age of majority in Quebec); (b) be parents of an infant between 0 and 6 months of age; (c) be in a couple relationship with the other parent; (d) be fluent in written and spoken French or English; and finally, (e) one of the parents had carried the child. All participants were parents of an infant ( $M = 2.68$  months;  $SD = 1.78$ ). Parents reported an average of two children ( $M = 1.9$ ;  $SD = 1.1$ ), and 43.2% ( $n = 364$ ) of them had welcomed their first child. Regarding marital status, all participants were currently living together at the time of the study, with 31.6% of them being married. The average relationship duration was 88 months (7 years) and ranged from 10 to 258 months (21.5 years;  $SD = 50.45$ ). On average, mothers in the study were 31.47 years of age ( $SD = 4.57$ ; range = 19–46 years), while fathers were 33.75 years of age ( $SD = 5.6$ ; range = 21–53 years). Most parents were born in Canada (80.9%), while 5.2% originated from Africa (e.g., Morocco, Togo), 3.6% from Western Europe (e.g., France, Italy), 2.1% from Latin America (e.g., Cuba, Venezuela), 1.4% from eastern Europe (e.g., Poland, Czech Republic), 1.4% from Asia (e.g., India, China), 1.1% from Middle East (e.g., Iran, Lebanon), and 4.3% of parents indicated “other” as their birthplace (e.g., the United States, Haiti). Most of the parents from the sample spoke French as their primary language (84.8%). Of the mothers, 12.4% had a high school level of education, 36.1% had a technical or junior college education, and almost half of them had completed an undergraduate degree (49.3%). Of participating fathers, 16.4% had a high school level of education, 38.2% had a professional level of education, and 41.4% had completed an undergraduate degree. Of the mothers, a proportion of 13.6% reported a gross individual annual salary below \$20,000, 55% reported a gross annual salary between \$20,000 and \$59,999, and 31.3% reported a gross annual salary of \$60,000 or more, while 3.6% of fathers reported a gross annual salary below \$20,000, 45.7% reported a gross annual salary

between \$20,000 and \$59,999, and most of them (50.6%) reported a gross annual salary of \$60,000 or more.

## **Procedure**

Parents who recently welcomed a newborn were recruited through a collaboration with the Quebec Parental Insurance Plan and the authorization of the Commission d'Accès à l'Information. Contact details (i.e., names, phone numbers, and email addresses) from parents across the province of Quebec were randomly selected and transmitted to the research team. Research assistants contacted parents via email or phone to verify their eligibility and invite them to participate. The study was described as a confidential online survey on the well-being of parental couples. Using a personalized code (for each parent), parents were invited to individually complete an online questionnaire hosted on the Qualtrics platform. Participation was required for approximately 40 min. All participants gave their informed consent prior to their inclusion in the study. On average, 20.2% of parents that were contacted by the research team declined to participate, 5.8% of parents were not eligible (e.g., infant too old, not in a couple relationship anymore), and 23.5% initially accepted but failed to either complete the survey on time or complete both maternal and paternal participation. Therefore, the final completion rate among contacted parents was 50.5%. A financial compensation of \$40 in gift cards (\$20 per parent) was given once both partners had completed the study. This study was approved by the research ethics committee of the University of Quebec in Montreal. This study's design and hypotheses were not preregistered. We have reported in this study how sample size was determined, all manipulations, all exclusions, and all measures.

## **Measures**

CCIT was assessed using the 24 items from the Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (Godbout et al., 2017). In total, eight different forms of childhood interpersonal trauma were assessed: physical and psychological abuse, physical and psychological neglect, sexual abuse, peer bullying, and exposure to interparental psychological and physical violence. Childhood sexual abuse was assessed based on Canada's criminal code and considered if it had occurred at least once before Age 18 (i.e., age of majority in Quebec). For other types of trauma, participants reported how often they experienced such trauma in a typical year, via a 7-point Likert scale ranging from 0 = never to 6 = every day. These experiences were included in the total CCIT index score if they had occurred at least once in a typical year before the age of 18. Each type of childhood trauma

was first dichotomized as experienced (1), or not (0) and then summed to form an index of CCIT, ranging from 0 = no childhood trauma to 8 = eight different childhood traumas. This composite score reflects past findings that CCIT best predicts the severity of trauma sequelae (Finkelhor et al., 2007; Ogle et al., 2014), while being often used in scientific literature on interpersonal trauma (e.g., Dugal et al., 2020). Cronbach's  $\alpha$  indicated high internal consistency in the current sample: .90, corresponding to alphas from previous studies (e.g., Godbout, Morissette-Harvey, et al., 2020).

Dispositional mindfulness was assessed using the 15-item version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al., 2006). The FFMQ is a self-reported questionnaire assessing dispositional mindfulness through five subscales, each consisting of three items, representing its different facets: describing, observing, nonjudgment, nonreactivity, and acting with awareness. Participants were invited to respond to each item by indicating their level of agreement on a 5-point Likert scale, ranging from 1 = never or very rarely true to 5 = very often or always true. The total score is obtained through a sum, with a higher score indicating a higher dispositional mindfulness. Studies reported satisfactory psychometric qualities, including well-established factorial validity and internal consistency (Godbout, Morissette-Harvey, et al., 2020; Williams et al., 2014). The 15-items version has proved to show adequate convergent validity and internal consistency (Gu et al., 2016). The FFMQ showed acceptable internal consistency in the current sample for both the total score ( $\alpha = .76$ ) and each facet score ( $\alpha = .71-.83$ ), except for the observing scale, which had modest internal consistency ( $\alpha = .65$ ).

Parenting alliance was assessed using the Parenting Alliance Inventory (PAI; Konold & Abidin, 2001). The PAI is a self-reported 20-item questionnaire divided into two subscales: the level of perceived respect between parents (three items) and the level of perceived communication and teamwork within the parental couple (17 items). Participants were asked to rate their present experience with their most recently born infant on a 5-point Likert scale ranging from 1 = strongly disagree to 5 = strongly agree. The total score is obtained through a sum of the items from the two subscales, with a higher score indicating a better parenting alliance. The PAI is a well-established instrument for measuring coparenting in parents of young children (e.g., Kang et al., 2022) and targets more directly the key elements of couple relationships specifically related to parenting (Konold & Abidin, 2001). In the present study, only the total score was used, which showed an excellent internal consistency (e.g.,  $\alpha = .94$ ) similar to past studies (Camisasca et al., 2015; Kang et al., 2022).

## Data Analysis

Descriptive analyses were performed using the Statistical Package for Social Sciences software (SPSS 26). The hypothesized models were tested using the software Mplus 8.4 (Muthén & Muthén, 2015), which is robust to nonnormality through the use of maximum likelihood estimation with robust standard errors. Since the present study assumes interdependence between mothers' and fathers' CCIT, dispositional mindfulness, and parenting alliance, the main analyses were guided by an extension of the actor–partner interdependence model, which includes the indirect effect of mindfulness in relation with variables from both parents (APIMeM; Ledermann et al., 2011). In this model, the exogenous variables of each parent (i.e., CCIT level) and the endogenous variables of each parent (i.e., parenting alliance) were simultaneously linked according to the actor effect (i.e., relationship between a parent's CCIT levels and their own parenting alliance) and the partner effect (i.e., relationship between a parent's CCIT level and the parenting alliance of their coparent). Two distinct APIMeM models were tested: (1) the indirect effect of the dispositional mindfulness total score and (2) the indirect effects of the dispositional mindfulness facets scores (all included simultaneously). Sociodemographic variables (i.e., maternal and paternal age, maternal and paternal income, maternal and paternal level of education, maternal and paternal number of children, and the infant's age) were tested as control variables in each of these models to consider potential confounding variables in the measurement of parenting alliance.

For both APIMeM models, we tested whether associations differed significantly between mothers and fathers. All covariances, variances, actor associations, and partner associations between variables were progressively constrained to be equal between mothers and fathers. Then, we assessed the relative contributions from actor and partner associations with parenting alliance by constraining them to be equal within the same parent. Each constrained model was compared to the saturated-baseline APIMeM model and to other produced constrained models through the use of the rescaled  $-2$  log-likelihood difference test, which is distributed as chi-squared with degrees of freedom equal to the rescaled difference in the number of parameters between models (Satorra & Bentler, 2010). In order to determine whether model fit decrease was significant or not, a nonsignificant  $\chi^2$  test value ( $\alpha = .05$ ) was used. Several fit indices were used to examine whether the final constrained models were well-adjusted to the data. A combination of a nonstatistically significant  $\chi^2$  value, a ratio value of  $\chi^2$  to degrees of freedom ( $\chi^2/df$ ) less than three, comparative fit index (CFI) and Tucker–Lewis index (TLI) values of .90 or higher, a root-mean square error of

approximation value below .06 and a standardized root-mean-square residual (SRMR) value below .08 indicated a good fit (Kline, 2011). Finally, the bootstrap resampling method was used to test whether the indirect effects of dispositional mindfulness were significant in the final constrained models (Hayes, 2017). By testing them in 10,000 randomly selected subsamples, this technique allows for the estimation of indirect effects. The indirect effect is regarded as significant if the obtained bootstrap confidence interval does not contain zero.

## **Results**

### **Descriptive Statistics**

In terms of CCIT prevalence, 10.2% ( $n = 43$ ) of mothers reported no childhood interpersonal trauma, 17.3% ( $n = 73$ ) reported one type, 23% ( $n = 97$ ) reported two different types, 17.6% ( $n = 74$ ) reported three different types, and 31.9% ( $n = 134$ ) reported four different types of trauma and more. In fathers, 16.4% ( $n = 69$ ) reported no childhood interpersonal trauma, 17.8% ( $n = 75$ ) reported one type, 21.1% ( $n = 89$ ) reported two different types, 15.4% ( $n = 65$ ) reported three different types, and 29.2% ( $n = 123$ ) reported four different types and more. Results of paired comparison tests indicated that CCIT scores differed significantly between mothers and fathers,  $T(420) = 2.28, p = .02$ , with mothers reporting a higher level of CCIT ( $M = 2.76, SD = 1.89$ ) than fathers ( $M = 2.5, SD = 1.88$ ). Mothers also reported higher dispositional mindfulness ( $M = 54.15, SD = 8.29$ ) than fathers ( $M = 52.36, SD = 7.8$ ),  $T(420) = -3.53, p < .001$ , while fathers reported higher parenting alliance ( $M = 89.75; SD = 8.91$ ) than mothers ( $M = 88.2, SD = 11.07$ ),  $T(420) = -2.76, p = .006$ . Table 1 presents the bivariate correlations observed between CCIT scores, dispositional mindfulness total scores, dispositional mindfulness facets scores, and parenting alliance scores.

### **The Role of Dispositional Mindfulness in the Link Between CCIT and Parenting Alliance**

#### **Direct Associations**

The first set of path analyses was performed to examine direct associations between CCIT and parenting alliance, revealing significant actor associations for both mothers ( $\beta = -.21, p < .001$ ) and fathers ( $\beta = -.21, p < .001$ ). Path analyses also revealed a significant partner association between fathers' CCIT and mothers' parenting alliance ( $\beta = -.12, p = .04$ ) and a nonsignificant partner association between mothers' CCIT and fathers' parenting alliance ( $\beta = -.07, p = .12$ ). In

sum, these actor and partner direct associations explained 5.8% and 7% of parenting alliance in mothers and fathers, respectively.

### **APIMeM Model With Dispositional Mindfulness Total Scores**

Further path analyses were performed to examine the indirect effects of dispositional mindfulness in the associations uniting CCIT and parenting alliance. Therefore, mothers' and fathers' mindfulness total scores were added to the initial model with CCIT and parenting alliance. For both mothers and fathers, a higher level of CCIT was significantly associated with lower dispositional mindfulness, which, in turn, was significantly associated with lower parenting alliance. Significant partner associations were also found between fathers' dispositional mindfulness and mothers' parenting alliance, between mothers' dispositional mindfulness and fathers' parenting alliance, and finally between fathers' CCIT level and mothers' dispositional mindfulness. Following the inclusion of total dispositional mindfulness scores, the direct actor association between CCIT and parenting alliance for both mothers and fathers remained significant, while the direct partner association between fathers' CCIT and mothers' parenting alliance became nonsignificant. Control variables were then progressively added to the model. Four sociodemographic variables were significantly associated with parenting alliance; mothers' age ( $\beta = -.15, p = .002$ ), fathers' age ( $\beta = -.14, p = .001$ ), fathers' number of children ( $\beta = -.08, p = .05$ ), and fathers' level of education ( $\beta = -.11, p = .01$ ). Including these covariates in the model yielded similar paths (i.e., variations ranged from .001 to .04), with the same level of statistical significance.

In order to explore potential gender differences, all variances, covariances, and actor and partner associations in the model were progressively constrained to be equal between mothers and fathers. The constrained models were each compared with the saturated baseline model (see Table 3, Supplemental Material). With the exception of the variances of parenting alliance scores, which differed between mothers and fathers and had to be freed, everything else could be constrained between mothers and fathers without a significant fit decrease. Next, we progressively constrained actor and partner associations together to be equal. For example, the association between mothers' mindfulness and mothers' parenting alliance was constrained to be equal to the association between mothers' mindfulness and fathers' parenting alliance. The rescaled  $-2$  log-likelihood difference test allowed us to observe that there were no equal contributions of actor and partner associations

with parenting alliance in this first model. The final constrained APIMeM model, including constraints according to gender similarities, is presented in Figure 1 with standardized estimates, variance percentages, and significance levels. The fit indicators revealed an adequate adjustment to the data;  $\chi^2(8) = 4.331, p = .83, \chi^2/df = .54, CFI = 1, TLI = 1, RMSEA = 0, 95\% CI [.000, .034], SRMR = .021$ . Following the bootstrap procedure, six significant indirect effects were observed in this first APIMeM model and are presented in Table 2 with standardized estimates, 95% confidence intervals, and levels of significance.

### **APIMeM Model With Dispositional Mindfulness Facets Scores**

In a separate set of analyses, mothers' and fathers' mindfulness scores for the facets of observing, describing, nonjudgment, nonreactivity, and acting with awareness were simultaneously included in the initial model with CCIT and parenting alliance. For both mothers and fathers, a higher level of CCIT was significantly associated with lower scores on describing, nonjudgment, and acting with awareness, while lower scores on observing, describing, and nonjudgment were associated with lower parenting alliance. The scores for the nonreactivity facet were not significantly associated with either CCIT or parenting alliance. In terms of partner effects, for both mothers and fathers, one parent's CCIT level was significantly associated with their coparent's level of describing, nonjudgment, and acting with awareness. Finally, one parent's level of nonjudgment was significantly associated with their coparent's level of parenting alliance. The inclusion of dispositional mindfulness facets did not alter the direct actor associations between CCIT and parenting alliance but rendered nonsignificant the direct partner association between fathers' CCIT and mothers' parenting alliance. In terms of sociodemographic control variables, the same covariates as in the previous model were found to be significantly associated with parenting alliance; mothers' age ( $\beta = -.13, p = .007$ ), fathers' age ( $\beta = -.14, p = .001$ ), fathers' number of children ( $\beta = -.09, p = .003$ ), and fathers' level of education ( $\beta = -.09, p = .04$ ) and, again, these covariates did not alter the robustness of the model when included.

Given that the nonreactivity facet was not significantly associated with either CCIT or parenting alliance, it was altogether removed from this model in order to obtain a more parsimonious model with a better fit. As before, when comparing constrained models to the saturated baseline model, only the variances of parenting alliance scores could not be constrained to be equal between mothers and fathers without causing a significant fit decrease (see Table 3, Supplemental Material),

suggesting that all other variances, covariances, actor associations, and partner associations are equivalent between mothers and fathers. In this model, two significant patterns of equal contributions of actor and partner associations were also observed (see Table 4, Supplemental Material). The first pattern, across four significant statistically equivalent associations, showed that each parent's level of CCIT equally contributed to their own and to their coparents' describing facet score. A second pattern, also involving four significant statistically equivalent associations, indicated that each parent's nonjudgment facet scores equally contributed to their own and their coparent's reported parenting alliance. The final constrained APIMeM model examining the mindfulness facets scores is presented in Figure 2 with standardized estimates, variance percentages, and significance levels. The fit indicators revealed an adequate adjustment between the data and this hypothesized mediation model;  $\chi^2(38) = 41.596$ ,  $p = .32$ ,  $\chi^2/df = 1.09$ , CFI = 0.995, TLI = 0.991, RMSEA = 0.015, 95% CI [.000, .038], SRMR = .028. The bootstrap procedure confirmed 12 significant indirect effects in this second APIMeM model, which are all presented in Table 2 with standardized estimates, 95% confidence intervals, and levels of significance.

## **Discussion**

The aim of this study was to examine the indirect role of dispositional mindfulness in the association between CCIT and parenting alliance. Results suggest that having endured a higher number of different forms of childhood interpersonal trauma is negatively associated with the perceived quality of the parenting alliance within the couple. This association appears to be partially attributed to the level of dispositional mindfulness. By examining CCIT and parenting alliance through a rigorous dyadic approach, our study greatly expands on prior limited knowledge on how childhood interpersonal trauma survivors and their partners may perceive their coparenting after the birth of a child. Furthermore, this study was conducted with a large and representative sample of couples during the first months postpartum, a period during which several determining factors for the family well-being of CCIT survivors are brought into play.

### **CCIT and Parenting Alliance**

In the current sample, mothers reported having endured an average of 2.8 different forms of childhood interpersonal trauma, while fathers reported an average of 2.5. These results are consistent with those of previous studies among adults from the community, where average CCIT varies from 2.5 to 3 different forms (Briere et al., 2015; Dugal et al., 2020), thus confirming that childhood interpersonal trauma needs to be examined through its potentially cumulative aspect.

Our first hypothesis on the negative association between CCIT and parenting alliance was confirmed in both mothers and fathers. This result is in line with previous studies that found associations between CCIT and relational functioning, including couple satisfaction (Godbout, Morissette-Harvey, et al., 2020), sexual satisfaction (Godbout, Bakhos, et al., 2020), and intimate partner violence (Dugal et al., 2020). The hypothesis that a parent's level of CCIT would be associated with their coparent's parenting alliance was only partially confirmed, with fathers' CCIT being negatively associated with mothers' parenting alliance, while mothers' CCIT was not associated with fathers' parenting alliance. Following the birth of their child, mothers could be especially impacted by their partner given their increased reliance on them during postpartum recovery.

### **CCIT, Mindfulness, and Parenting Alliance**

In accordance with our hypothesis, one parent's level of CCIT was negatively associated with their own parenting alliance through their lower level of dispositional mindfulness. This result is consistent with studies showing that childhood interpersonal trauma, especially when cumulative, tends to be detrimental to dispositional mindfulness (Bolduc et al., 2018; Boughner et al., 2016). Identified associations between dispositional mindfulness and parenting alliance are in line with prior work on mindful parenting and mindful coparenting, indicating that mindfulness helps to navigate parenting tasks by focusing on the present and accepting it for what it is (Bögels et al., 2014; Lönnberg et al., 2018; Parent et al., 2016). This process, however, appears to be more difficult for CCIT survivors, who may struggle staying in the present, not reacting to internal experiences, and not judging them as a result of their trauma sequelae.

Findings from the present study are consistent with the theoretical model of Karremans et al. (2017). Specifically, the associations identified between CCIT, dispositional mindfulness, and parenting alliance could be understood as a disturbance in maintaining pro relationship responses

among CCIT survivors. In a coparenting setting, higher mindfulness would translate into pro-relationship responses such as communicating personal needs, being less judgmental toward the other parent and oneself, and being more aware of the other parents' feelings, all of which would foster a positive parenting alliance during postpartum (Sheedy & Gambrel, 2019). As they report lower scores of disposition mindfulness, and therefore logically exhibit less pro-relationship responses, parents with a higher level of CCIT would report a lower parenting alliance. The indirect effects involving one parent's mindfulness in the association between their CCIT level and parenting alliance indicate that lower mindfulness can affect one parent's view of their parenting alliance. On the other hand, the indirect effects involving one parent's mindfulness in the association between their CCIT level and their partner's parenting alliance could reflect how one partner's mindfulness process may shape their partner's relational outcome. Our results support Karremans et al.'s (2017) idea that mindfulness varies according to feedback between partners and push for expanding this model to take into account personal background and potential antecedents of mindfulness, particularly CCIT.

Most associations examined in this study did not significantly differ between mothers and fathers. This is consistent with recent studies showing more similarities than differences between mothers and fathers during postpartum (e.g., Le et al., 2017). Yet, comparison tests indicated that mothers and fathers differed in their reported CCIT, dispositional mindfulness, and parenting alliance scores, although not in their respective associations between variables. While women and men tend to differ on these variables (Godbout, Morissette-Harvey, et al., 2020; Parent et al., 2016), the interplay of CCIT, dispositional mindfulness, and parenting alliance appears to be similar for both of them during early postpartum. While the present study's results did not vary according to sociodemographic variables, findings indicated that older parents tend to report a lower parenting alliance. This result is consistent with previous work documenting that older age can be associated with lower parental well-being in mothers of an infant (e.g., Martin et al., 2016). Results also showed that fathers with more education and more children reported a lower parenting alliance. These fathers could be in a stage of their lives where they balance several obligations (e.g., advanced career, caring for many children), and this could impede coparenting by complicating the division of labor further (Craig et al., 2010). Higher education levels have also been associated with increased role restriction (i.e., narrowing of activities owing to parental responsibilities) in

fathers of young children (Skreden et al., 2012), and such an underlying phenomenon could impact parenting alliance.

### **Distinct Roles of Dispositional Mindfulness Facets**

Our results on the role of FFMQ facets highlight the different ways through which dispositional mindfulness may explain the association between CCIT and parenting alliance. One active ingredient appears to be the ability to adopt a nonjudgmental attitude toward internal experiences (i.e., nonjudgment). Indeed, as indicated in the second APIMeM model, this mindfulness facet was specifically involved in many pathways uniting CCIT and parenting alliance. Studies have shown that childhood interpersonal trauma survivors tend to be more critical of themselves, use more evaluative labels (e.g., good or bad, should or should not), and evaluate their well-being more negatively (Im et al., 2020). In CCIT survivors, this increased tendency to judge could potentially be associated with a more severe assessment of the quality of their parenting alliance. Nonjudgment was also the only facet involved in a partner association (i.e., a parent's nonjudgment facet associated with their coparent's parenting alliance). The propensity to judge emotions and thoughts could translate into a more demanding, less accepting, and less receptive attitude toward the coparent (Kappen et al., 2018) and, in turn, result in a poorer perception of their parenting alliance. Moreover, parenting alliance typically involves trusting the other parent and feeling trusted as a coparent (Konold & Abidin, 2001). As previously suggested by qualitative work among couples welcoming a newborn (Lönnerberg et al., 2018), a nonjudgmental stance could help convey the perception of mutual trust and foster parenting alliance for both parents. This may be especially important during early postpartum, when parents are gradually learning that they cannot control every aspect of their infant's care, especially not on their own (Lönnerberg et al., 2018). A parent's nonjudgment scores were similarly associated with their parenting alliance and their coparent's parenting alliance. This pattern of equal contributions from both parents suggests that a proneness to make value judgments, even when internal experiences are concerned, tends to spill over into the couple and affect both partners similarly when it comes to parenting alliance.

Results highlighted the importance of the describing facet in the association between CCIT and parenting alliance. Difficulties with this facet of dispositional mindfulness can include having more difficulty finding the words to describe personal feelings or needs (Boughner et al., 2016), potentially leading to more difficult communication with the partner, especially during stressful

events (Jones & Hansen, 2015). In the context of parenting alliance, the impaired ability to describe feelings or needs could limit key communication skills in parents who have experienced CCIT, such as compromising effectively or obtaining emotional support from a partner. It could also impede joint problem-solving (e.g., brainstorming and testing new parental techniques together) for CCIT survivors and their coparents trying to adapt together to the ever-changing needs of their infant. Qualitative work among couples welcoming a newborn shows that all of these elements (i.e., compromise, support, and mutual problem-solving) are an integral part of a positive parenting alliance after the birth of a child (Sheedy & Gambrel, 2019). The role of describing in the relationship between CCIT and parenting alliance could also translate into higher emotional literacy skills, which include both a greater capacity for recognizing personal feelings and empathy for the feelings of others (Petrosino et al., 2021). CCIT survivors who are better at identifying internal experiences could arguably detect those of their partner during interactions, potentially enhancing the quality of their parenting alliance. Our analyses revealed that a parent's level of CCIT tends to be similarly related to their own and their partner's describing ability. During the postpartum period, when coparents are brought to spend time together to care for their infant, a parent's ability to identify and name internal experiences could be influenced by their partner, with whom they communicate the most and spend most of their time. In this specific period of time, results showed that being with a partner who has endured multiple types of childhood interpersonal trauma is related to lower personal describing ability.

The nonreactivity facet was not significantly associated with either CCIT or parenting alliance in our integrative model. This dispositional mindfulness facet, however, is not always found to be related to childhood trauma (Elices et al., 2015; Godbout, Morissette-Harvey, et al., 2020; Roche et al., 2019). In fact, the only study linking CCIT, dispositional mindfulness facets, and relational functioning revealed that nonreactivity was the only facet not associated with CCIT and couple satisfaction (Godbout, Morissette-Harvey, et al., 2020). Therefore, the lack of association with nonreactivity in this study is not surprising, especially in an integrative model including other mindfulness facets more associated with CCIT and parenting alliance. The role of nonreactivity in the link between CCIT and parenting alliance could reside in its interplay with other facets of dispositional mindfulness. As documented before, the different facets of mindfulness can interact with each other (e.g., nonreactivity with observing; Desrosiers et al., 2014), and such interactions could contribute to our findings on CCIT and parenting alliance. Observing and acting with

awareness facets were not found to act as explanatory mechanisms in the link between CCIT and parenting alliance. Yet, in line with previous studies (e.g., Elices et al., 2015), more CCIT was associated with less disposition to act with awareness, whereas more disposition to observe was linked with increased parenting alliance, a new finding. Past studies yielded inconsistent results regarding the observing facet, which has been associated with worse outcomes in childhood trauma survivors when paired with low nonjudgment (Baer et al., 2006; Hémond-Dussault et al., 2022). This reflects the need to consider the mindfulness facets together rather than in isolation to guide efficient intervention with survivors of childhood interpersonal trauma.

### **Limitations and Future Directions**

There are inherent limitations to this study. First, the directionality between variables was postulated based on temporal sequence (e.g., CCIT experienced before coparenting in adulthood), but longitudinal design is needed to infer directionality. Studies targeting other developmental periods than infancy (e.g., school-age children) would also provide information on the role of mindfulness in parenting alliance at different stages of parenting. The use of retrospective self-reports allows the possibility of biases in participants' recall of CCIT, although previous studies have shown that self-reported trauma data are reliable, especially when assessed through behaviorally specific questions, as is the case in the present study (Fricker et al., 2003; Godbout et al., 2017). Parenting alliance was assessed through self-report questionnaires and therefore reflects each parent's perception of their own parenting alliance, which may have been impacted by the fluctuating mood often experienced during early postpartum. Since this sample was only made up of heterosexual couples and was predominantly French Canadian, the generalizability of our findings is limited to these populations. Past studies have shown that individuals of different ethnicities (e.g., African American, Hispanic) may be exposed to more CCIT (Goldstein et al., 2021) and report specific coparenting dynamics (Pudasainee-Kapri & Razza, 2015). Future studies should then be conducted with more ethnically diverse populations, and with non heterosexual couples, to ensure that our results are representative of those parents.

In conclusion, the present study revealed that parents who endured CCIT are more at risk of perceiving a poorer parenting alliance, and this is partially due to a lower dispositional mindfulness, which is associated with both personal and partner's parenting alliance. This study represents a valuable addition to the emerging scientific literature on the association between

mindfulness and intimate relationships (Dussault et al., 2020; Karremans et al., 2017) and the relational functioning of childhood trauma survivors (Godbout, Bakhos, et al., 2020; Godbout, Morissette-Harvey, et al., 2020; Roche et al., 2019). Our results on mindfulness, especially describing and nonjudgment facets, as mechanisms between CCIT and parenting alliance have allowed to identify key targets that could eventually be implemented in mindfulness-based parenting programs (e.g., Mindful Parenting; Bögels et al., 2014) and coparenting focused interventions (e.g., Family Foundations; Feinberg et al., 2016), or even in more traditional check-ups targeting parental and infant well-being (e.g., well-child care visits). For example, interventions for CCIT survivors could focus on increasing self-compassion in those who tend to be harsh with themselves or with their infant and on helping them identify their key internal experiences to share with their coparent. Our results also provide much-needed information about parenting alliance in the aftermath of CCIT. Although couples enrolling in parenting programs or couple therapy often do so because of parenting stress or marital distress, their parenting alliance may contribute to these issues (Pinquart & Teubert, 2010). We therefore believe that parenting alliance warrants attention in the scientific literature as an indicator of parental functioning among childhood interpersonal trauma survivors. Furthermore, given its role in optimal child development (LeRoy et al., 2013), the results of this study add relevant knowledge regarding the potential intergenerational impacts of trauma. The role of dispositional mindfulness in this study invites us to further explore mindfulness and its parenting-related components (i.e., mindful parenting) in couples welcoming a new child, notably to help CCIT survivors and their coparents work better as a team.

## References

- Abidin, R. R., & Brunner, J. F. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(1), 31–40. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2401\\_4](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2401_4)
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Bögels, S. M., Hellemans, J., van Deursen, S., Römer, M., & van der Meulen, R. (2014). Mindful parenting in mental health care: effects on parental and child psychopathology, parental stress, parenting, coparenting, and marital functioning. *Mindfulness*, 5(5), 536–551. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0209-7>
- Bögels, S., & Restifo, K. (2014). *Mindful parenting*. Springer.
- Bolduc, R., Bigras, N., Daspe, M.-È., Hébert, M., & Godbout, N. (2018). Childhood cumulative trauma and depressive symptoms in adulthood: The role of mindfulness and dissociation. *Mindfulness*, 9(5), 1594–1603. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0906-3>
- Boughner, E., Thornley, E., Kharlas, D., & Frewen, P. (2016). Mindfulness-related traits partially mediate the association between lifetime and childhood trauma exposure and PTSD and dissociative symptoms in a community sample assessed online. *Mindfulness*, 7(3), 672–679. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0502-3>
- Briere, J., Godbout, N., & Dias, C. (2015). Cumulative trauma, hyperarousal, and suicidality in the general population: a path analysis. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(2), 153–169. <https://doi.org/10.1080/15299732.2014.970265>
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry: An international Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 18(4), 211–237. <http://dx.doi.org/10.1080/10478400701598298>
- Burke, L.K., McGill, J. & Adler-Baeder, F. (2020). Exploring the Links between Facets of Mindfulness and Parenting Efficacy and Stress. *J Child Fam Stud*, 29, 1679–1691, <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01692-2>
- Camisasca, E., Miragoli, S., Caravita, S., & Di Blasio, P. (2015). The parenting alliance measure: the first contribution to the validation of the measure in Italian mothers and fathers. TPM: Testing, Psychometrics, *Methodology in Applied Psychology*, 22(1), 71–95. <https://doi.org/10.4473/TPM22.1.6>
- Christie, H., Talmon, A., Schäfer, Haan, A., Vang, M., Haag, K., Gilbar, O., Alisic, E., & Brown, E. (2018). The transition to parenthood following a history of childhood maltreatment: a review of the literature on prospective and new parents' experiences. *European Journal of Psychotraumatology*. 8. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1492834>
- Cole, P. M., Woolger, C., Power, T. G., & Smith, K. D. (1992). Parenting difficulties among adult survivors of father-daughter incest. *Child Abuse & Neglect*, 16(2), 239–249. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(92\)90031-L](https://doi.org/10.1016/0145-2134(92)90031-L)
- Craig, L., Mullan, K., & Blaxland, M. (2010). Parenthood, policy and work-family time in Australia 1992—2006. *Work, Employment and Society*, 24(1), 27–45.

- Desrosiers, A., Vine, V., Curtiss, J., & Klemanski, D. H. (2014). Observing nonreactively: A conditional process model linking mindfulness facets, cognitive emotion regulation strategies, and depression and anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 165, 31–37. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.024>
- Dugal, C., Bélanger, C., Brassard, A., & Godbout, N. (2020). A Dyadic Analysis of the Associations Between Cumulative Childhood Trauma and Psychological Intimate Partner Violence: The Mediating Roles of Negative Urgency and Communication Patterns. *Journal of Marital and Family Therapy*, 46(2), 337-351. <https://doi.org/10.1111/jmft.12414>
- Dussault, É., Fernet, M., & Godbout, N. (2020). A metasynthesis of qualitative studies on mindfulness, sexuality, and relationality. *Mindfulness*, 11(12), 2682-2694. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01463-x>
- Elices, M., Pascual, J.C., & Carmona, C. (2015). Exploring the relation between childhood trauma, temperamental traits and mindfulness in borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 15, 180, <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0573-z>
- Feinberg, M. E., Jones, D. E., Hostetler, M. L., Roettger, M. E., Paul, I. M., & Ehrenthal, D. B. (2016). Couple-focused prevention at the transition to parenthood, a randomized trial: Effects on coparenting, parenting, family violence, and parent and child adjustment. *Prevention science*, 17(6), 751-764. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0674>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology*, 19(1), 149-166. <https://doi.org/10.1017/S0954579407070083>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 33(7), 403–411. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.09.012>
- Fricker, A. E., Smith, D. W., Davis, J. L., & Hanson, R. F. (2003). Effects of context and question type on endorsement of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 16(3), 265-268. <https://doi.org/10.1023/A:1023748124626>
- Godbout, N., Bakhos, G., Dussault, E., & Hébert, M. (2020a). Childhood interpersonal trauma and sexual satisfaction in patients seeking sex therapy: Examining mindfulness and psychological distress as mediators. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(1), 43-56, <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1626309>.
- Godbout, N., Bigras, N., & Sabourin, S. (2017). Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ). Unpublished manuscript, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada.
- Godbout, N., Morissette-Harvey, F., Cyr, G., & Bélanger, C. (2020b). Cumulative childhood trauma and couple satisfaction: Examining the mediating role of mindfulness. *Mindfulness*, 11(7), 1723-1733. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01390-x>
- Goldstein, E., Topitzes, J., Miller-Cribbs, J., & Brown, R. L. (2021). Influence of race/ethnicity and income on the link between adverse childhood experiences and child flourishing. *Pediatric Research*, 89(7), 1861-1869. <https://doi.org/10.1038/s41390-020-01188-6>

- Gu, J., Strauss, C., Crane, C., Barnhofer, T., Karl, A., Cavanagh, K., & Kuyken, W. (2016). Examining the factor structure of the 39-item and 15-item versions of the Five Facet Mindfulness Questionnaire before and after mindfulness-based cognitive therapy for people with recurrent depression. *Psychological Assessment*, 28, 791–802. <https://doi.org/10.1037/pas0000263>
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (2ème éd.). New York, NY : Guilford Press.
- Hémond-Dussault, V., Dussault, É., Hébert, M., & Godbout, N. (2022). Childhood interpersonal trauma and relationality among profiles of mindfulness facets. *Mindfulness*, 14, 348–359. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-02038-8>
- Im, S., Greenlaw, M., & Lee, J. (2020). Cumulative Trauma Exposure and Mindfulness in College Students. *Journal of College Counseling*, 23(1), 30–43. <https://doi.org/10.1002/jocc.12147>
- Jones, S. M., & Hansen, W. (2015). The impact of mindfulness on supportive communication skills: Three exploratory studies. *Mindfulness*, 6(5), 1115–1128. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0362-7>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kang, S. K., Choi, H. J., & Chung, M. R. (2020). Coparenting and parenting stress of middle-class mothers during the first year: Bidirectional and unidirectional effects. *Journal of Family Studies*, 1–18. <https://doi.org/10.1080/13229400.2020.1744472>
- Kappen, G., Karremans, J.C., & Burk, W.J. (2018). On the Association Between Mindfulness and Romantic Relationship Satisfaction: The Role of Partner Acceptance. *Mindfulness*, 9, 1543–1556. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0902-7>
- Karremans, J.C., Schellekens, M.P.J., & Kappen, G. (2015). Bridging the sciences of mindfulness and romantic relationships: A theoretical model and research agenda. *Personality and Social Psychology Review*, 21(1) 29–49. <https://doi.org/10.1177/1088868315615450>
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford Press.
- Konold, T., & Abidin, R. R. (2001). Parenting alliance: A multifactor perspective. *Assessment*, 8, 47–65. <https://doi.org/10.1177/107319110100800105>
- LeRoy, M., Mahoney, A., Pargament, K. I., & DeMaris, A. (2013). Longitudinal links between early coparenting and infant behaviour problems. *Early child development and care*, 183(3–4), 360–377. <https://doi.org/10.1080/03004430.2012.711588>
- Le, Y., McDaniel, B. T., Leavitt, C. E., & Feinberg, M. E. (2017). Longitudinal associations between relationship quality and coparenting across the transition to parenthood: A dyadic perspective. *Journal of Family Psychology*, 30(8), 918–926. <https://doi.org/10.1037/fam0000217>

- Ledermann, T., Macho, S., & Kenny, D. A. (2011). Assessing mediation in dyadic data using the actor-partner interdependence model. *Structural Equation Modeling*, 18(4), 595–612. <https://doi.org/10.1080/10705511.2011.607099>
- Lönnberg, G., Nissen, E., & Niemi, M. (2018). What is learned from mindfulness-based childbirth and parenting education? participants' experiences. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2098-1>
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Martin, N., Rosenhauer, A. M., & Greco, M. G. (2016). Maternal marital satisfaction during the first six months following international adoption. *Adoption & Fostering*, 40(4), 362-377. <https://doi.org/10.1177/0308575916669269>
- Morrill, M. I., Hines, D.A., Mahmood, S., & Córdova, J.V. (2010) Pathways between marriage and parenting for wives and husbands: the role of coparenting. *Fam Process*. 49(1), 59-73. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01308.x>
- Muthén, L. K., & Muthén, B. (2015). *Mplus. The comprehensive modelling program for applied researchers: user's guide*, 5.
- Ogle, C. M., Rubin, D. C., & Siegler, I. C. (2014). Cumulative exposure to traumatic events in older adults. *Aging & Mental Health*, 18(3), 316–325. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.832730>
- Parent, J., McKee, L. G., Anton, M., Gonzalez, M., Jones, D. J., & Forehand, R. (2016). Mindfulness in Parenting and Coparenting. *Mindfulness*, 7(2), 504–513. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0485-5>
- Peltz, J. S., Rogge, R. D., & Sturge-Apple, M. L. (2018). Transactions within the family: Coparenting mediates associations between parents' relationship satisfaction and the parent-child relationship. *Journal of Family Psychology*, 32(5), 553–564. <https://doi.org/10.1037/fam0000413>
- Petrosino, C., Choi, K. S., Choi, S., Back, S., & Park, S. M. (2021). The Effects of Emotional Literacy Programs on Inmates' Empathy, Mindfulness, and Self-Regulation: A Random-Effect Meta-Analysis. *The Prison Journal*, 101(3), 262-285. <https://doi.org/10.1177/00328855211010407>
- Pinquart, M., et Teubert, D. (2010). A meta-analytic study of couple interventions during the transition to parenthood. *Family Relations*, 59(3), 221-231. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2010.00597.x>
- Pudasainee-Kapri, S., & Razza, R. A. (2015). Associations Among Supportive Coparenting, Father Engagement and Attachment: The Role of Race/Ethnicity. *Journal of Child and Family Studies*, 24(12), 3793–3804. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0187-6>
- Roche, A., Kroska, E. B., Miller, M. L., Kroska, S. K., & O'Hara, M. W. (2018). Childhood trauma and problem behavior: Examining the mediating roles of experiential avoidance and mindfulness processes. *Journal of American College Health*, 67(1), 01–25. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1455689>
- Satorra, A. & Bentler, P. M. (2010). Ensuring positiveness of the scaled difference chi-square test statistic. *Psychometrika*, 75(2), 243–248. <https://doi.org/10.1007/s11336-009-9135-y>

- Sheedy, A., Gambrel, L., & Eubanks, C. (2019). Coparenting Negotiation During the Transition to Parenthood: A Qualitative Study of Couples' Experiences as New Parents. *The American Journal of Family Therapy*, 47(2), 1-20. <https://doi.org/10.1080/01926187.2019.1586593>
- Skreden, M., Skari, H., Malt, U. F., Pripp, A. H., Björk, M. D., Faugli, A., & Emblem, R. (2012). Parenting stress and emotional wellbeing in mothers and fathers of preschool children. *Scandinavian journal of public health*, 40(7), 596-604. <https://doi.org/10.1177/1403494812460347>
- Stevenson, J. C., Emerson, L. M., & Millings, A. (2017). The relationship between adult attachment orientation and mindfulness: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 8(6), 1438-1455. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0733-y>
- Williams, M. J., Dalgleish, T., Karl, A., & Kuyken, W. (2014). Examining the factor structures of the five facet mindfulness questionnaire and the self-compassion scale. *Psychological assessment*, 26(2), 407–418. <https://doi.org/10.1037/a0035566>

**Table 1.** Descriptive statistics and correlations between study variables.

| Variables          | 1       | 2      | 3       | 4      | 5       | 6     | 7      | 8      | 9       | 10     | 11     | 12     | 13     | 14   | 15    | 16   |
|--------------------|---------|--------|---------|--------|---------|-------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|------|-------|------|
| 1. Mothers' CCIT   | 1       | -      | -       | -      | -       | -     | -      | -      | -       | -      | -      | -      | -      | -    | -     | -    |
| 2. Mothers' FFMQ   | -.19*** | 1      | -       | -      | -       | -     | -      | -      | -       | -      | -      | -      | -      | -    | -     | -    |
| 3. Mothers' Desc.  | -.13**  | .74*** | 1       | -      | -       | -     | -      | -      | -       | -      | -      | -      | -      | -    | -     | -    |
| 4. Mothers' Obs.   | .05     | .48*** | .20***  | 1      | -       | -     | -      | -      | -       | -      | -      | -      | -      | -    | -     | -    |
| 5. Mothers' N-J    | -.25*** | .61*** | .39***  | .04    | 1       | -     | -      | -      | -       | -      | -      | -      | -      | -    | -     | -    |
| 6. Mothers' N-R    | -.01    | .64*** | .33***  | .26*** | .18***  | 1     | -      | -      | -       | -      | -      | -      | -      | -    | -     | -    |
| 7. Mothers' Act.   | -.25*** | .57*** | .35***  | -.05   | .41***  | .09*  | 1      | -      | -       | -      | -      | -      | -      | -    | -     | -    |
| 8. Mothers' PA     | -.21*** | .27*** | .19***  | .05    | .29***  | .15** | .14**  | 1      | -       | -      | -      | -      | -      | -    | -     | -    |
| 9. Fathers' CCIT   | .19***  | -.13** | -.14*** | .04    | -.17*** | -.01  | -.14** | -.15** | 1       | -      | -      | -      | -      | -    | -     | -    |
| 10. Fathers' FFMQ  | -.09    | .16**  | .05     | .16**  | .09     | .09   | .09    | .15**  | -.21*** | 1      | -      | -      | -      | -    | -     | -    |
| 11. Fathers' Desc. | -.13**  | .09    | -.02    | .11*   | .06     | .05   | .05    | .11*   | -.13**  | .70*** | 1      | -      | -      | -    | -     | -    |
| 12. Fathers' Obs.  | .05     | .14**  | .07     | .22*** | -.03    | .11*  | .03    | .01    | .06     | .54*** | .23*** | 1      | -      | -    | -     | -    |
| 13. Fathers' N-J   | -.15**  | .08    | .08     | -.07   | .17***  | -.03  | .12*   | .12*   | -.30*** | .53*** | .30*** | -.10*  | 1      | -    | -     | -    |
| 14. Fathers' N-R   | .05     | .07    | .01     | .09    | -.01    | .12*  | -.02   | .11*   | .02     | .54*** | .21*** | .25*** | -.02   | 1    | -     | -    |
| 15. Fathers' Act.  | -.11*   | .08    | .01     | .06    | .11*    | -.02  | .10*   | .08    | -.32*** | .54*** | .24*** | -.01   | .52*** | -.05 | 1     | -    |
| 16. Fathers' PA    | -.12*   | .21*** | .15**   | .02    | .28***  | .08   | .11*   | .35*** | -.26*** | .39*** | .34*** | .11*   | .35*** | -.06 | .12*  | 1    |
| <i>M</i>           | 2.76    | 54.15  | 10.84   | 8.92   | 12.48   | 10.16 | 11.76  | 88.2   | 2.5     | 52.36  | 9.84   | 8.1    | 12.6   | 9.75 | 12.09 | 89.8 |
| <i>SD</i>          | 1.89    | 8.29   | 2.72    | 2.95   | 2.55    | 2.93  | 2.56   | 11.1   | 1.88    | 7.8    | 2.8    | 3.04   | 2.36   | 3.05 | 2.48  | 8.91 |

*Note.* CCIT, Cumulative childhood interpersonal trauma. FFMQ, Dispositional mindfulness total scores. Desc., *Describing* scale. Obs., *Observing* scale, N-J, *Non-judgment* scale. N-R, *Non-reactivity* scale. Act., *Acting with awareness* scale. PA, Parenting alliance. SD, Standard deviation. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

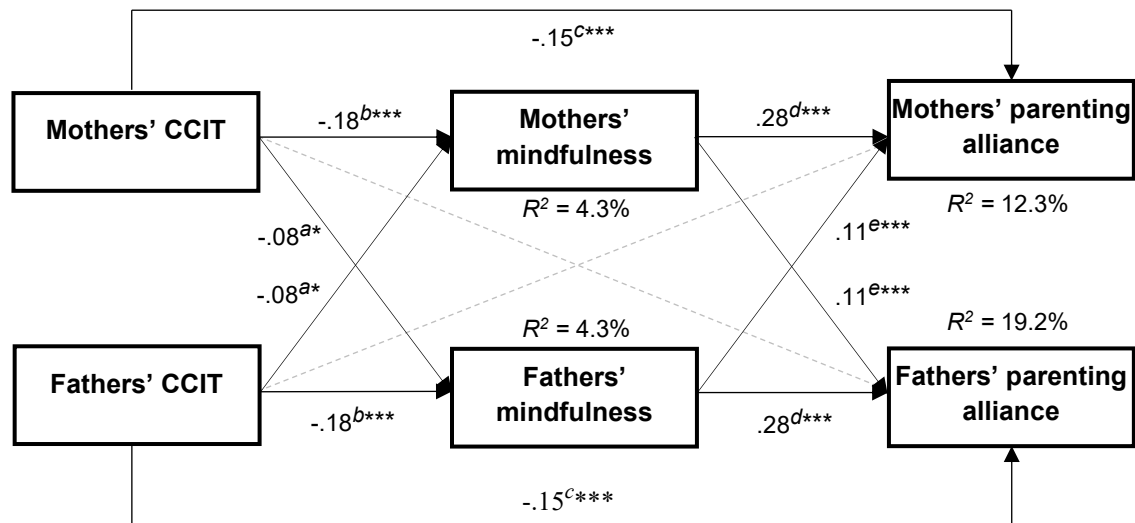
**Table 2** Significant indirect effects in APIMeM final constrained models, with standardized estimates, 95% confidence intervals and significance levels ( $n = 421$  couples)

| <b>APIMeM constrained model 1: dispositional mindfulness total scores</b>  |         |                |                |        |
|----------------------------------------------------------------------------|---------|----------------|----------------|--------|
|                                                                            | $\beta$ | CI lower limit | CI upper limit | $p$    |
| Maternal CCIT — Maternal FFMQ — Maternal PA                                | -.05    | -.070          | -.029          | < .001 |
| Paternal CCIT — Paternal FFMQ — Paternal PA                                | -.05    | -.070          | -.029          | < .001 |
| Maternal CCIT — Maternal FFMQ — Paternal PA                                | -.02    | -.030          | -.006          | .002   |
| Paternal CCIT — Paternal FFMQ — Maternal PA                                | -.02    | -.030          | -.006          | .002   |
| Maternal CCIT — Paternal FFMQ — Paternal PA                                | -.02    | -.040          | -.003          | .023   |
| Paternal CCIT — Maternal FFMQ — Maternal PA                                | -.02    | -.040          | -.003          | .023   |
| <b>APIMeM constrained model 2: dispositional mindfulness facets scores</b> |         |                |                |        |
|                                                                            | $\beta$ | CI lower limit | CI upper limit | $p$    |
| Maternal CCIT — Maternal Desc. — Maternal PA                               | -.018   | -.027          | -.008          | < .001 |
| Paternal CCIT — Paternal Desc. — Paternal PA                               | -.018   | -.027          | -.008          | < .001 |
| Maternal CCIT — Maternal N-J — Maternal PA                                 | -.040   | -.056          | -.024          | < .001 |
| Paternal CCIT — Paternal N-J — Paternal PA                                 | -.040   | -.056          | -.024          | < .001 |
| Maternal CCIT — Maternal N-J — Paternal PA                                 | -.040   | -.056          | -.024          | < .001 |
| Paternal CCIT — Paternal N-J — Maternal PA                                 | -.040   | -.056          | -.024          | < .001 |
| Maternal CCIT — Paternal Desc. — Paternal PA                               | -.018   | -.027          | -.008          | < .001 |
| Maternal CCIT — Paternal N-J — Paternal PA                                 | -.018   | -.030          | -.006          | .002   |
| Paternal CCIT — Maternal Desc. — Maternal PA                               | -.018   | -.027          | -.008          | < .001 |
| Paternal CCIT — Maternal N-J — Maternal PA                                 | -.018   | -.030          | -.006          | .002   |
| Maternal CCIT — Paternal N-J — Maternal PA                                 | -.018   | -.030          | -.006          | .002   |
| Paternal CCIT — Maternal N-J — Paternal PA                                 | -.018   | -.030          | -.006          | .002   |

*Note.* CCIT, Cumulative childhood interpersonal trauma. PA, Parenting alliance. FFMQ, Disposition mindfulness total score. Obs., *Observing* scale. Desc., *Describing* scale. N-J, Non-judgment scale.

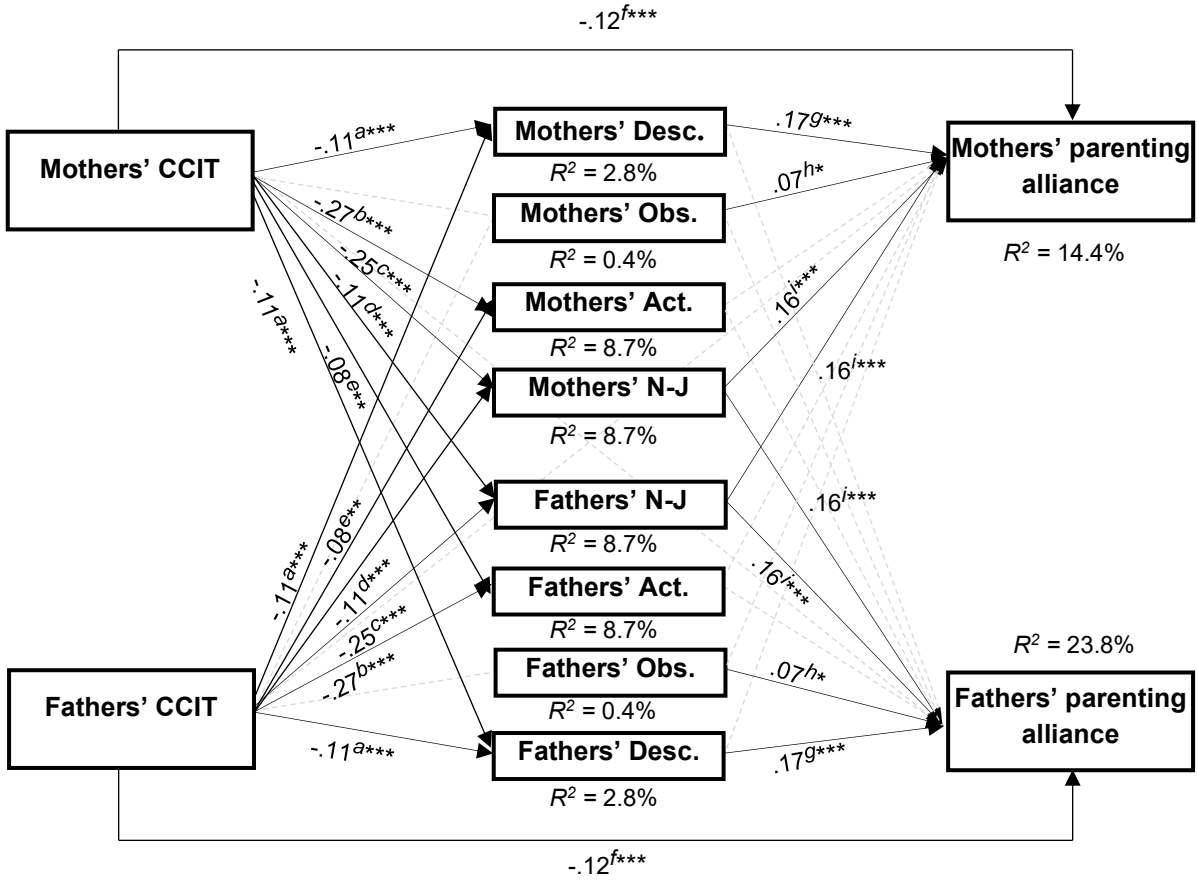
Act., *Acting with awareness* scale.

**Figure 1.** Constrained APIMeM model of the role of dispositional mindfulness in the association between CCIT and parenting alliance ( $n = 421$  couples)



*Note.* CCIT, Cumulative childhood interpersonal trauma. Significant links are in bold. Pooled standardized estimates are reported for links that were found to be statistically equivalent. Identical subscripts ( $a, b, c, d, e$ ) represent links that have been constrained to be equal.  $*p < .05$ ,  $**p < .01$ ,  $***p < .001$

**Figure 2.** Constrained APIMeM model of the roles of dispositional mindfulness facets in the association between CCIT and parenting alliance ( $n = 421$  couples)



*Note.* CCIT, Cumulative childhood interpersonal trauma. Obs., *Observing* scale. Desc., *Describing* scale. N-J, *Non-judgment* scale. Act., *Acting with awareness* scale. Significant links are in bold. Pooled standardized estimates are reported for links that were found to be statistically equivalent. Identical subscripts (a, b, c, d, e, f, g, h, i) represent links that have been constrained to be equal.  $*p < .05$ ,  $**p < .01$ ,  $***p < .001$

**Table 3.** Results of rescaled – 2 log likelihood difference testing between mothers and fathers:

Cumulative childhood interpersonal trauma in association with parenting alliance, through dispositional mindfulness total score ( $n = 421$  couples)

| <b>Invariance testing between mothers and fathers</b>                  |                  |               |           |                                  |                       |                                 |              |              |
|------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|-----------|----------------------------------|-----------------------|---------------------------------|--------------|--------------|
| <b>Models</b>                                                          | <b>LL</b>        | <b>SC</b>     | <b>P</b>  | <b><math>\Delta\chi^2</math></b> | <b><math>p</math></b> | <b>RMSEA<br/>(90% CI)</b>       | <b>CFI</b>   | <b>TLI</b>   |
| Baseline                                                               | -3445.695        | 1.106         | 27        | -                                | -                     | 0.000<br>(0.000, 0.000)         | 1.000        | 1.000        |
| 1.1 – CCIT ON PA (within parent)                                       | -3445.695        | 1.1146        | 26        | 0,104                            | 0.748                 | 0.000<br>(0.000, 0.090)         | 1.000        | 1.000        |
| 1.2 – CCIT ON PA (between parents)                                     | -3445.945        | 1.1051        | 26        | 0,448                            | 0.503                 | 0.000<br>(0.000, 0.112)         | 1.000        | 1.000        |
| 1.3 – FFMQ ON PA (within parent)                                       | -3446.194        | 1.1109        | 26        | 1,034                            | 0.309                 | 0.009<br>(0.000, 0.130)         | 1.000        | 0.997        |
| 1.4 – FFMQ ON PA (between parents)                                     | -3445.696        | 1.1154        | 26        | 0,002                            | 0.960                 | 0.000<br>(0.000, 0.000)         | 1.000        | 1.000        |
| 1.5 – CCIT ON FFMQ (within parent)                                     | -3445.720        | 1.1134        | 26        | 0,0556                           | 0.814                 | 0.000<br>(0.000, 0.080)         | 1.000        | 1.000        |
| 1.6 – CCIT ON FFMQ (between parents)                                   | -3445.919        | 1.1104        | 26        | 0,458                            | 0.499                 | 0.000<br>(0.000, 0.113)         | 1.000        | 1.000        |
| 1.7 – CCIT variances                                                   | -3445.698        | 1.1156        | 26        | 0,007                            | 0.932                 | 0.000<br>(0.000, 0.043)         | 1.000        | 1.000        |
| 1.8 – FFMQ variances                                                   | -3446.577        | 1.1111        | 26        | 1,838                            | 0.175                 | 0.045<br>(0.000, 0.146)         | 0.996        | 0.940        |
| <b>1.9 – PA variances</b>                                              | <b>-3461.298</b> | <b>1.0811</b> | <b>26</b> | <b>17,936</b>                    | <b>&lt; 0.0001</b>    | <b>0.201<br/>(0.126, 0.287)</b> | <b>0.914</b> | <b>0.000</b> |
| 1.10 – All paths and variances (excluding 1.9) constrained to be equal | -3447.711        | 1.1790        | 19        | 4,331                            | 0.826                 | 0.000<br>(0.000, 0.034)         | 1.000        | 1.000        |
| <b>Invariance testing between actor and partner effects</b>            |                  |               |           |                                  |                       |                                 |              |              |
| <b>1.11 – CCIT ON PA</b>                                               | <b>-3450.849</b> | <b>1.1806</b> | <b>18</b> | <b>5,456</b>                     | <b>0.02</b>           | <b>0.022<br/>(0.000, 0.061)</b> | <b>0.991</b> | <b>0.986</b> |
| <b>1.12 – FFMQ ON PA</b>                                               | <b>-3456.643</b> | <b>1.1975</b> | <b>18</b> | <b>21,116</b>                    | <b>&lt; 0.0001</b>    | <b>0.062<br/>(0.032, 0.094)</b> | <b>0.925</b> | <b>0.884</b> |
| <b>1.13 – CCIT ON FFMQ</b>                                             | <b>-3449.777</b> | <b>1.1897</b> | <b>18</b> | <b>4,189</b>                     | <b>0.04</b>           | <b>0.000<br/>(0.000, 0.054)</b> | <b>1.000</b> | <b>1.000</b> |
| 1.14 – Final model (excluding 1.9, 1.11, 1.12, 1.13)                   | -3447.711        | 1.1790        | 19        | 4,331                            | 0.826                 | 0.000<br>(0.000, 0.034)         | 1.000        | 1.000        |

*Note.* “Baseline” = Saturated-baseline model, estimates are free to vary between mothers and fathers; From 1.1 to 1.10, all constrained models were compared to the saturated-baseline model as reference model; From 1.11 to 1.14, all constrained models were compared to model 1.10 (i.e. model with adequate constraints according to identified differences between mothers and fathers); “LL” = Loglikelihood; “SC” = Scaling Correcting Factor; “P” = Number of estimated parameters; “ $\Delta\chi^2$ ,  $p$ ” = Difference in chi-square value between models and  $p$  significance; “ $\Delta df$ ” = Difference in degrees of freedom between nested models; “RMSEA” = Root Mean Square Error of Approximation; “CFI” = Comparative Fit Index. CCIT, Cumulative childhood interpersonal trauma. PA, Parenting alliance. FFMQ, Disposition mindfulness total score. In bold are non-invariant paths between mothers and fathers/actor and partner effects, with significant  $p < .05$  and/or poor fit indices. The final model selected for interpretation is model 1.14.

**Table 4.** Results of rescaled – 2 log likelihood difference testing between mothers and fathers: Cumulative childhood interpersonal trauma in association with parenting alliance, through dispositional mindfulness facets ( $n = 421$  couples)

| <b>Invariance testing between mothers and fathers</b>                                                                 |                  |               |           |                                  |                       |                                 |              |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|-----------|----------------------------------|-----------------------|---------------------------------|--------------|--------------|
| <b>Models</b>                                                                                                         | <b>LL</b>        | <b>SC</b>     | <b>P</b>  | <b><math>\Delta\chi^2</math></b> | <b><math>p</math></b> | <b>RMSEA<br/>(90% CI)</b>       | <b>CFI</b>   | <b>TLI</b>   |
| Baseline                                                                                                              | -6723.051        | 1.059         | 90        | -                                | -                     | 0.000<br>(0.000, 0.000)         | 1.000        | 1.000        |
| 2.1 – CCIT ON PA (within parent)                                                                                      | -6723.357        | 1.060         | 89        | 0.668                            | 0.413                 | 0.000<br>(0.000, 0.12)          | 1.000        | 1.000        |
| 2.2 – CCIT ON PA (between parents)                                                                                    | -6723.763        | 1.057         | 89        | 1.16                             | 0.281                 | 0.020<br>(0.000, 0.133)         | 1.000        | 0.984        |
| 2.3 – Obs. ON PA, Desc. ON PA, N-J ON PA, Act. ON PA (within parent)                                                  | -6726.963        | 1.0597        | 86        | 7.576                            | 0.108                 | 0.046<br>(0.000, 0.096)         | 0.995        | 0.914        |
| 2.4 – Obs. ON PA, Desc. ON PA, N-J ON PA, Act. ON PA (between parent)                                                 | -6725.041        | 1.0620        | 86        | 4.048                            | 0.40                  | 0.006<br>(0.000, 0.074)         | 1.000        | 0.999        |
| 2.5 – CCIT ON Obs., CCIT ON Desc., CCIT ON N-J, CCIT ON Act. (within parent)                                          | -6723.509        | 1.0621        | 86        | 0.934                            | 0.919                 | 0.000<br>(0.000, 0.026)         | 1.000        | 1.000        |
| 2.6 – CCIT ON Obs., CCIT ON Desc., CCIT ON N-J, CCIT ON Act. (between parent)                                         | -6723.403        | 1.0577        | 86        | 0.654                            | 0.957                 | 0.000<br>(0.000, 0.000)         | 1.000        | 1.000        |
| 2.7 – All paths (2.1-2.6) constrained to be equal                                                                     | -6730.719        | 1.0694        | 70        | 15.03                            | 0.775                 | 0.000<br>(0.000, 0.029)         | 1.000        | 1.000        |
| 2.8 – Obs. WITH Desc., Obs. WITH N-J, Obs WITH Act., Desc. WITH N-J, Desc. WITH Act., N-J WITH Act. (within parent)   | -6728.592        | 1.0603        | 84        | 10.725                           | 0.097                 | 0.043<br>(0.000, 0.084)         | 0.993        | 0.924        |
| 2.9 – Obs. WITH Desc., Obs. WITH N-J, Obs. WITH Act., Desc. WITH N-J, Desc. WITH Act., N-J WITH Act. (between parent) | -6724.304        | 1.0600        | 84        | 2.415                            | 0.878                 | 0.000<br>(0.000, 0.031)         | 1.000        | 1.000        |
| 2.10 – All paths and covariances constrained                                                                          | -6737.773        | 1.0770        | 58        | 28.727                           | 0.633                 | 0.000<br>(0.000, 0.031)         | 1.000        | 1.000        |
| 2.11 – CCIT variances                                                                                                 | -6723.054        | 1.0609        | 89        | 0.007                            | 0.932                 | 0.000<br>(0.000, 0.043)         | 1.000        | 1.000        |
| 2.12 – Obs., Desc., N-J, Act. variances                                                                               | -6725.266        | 1.0674        | 86        | 5.109                            | 0.276                 | 0.026<br>(0.000, 0.082)         | 0.998        | 0.973        |
| <b>2.13 – PA variances</b>                                                                                            | <b>-6743.490</b> | <b>1.0505</b> | <b>89</b> | <b>23.088</b>                    | <b>&lt; 0.0001</b>    | <b>0.229<br/>(0.154, 0.314)</b> | <b>0.967</b> | <b>0.000</b> |
| 2.14 – All paths, covariances and variances (excluding 2.13) constrained                                              | -6743.454        | 1.0908        | 55        | 40.492                           | 0.24                  | 0.017<br>(0.000, 0.040)         | 0.993        | 0.988        |
| <b>Invariance testing between actor and partner effects</b>                                                           |                  |               |           |                                  |                       |                                 |              |              |
| <b>2.15 – CCIT ON PA</b>                                                                                              | <b>-6747.165</b> | <b>1.0881</b> | <b>54</b> | <b>1.1358</b>                    | <b>0.02</b>           | <b>0.024<br/>(0.000, 0.044)</b> | <b>0.986</b> | <b>0.976</b> |
| <b>2.16 – Obs. ON PA</b>                                                                                              | <b>-6745.747</b> | <b>1.0958</b> | <b>54</b> | <b>4.515</b>                     | <b>0.033</b>          | <b>0.021<br/>(0.000, 0.042)</b> | <b>0.990</b> | <b>0.982</b> |
| <b>2.17 – Desc. ON PA</b>                                                                                             | <b>-6748.444</b> | <b>1.0909</b> | <b>54</b> | <b>8.80</b>                      | <b>0.003</b>          | <b>0.027</b>                    | <b>0.982</b> | <b>0.969</b> |

|                                                                            |                  |               |           |               |                              |                                           |              |              |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|-----------|---------------|------------------------------|-------------------------------------------|--------------|--------------|
| 2.18 – N-J ON PA                                                           | -6744.076        | 1.0896        | 54        | 1.076         | 0.30                         | (0.000, 0.046)<br>0.019<br>(0.000, 0.041) | 0.992        | 0.985        |
| <b>2.19 – Act. ON PA</b>                                                   | <b>-6745.608</b> | <b>1.0928</b> | <b>54</b> | <b>4.383</b>  | <b>0.036</b>                 | <b>0.024</b><br><b>(0.000, 0.044)</b>     | <b>0.987</b> | <b>0.977</b> |
| 2.20 – CCIT ON Obs.                                                        | -6743.509        | 1.0929        | 54        | 0.113         | 0.740                        | 0.017<br>(0.000, 0.040)                   | 0.993        | 0.988        |
| 2.21 – CCIT ON Desc.                                                       | -6743.466        | 1.0903        | 54        | 0.021         | 0.883                        | 0.017<br>(0.000, 0.040)                   | 0.994        | 0.988        |
| <b>2.22 – CCIT ON N-J</b>                                                  | <b>-6747.241</b> | <b>1.0916</b> | <b>54</b> | <b>7.230</b>  | <b>0.007</b>                 | <b>0.028</b><br><b>(0.000, 0.047)</b>     | <b>0.982</b> | <b>0.968</b> |
| <b>2.23 – CCIT ON Act.</b>                                                 | <b>-6751.089</b> | <b>1.0948</b> | <b>54</b> | <b>17.455</b> | <b>&lt;</b><br><b>0.0001</b> | <b>0.036</b><br><b>(0.015, 0.054)</b>     | <b>0.971</b> | <b>0.947</b> |
| 2.24 – Final model (excluding 2.13,<br>2.15, 2.16, 2.17, 2.19, 2.22, 2.23) | -6744.136        | 1.0911        | 52        | 1.256         | 0.74                         | 0.015<br>(0.000, 0.038)                   | 0.995        | 0.991        |

*Note.* “Baseline” = Saturated-baseline model, estimates are free to vary between mothers and fathers; From 2.1 to 2.14, all constrained models were compared to the saturated-baseline model as reference model; From 2.15 to 2.21, all constrained models were compared to model 2.14 (i.e. model with adequate constraints according to identified differences between mothers and fathers); “LL” = Loglikelihood; “SC” = Scaling Correcting Factor; “P” = Number of estimated parameters; “ $\Delta\chi^2, p$ ” = Difference in chi-square value between models and  $p$  significance; “ $\Delta df$ ” = Difference in degrees of freedom between nested models; “RMSEA” = Root Mean Square Error of Approximation; “CFI” = Comparative Fit Index. CCIT, Cumulative childhood interpersonal trauma. PA, Parenting alliance. Obs., *Observing* scale. Desc., *Describing* scale. N-J, *Non-judgment* scale. Act., *Acting with awareness* scale. In bold are non-invariant paths between mothers and fathers/actor and partner effects, with significant  $p < .05$  and/or poor fit indices. The final model selected for interpretation is model 2.24.

## RÉFÉRENCES DE LA THÈSE

- Abidin, R. R. (1990). Introduction to the Special issue: The Stresses of Parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 298–301. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904\\_1](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904_1)
- Abidin, R. R., & Konold, T. (1999). *Parenting Alliance Measure – Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Abravanel, B. T., & Sinha, R. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between lifetime cumulative adversity and depressive symptomatology. *Journal of psychiatric research*, 61, 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.11.012>
- Afifi, T. O., McCarthy, J. A., Osorio, A., MacGowan, L., Taillieu, T. L., Stewart-Tufescu, A., ... & Edwards, J. (2025). Child abuse prevalence estimates in Canada; comparisons of nationally representative data from 2012 to 2022: a population-based study. *The Lancet Regional Health–Americas*, 45. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101072>
- Allen, B. (2008). *The relationship of physical discipline and psychological Maltreatment in childhood to the use of dysfunctional tension-reducing behaviors in adulthood: The mediating role of self-capacities*. Theses and Dissertations (All), 83.
- Allen, B. (2011). Childhood psychological abuse and adult aggression: The mediating role of self-capacities. *Journal of interpersonal violence*, 26(10), 2093–2110. <https://doi.org/10.1177/0886260510383035>
- Alves, S., Martins, A., Fonseca, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2018). Preventing and treating women’s postpartum depression: a qualitative systematic review on partner-inclusive interventions. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 1–25. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0889-z>
- Amaya-Jackson, L., Absher, L.E., Gerrity, E.T., Layne, C.M., Halladay Goldman, J. (2021). *Beyond the ACE Score: Perspectives from the NCTSN on Child Trauma and Adversity Screening and Impact*. Los Angeles, CA & Durham, NC: National Center for Child Traumatic Stress
- Ammerman, R. T., Shenk, C. E., Teeters, A. R., Noll, J. G., Putnam, F. W., & Van Ginkel, J. B. (2013). Multiple mediation of trauma and parenting stress in mothers in home visiting. *Infant Mental Health Journal*, 34(3), 234–241. <https://doi.org/10.1002/imhj>
- Antoniou, E., Stamoulou, P., Tzanoulinou, M. D., & Orovou, E. (2021). Perinatal Mental Health; The Role and the Effect of the Partner: A Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(11), 1572. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111572>
- Arnocky, S., & Vaillancourt, T. (2014). Sex differences in response to victimization by an intimate partner: More stigmatization and less help-seeking among males. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(7), 705–724. <https://doi.org/10.1080/10926771.2014.933465>
- Bai, L., & Han, Z. R. (2016). Emotion Dysregulation Mediates Relations Between Chinese Parents’ Histories of Childhood Emotional Abuse and Parenting Stress: Dyadic Data Analysis. *Parenting*, 16(3), 187–205. <https://doi.org/10.1080/15295192.2016.1158602>

- Bailey, H. N., DeOliveira, C. A., Wolfe, V. V., Evans, E. M., & Hartwick, C. (2012). The impact of childhood maltreatment history on parenting: A comparison of maltreatment types and assessment methods. *Child Abuse and Neglect*, 36(3), 236–246. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.11.005>
- Bakhos, G., Rassart, C. A., Bélanger, C., Paradis, A., Hébert, M., & Godbout, N. (2023). Validation d’une version canadienne-française de l’Échelle de Stress parental auprès de Parents québécois. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 55(2), 161. <https://doi.org/10.1037/cbs0000356>
- Bakhos, G., Villeneuve, É., Bélanger, C., Paradis, A., Brassard, A., Bergeron, S., & Godbout, N. (2024). Cumulative childhood interpersonal trauma and parental stress: The role of partner support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 41(9), 2500–2521. <https://doi.org/10.1177/02654075241246794>
- Banford Witting, A., & Busby, D. (2019). The long arm of trauma during childhood: Associations with resources in couple relationships. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45(3), 534–549. <https://doi.org/10.1111/jmft.12354>
- Barros, L., Goes, A. R., & Pereira, A. I. (2015). Parental self-regulation, emotional regulation and temperament: Implications for intervention. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(2), 295–306. <https://doi.org/10.1590/0103-166x2015000200013>
- Barroso, N. E., Mendez, L., Graziano, P. A., & Bagner, D. M. (2018). Parenting stress through the lens of different clinical groups: A systematic review & meta-analysis. *Journal of abnormal child psychology*, 46, 449–461. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0313-6>
- Bastait, K., & Mortelmans, D. (2017). Parenting and family structure after divorce: Are they related?. *Journal of Divorce & Remarriage*, 58(7), 542–558. <https://doi.org/10.1080/10502556.2017.1345200>
- Begle, A. M., Lopez, C., Cappa, K., Dumas, J. E., & de Arellano, M. A. (2012). Ethnicity differences in child and parental outcomes following involvement the PACE program. *Behaviour research and therapy*, 50(1), 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.09.009>
- Berman, H., Mason, R., Hall, J., Rodger, S., Classen, C. C., Evans, M. K., ... & Al-Zoubi, F. (2014). Laboring to mother in the context of past trauma: the transition to motherhood. *Qualitative Health Research*, 24(9), 1253–1264. <https://doi.org/10.1177/1049732314521902>
- Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The parental stress scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*. <https://doi.org/10.1177/0265407595123009>
- Berthelot, N., Lemieux, R., & Lacharité, C. (2018). Development of a prenatal program for adults with personal histories of childhood abuse or neglect: a Delphi consensus consultation study. *Health Promotion & Chronic Disease Prevention in Canada*, 38(11). <https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.11.01>
- Bigras, N., & Godbout, N. (2020). Validation francophone de l’Inventaire des capacités du soi altérées au sein d’adultes de la communauté et d’un échantillon clinique. *Canadian Journal of Behavioral Sciences/Revue Canadienne des sciences du comportement*. 52(4), 285–298. <https://doi.org/10.1037/cbs0000177>

- Bigras, N., Daspe, M.-È., Godbout, N., Briere, J., & Sabourin, S. (2016). Cumulative Childhood Trauma and Adult Sexual Satisfaction: Mediation by Affect Dysregulation and Sexual Anxiety in Men and Women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(4), 377–396. <https://doi.org/10.1080/0092623x.2016.1176609>
- Bigras, N., Godbout, N., & Briere, J. (2015a). Child sexual abuse, sexual anxiety, and sexual satisfaction: The role of self-capacities. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24(5), 464–483. <https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1042184>
- Bigras, N., Godbout, N., Hébert, M., & Sabourin, S. (2017). Cumulative adverse childhood experiences and sexual satisfaction in sex therapy patients: What role for symptom complexity? *Journal of Sexual Medicine*, 14(3), 444–454. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.013>
- Bigras, N., Godbout, N., Hébert, M., Runtz, M., & Daspe, M.-È. (2015b). Identity and relatedness as mediators between child emotional abuse and adult couple adjustment in women. *Child Abuse & Neglect*, 50, 85–93. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.009>
- Bjereld, Y., Augustine, L., & Thornberg, R. (2020). Measuring the prevalence of peer bullying victimization: Review of studies from Sweden during 1993–2017. *Children and youth services review*, 119, <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105528>
- Bögels, S., & Restifo, K. (2014). *Mindful parenting*. Springer.
- Bolger, N., DeLongis, A., Kessler, R., & Wethington, E. (1989). The Contagion of Stress across Multiple Roles. *Journal of Marriage and Family*, 51(1), 175–183. <https://doi.org/10.2307/352378>
- Borneskog, C., Lampic, C., Sydsjö, G., Bladh, M., & Skoog Svanberg, A. (2014). How do lesbian couples compare with heterosexual in vitro fertilization and spontaneously pregnant couples when it comes to parenting stress?. *Acta Paediatrica*, 103(5), 537–545. <https://doi.org/10.1111/apa.12568>
- Bowlby, J. (1984). Violence in the family as a disorder of the attachment and caregiving systems. *American journal of psychoanalysis*, 44(1), 9. 9–27. <https://doi.org/10.1007/BF01255416>
- Brand, S. R., Brennan, P. A., Newport, D. J., Smith, A. K., Weiss, T., & Stowe, Z. N. (2010). The impact of maternal childhood abuse on maternal and infant HPA axis function in the postpartum period. *Psychoneuroendocrinology*, 35(5), 686–693. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.10.009>
- Briere, J. (1996). A self-trauma model for treating adult survivors of severe child abuse. In J. Briere, L. Berliner, J. A. Bulkley, C. Jenny, & T. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. In J.E.B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, T. Reid & C. Jenny (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (2nd ed.). Newbury Park, CA: SAGE Publications.

- Briere, J., & Jordan, C. E. (2009). Childhood Maltreatment, Intervening Variables, and Adult Psychological Difficulties in Women. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(4), 375–388. <https://doi.org/10.1177/1524838009339757>
- Briere, J., & Rickards, S. (2007). Self-awareness, affect regulation, and relatedness: Differential sequels of childhood versus adult victimization experiences. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(6), 497–503. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31803044e2>.
- Briere, J., & Runtz, M. (2002). The Inventory of Altered Self-Capacities (IASC). *Assessment*, 9(3), 230–239. <https://doi.org/10.1177/1073191102009003002>
- Briere, J., Agee, E., & Dietrich, A. (2016). Cumulative trauma and current posttraumatic stress disorder statut in general population and inmate samples. *Psychological Trauma: Theory, Research and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0000107>.
- Briere, J., Hodges, M., & Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: a structural equation model. *J Trauma Stress*, 23(6), 767–774. <https://doi.org/10.1002/jts.20578>
- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 223–226. <https://doi.org/10.1002/jts.20317>
- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child abuse & neglect*, 27(10), 1205–1222. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.09.008>
- Broekhof, R., Nordahl, H. M., Bjørnely, S., & Selvik, S. G. (2022). Prevalence of adverse childhood experiences and their co-occurrence in a large population of adolescents: A Young HUNT 3 study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 57(12), 2359–2366. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02277-z>
- Bryce, I., Beccaria, G., McIlveen, P., & Du Preez, J. (2023). When quantity takes on a quality of its own: A retrospective exploration of the lived experience of cumulative harm. *Child abuse review*, 32(4), <https://doi.org/10.1002/car.2800>
- Burke, J., Fitzhenry, M., Houghton, S., & Fortune, D. G. (2020). Breaking the cycle of intergenerational trauma: Evaluating the impact of parental adverse childhood experiences on parenting group outcomes using a mixed-methods approach. *Children and Youth Services Review*, 130, <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.106223>
- Camisasca, E., Miragoli, S., & Di Blasio, P. (2015). Is the Relationship Between Marital Adjustment and Parenting Stress Mediated or Moderated by Parenting Alliance? *Europe's Journal of Psychology*, 10(2), 235–254. <https://doi.org/10.5964/ejop.v10i2.724>
- Camisasca, E., Miragoli, S., Di Blasio, P., & Feinberg, M. (2022). Pathways among negative co-parenting, parenting stress, authoritarian parenting style, and child adjustment: The emotional dysregulation driven model. *Journal of Child and Family Studies*, 31(11), 3085–3096. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02408-9>
- Carapito, E., Ribeiro, M. T., Pereira, A. I., & Roberto, M. S. (2020). Parenting stress and preschoolers' socio-emotional adjustment: The mediating role of parenting styles in

- parent–child dyads. *Journal of Family Studies*, 26(4), 594–610.  
<https://doi.org/10.1080/13229400.2018.1442737>
- Carr, A., Duff, H., & Craddock, F. (2020). A systematic review of reviews of the outcome of noninstitutional child maltreatment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(4), 828–843.  
<https://doi.org/10.1177/1524838018801334>
- Cavanaugh, C. E., Harper, B., Classen, C. C., Palesh, O., Koopman, C., & Spiegel, D. (2015). Experiences of mothers who are child sexual abuse survivors: A qualitative exploration. *Journal of child sexual abuse*, 24(5), 506–525.  
<https://doi.org/10.1080/10538712.2015.1042186>
- Chamberlain, C., Gee, G., Harfield, S., Campbell, S., Brennan, S., Clark, Y., Mensah, F., Arabena, K., Herrman, H., Brown, S., & ‘Healing the Past by Nurturing the Future’ group (2019). Parenting after a history of childhood maltreatment: A scoping review and map of evidence in the perinatal period. *PloS one*, 14(3),  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213460>
- Chan, K. L., Chen, Q., & Chen, M. (2021). Prevalence and correlates of the co-occurrence of family violence: A meta-analysis on family polyvictimization. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(2), 289–305. <https://doi.org/10.1177/1524838019841601>
- Chawla, N. et Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871–890.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.20400>
- Cho, B., Woods-Jaeger, B., & Borelli, J. L. (2021). Parenting stress moderates the relation between parental trauma exposure and child anxiety symptoms. *Child Psychiatry & Human Development*, 52(6), 1050–1059. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01087-1>
- Choi, J. K., & Becher, E. H. (2019). Supportive coparenting, parenting stress, harsh parenting, and child behavior problems in nonmarital families. *Family process*, 58(2), 404–417.  
<https://doi.org/10.1111/famp.12373>
- Choi, K. W., Sikkema, K. J., Vythilingum, B., Geerts, L., Faure, S. C., Watt, M. H., ... & Stein, D. J. (2017). Maternal childhood trauma, postpartum depression, and infant outcomes: Avoidant affective processing as a potential mechanism. *Journal of affective disorders*, 211, 107–115. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.004>
- Chen, M., Wang, G., Sun, X., Meng, M., Jiang, Y., Sun, W., ... & Jiang, F. (2023). The effects of maternal prenatal depression on child mental health: the moderating role of maternal childhood trauma. *Journal of Affective Disorders*, 324, 403–409.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.109>
- Christie, H., Talmon, A., Schäfer, S. K., De Haan, A., Vang, M. L., Haag, K., ... & Brown, E. (2018). The transition to parenthood following a history of childhood maltreatment: A review of the literature on prospective and new parents’ experiences. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup7), <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1492834>
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children’s development. *Psychiatry*, 56(1), 96–118.  
<https://doi.org/10.1080/00332747.1993.11024624>

- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2009). Adaptive coping under conditions of extreme stress: Multilevel influences on the determinants of resilience in maltreated children. *New directions for child and adolescent development*, 124, 47–59. <https://doi.org/10.1002/cd.242>
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 409–438. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029>
- Clabburn, O. (2023). A Qualitative Exploration on the Impact of Cancer to Adult Relationships: Applying the Vulnerability Stress Adaptation Model within Couples Therapy. *Journal of Couple & relationship therapy*, 22(1), 86–104. <https://doi.org/10.1080/15332691.2022.2051659>
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, 36(2), 119–124. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(05\)80060-7](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(05)80060-7)
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J Trauma Stress*, 22(5), 399–408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Cole, P. M., Woolger, C., Power, T. G., & Smith, K. D. (1992). Parenting difficulties among adult survivors of father-daughter incest. *Child Abuse & Neglect*, 16(2), 239–249. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(92\)90031-1](https://doi.org/10.1016/0145-2134(92)90031-1)
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., & Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390–398. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>
- Copeland, W. E., Wolke, D., Angold, A., & Costello, E. J. (2013). Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA psychiatry*, 70(4), 419–426. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.504>
- Côté, S., St-André, M., Béland, J., Montreuil, T. C., Herba, C. M., Samson, V., & Clément, M. (2025). *Toi, moi, bébé*. toimoibebe.ca. <https://toimoibebe.ca/>
- Craig, L., & Mullan, K. (2011). How mothers and fathers share childcare: A cross-national time-use comparison. *American Sociological Review*, 76(6), 834–861. <https://doi.org/10.1177/0003122411427673>
- da Silva, H. C., Vilete, L., Coutinho, E. S. F., Luz, M. P., Mendlowicz, M., Portela, C. M., ... & Berger, W. (2024). The role of childhood cumulative trauma in the risk of lifetime PTSD: an epidemiological study. *Psychiatry research*, 336, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115887>
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American journal of orthopsychiatry*, 82(2), 187. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x>
- Deater-Deckard, K. (2008). *Parenting stress*, Yale University Press.

- Dehlendorf, C., Rodriguez, M. I., Levy, K., Borrero, S., & Steinauer, J. (2010). Disparities in family planning. *American journal of obstetrics and gynecology*, 202(3), 214–220. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.08.022>
- Desbiens, F., Brassard, A., Godbout, N., Savard, C., Daspe, M. È., Lafontaine, M. F., & Dugal, C. (2025). Therapeutic Alliance with Perpetrators of Intimate Partner Violence: The Roles of Childhood Interpersonal Trauma and Attachment Insecurity. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 34(4), 467–487. <https://doi.org/10.1080/10926771.2025.2474606>
- Devi, F., Shahwan, S., Teh, W. L., Sambasivam, R., Zhang, Y. J., Lau, Y. W., ... & Subramaniam, M. (2019). The prevalence of childhood trauma in psychiatric outpatients. *Annals of General Psychiatry*, 18, 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12991-019-0239-1>
- Dharma, C., Lefebvre, D. L., Lu, Z., Lou, W. Y. W., Becker, A. B., Mandhane, P. J., Turvey, S. E., Moraes, T. J., Azad, M. B., Chen, E., Elliott, S. J., Kozyrskyj, A. L., Sears, M. R., & Subbarao, P. (2019). Risk for Maternal Depressive Symptoms and Perceived Stress by Ethnicities in Canada: From Pregnancy Through the Preschool Years. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 64(3), 190–198. <https://doi.org/10.1177/0706743718792190>
- Dietrich, A. (2007). Childhood Maltreatment and Revictimization: The Role of Affect Dysregulation, Interpersonal Relatedness Difficulties and Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 8(4), 25–51. [https://doi.org/10.1300/j229v08n04\\_03](https://doi.org/10.1300/j229v08n04_03)
- Dong, S., Dong, Q., & Chen, H. (2022). Mothers' parenting stress, depression, marital conflict, and marital satisfaction: The moderating effect of fathers' empathy tendency. *Journal of affective disorders*, 299, 682–690. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.079>
- Doss, B. D., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: An 8-year prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(3), 601–619. <https://doi.org/10.1037/a0013969>
- Drapeau, M., & Perry, J. C. (2004). Childhood trauma and adult interpersonal functioning: A study using the Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT). *Child abuse & neglect*, 28(10), 1049–1066. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.05.004>
- Drevin, J., Hallqvist, J., Sonnander, K., Rosenblad, A., Pingel, R., & Bjelland, E. K. (2020). Childhood abuse and unplanned pregnancies: a cross-sectional study of women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127(4), 438–446. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16037>
- Dugal, C., Bélanger, C., Brassard, A., & Godbout, N. (2020). A dyadic analysis of the associations between cumulative childhood trauma and psychological intimate partner violence: The mediating roles of negative urgency and communication patterns. *Journal of Marital and Family Therapy*, 46(2), 337–351. <https://doi.org/10.1111/jmft.12414>
- Dugal, C., Girard, M., Bélanger, C., Sabourin, S., Bates, E. A., & Godbout, N. (2021). Psychological intimate partner violence and childhood cumulative trauma: The mediating role of affect dysregulation, maladaptive personality traits, and negative urgency. *Journal of interpersonal violence*, 36(11-12), 5101–5121. <https://doi.org/10.1177/0886260518801022>

- Dugal, C., Godbout, N., Bélanger, C., Hébert, M., & Goulet, M. (2018). Cumulative childhood maltreatment and subsequent psychological violence in intimate relationships: The role of emotion dysregulation. *Partner abuse*, 9(1), 18–40. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.9.1.18>
- Duncan, J. C., Zhang, X., Futris, T. G., & Sims, K. M. (2024). Examining predictors of relationship dissolution among unmarried parents: Applying the vulnerability–stress–adaptation framework. *Journal of Family Psychology*, 38(5), 732–742. <https://doi.org/10.1037/fam0001216>
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard review of psychiatry*, 22(3), 149–161. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000014>
- Easton, S. D. (2014). Masculine norms, disclosure, and childhood adversities predict long-term mental distress among men with histories of child sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 38(2), 243–251. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.08.020>
- Eira Nunes, C., De Roten, Y., El Ghaziri, N., Favez, N., & Darwiche, J. (2021). Co-parenting programs: A systematic review and meta-analysis. *Family Relations*, 70(3), 759–776. <https://doi.org/10.1111/fare.12438>
- Ensanimehr, N., Dehshiri, G. R., & Mousavi, S. F. (2024). Childhood Trauma and Parental Burnout: The Mediating Role of Difficulties in Emotion Regulation and Reflective Functioning. *Psychological Reports*, <https://doi.org/10.1177/00332941241282569>
- Epifanio, M. S., Genna, V., De Luca, C., Roccella, M., & La Grutta, S. (2015). Paternal and Maternal Transition to Parenthood: The Risk of Postpartum Depression and Parenting Stress. *Pediatric reports*, 7(2), 5872. <https://doi.org/10.4081/pr.2015.5872>
- Espelage, D. L., Hong, J. S., & Mebane, S. (2016). Recollections of childhood bullying and multiple forms of victimization: Correlates with psychological functioning among college students. *Social Psychology of Education*, 19, 715–728. <https://doi.org/10.1007/s11218-016-9352-z>
- Evans, G. W., Li, D., & Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin*, 139, 1342–1396. <http://dx.doi.org/10.1037/a0031808>
- Fadjukoff, P., Pulkkinen, L., Lyyra, A. L., & Kokko, K. (2016). Parental Identity and Its Relation to Parenting and Psychological Functioning in Middle Age. *Parenting*, 16(2), 87–107. <http://dx.doi.org/10.1080/15295192.2016.1134989>
- Fagan, J. (2021). Associations between low-income nonresident fathers' parenting identity and involvement with children. *Psychology of Men & Masculinities*, 22(3), 433. <https://doi.org/10.1037/men0000295>
- Faircloth, C. (2021). *Couples' transitions to parenthood: Gender, intimacy and equality*. Springer Nature.
- Feinberg, M. E., Jones, D. E., Hostetler, M. L., Roettger, M. E., Paul, I. M., & Ehrenthal, D. B. (2016). Couple-focused prevention at the transition to parenthood, a randomized trial: Effects on coparenting, parenting, family violence, and parent and child

- adjustment. *Prevention science*, 17(6), 751–764. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0674-z>
- Feinberg, M. E., & Sakuma, K. L. (2011). Coparenting interventions for expecting parents. In J. McHale and K. M. Lindahl (Eds.), *Coparenting: A conceptual and clinical examination of family systems* (pp. 171–190). American Psychological Association
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology*, 19(1), 149–166. <https://doi.org/10.1017/S0954579407070083>.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 33(7), 403–411. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.09.012>
- Finkelhor, D., Turner, H., Hamby, S. L., et Ormrod, R. (2011). Polyvictimization: Children's Exposure to Multiple Types of Violence, Crime, and Abuse. *Juvenile Justice Bulletin*. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs.
- Fletcher, S., Elklit, A., Shevlin, M., & Armour, C. (2021). Predictors of PTSD Treatment Response Trajectories in a Sample of Childhood Sexual Abuse Survivors: The Roles of Social Support, Coping, and PTSD Symptom Clusters. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(3-4), 1283–1307. <https://doi.org/10.1177/0886260517741212>
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of child psychology and psychiatry*, 48(3-4), 288–328. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x>
- Forbes, D., Lockwood, E., Phelps, A., Wade, D., Creamer, M., Bryant, R. A., ... & Meaghan, O. (2013). Trauma at the hands of another: Distinguishing PTSD patterns following intimate and nonintimate interpersonal and noninterpersonal trauma in a nationally representative sample. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(2), <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08374>
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-9>
- Ford, J. D., & Delker, B. C. (2018). Polyvictimization in childhood and its adverse impacts across the lifespan: Introduction to the special issue. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19(3), 275–288. <https://doi.org/10.1080/15299732.2018.1440479>
- Ford, J. D., Wasser, T., & Connor, D. F. (2011). Identifying and determining the symptom severity associated with polyvictimization among psychiatrically impaired children in the outpatient setting. *Child maltreatment*, 16(3), 216–226. <https://doi.org/10.1177/1077559511406109>
- Fox, M., Sandman, C. A., Davis, E. P., & Glynn, L. M. (2018). A longitudinal study of women's depression symptom profiles during and after the postpartum phase. *Depression and anxiety*, 35(4), 292–304. <https://doi.org/10.1002/da.22719>
- Fredriksen, E., von Soest, T., Smith, L., & Moe, V. (2019). Parenting stress plays a mediating role in the prediction of early child development from both parents' perinatal depressive

- symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 47, 149–164.  
<https://doi.org/10.1007/s10802-018-0428-4>
- Fricker, A. E., Smith, D. W., Davis, J. L., & Hanson, R. F. (2003). Effects of context and question type on endorsement of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 16(3), 265–268. <https://doi.org/10.1023/A:1023748124626>
- Garcia, R. L., Kenny, D. A., & Ledermann, T. (2015). Moderation in the actor–partner interdependence model. *Personal Relationships*, 22(1), 8–29.  
<https://doi.org/10.1111/pere.12060>
- García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stöckl, H., Watts, C., & Abrahams, N. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organization.
- Godbout, N., Bigras, N., & Sabourin, S. (2017). *Childhood Cumulative Trauma Questionnaire (CCTQ)*. Unpublished manuscript, Department of Sexology, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada.
- Godbout, N., Girard, M., Milot, T., Collin-Vézina, D., & Hébert, M. (2018). Répercussions liées aux traumatismes complexes. In T. Milot, N. Godbout, & D. Collin-Vézina (Eds.), *Le trauma complexe : Comprendre, évaluer et intervenir* (p. 57-90). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Godbout, N., Morissette-Harvey, F., Cyr, G., & Bélanger, C. (2020). Cumulative childhood trauma and couple satisfaction: Examining the mediating role of mindfulness. *Mindfulness*, 11, 1723–1733. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01390-x>
- Godbout, N., Paradis, A., Rassart, C. A., Sadikaj, G., Herba, C. M., & Drapeau-Lamothe, M. (2023). Parents' history of childhood interpersonal trauma and postpartum depressive symptoms: the moderating role of mindfulness. *Journal of affective disorders*, 325, 459–469. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.007>
- Goerigk, S., Elsaesser, M., Reinhard, M. A., Kriston, L., Härter, M., Hautzinger, M., ... & Padberg, F. (2024). Childhood Trauma Questionnaire-based child maltreatment profiles to predict efficacy of the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy versus non-specific psychotherapy in adults with early-onset chronic depression: cluster analysis of data from a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 11(9), 709–719.
- Goldberg, A. E., & Smith, J. Z. (2014). Predictors of parenting stress in lesbian, gay, and heterosexual adoptive parents during early parenthood. *Journal of Family Psychology*, 28(2), 125. 125–37. <https://doi.org/10.1037/a0036007>
- Goldstein, A. L., Zhu, J. Y., Kofler, D., & Wekerle, C. (2016). Child maltreatment, altered self-capacities and resilience: Testing a moderated mediation model of depression symptoms and alcohol problems in emerging adulthood. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*, 4(1), 122–142.
- Goodman, J. H. (2004). Postpartum depression beyond the early postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33(4), 410–420.  
<https://doi.org/10.1177/0884217504266915>

- Greene, C. A., Haisley, L., Wallace, C., & Ford, J. D. (2020). Intergenerational effects of childhood maltreatment: A systematic review of the parenting practices of adult survivors of childhood abuse, neglect, and violence. *Clinical psychology review, 80*, <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101891>
- Grote, N. K., Katon, W. J., Russo, J. E., Lohr, M. J., Curran, M., Galvin, E., & Carson, K. (2015). Collaborative care for perinatal depression in socioeconomically disadvantaged women: a randomized trial. *Depression and anxiety, 32*(11), 821–834. <https://doi.org/10.1002/da.22405>
- Grote, N. K., Spieker, S. J., Lohr, M. J., Geibel, S. L., Swartz, H. A., Frank, E., Houck, P. R., & Katon, W. (2013). Impact of childhood trauma on the outcomes of a perinatal depression trial. *Depression and anxiety, 29*(7), 563–573. <https://doi.org/10.1002/da.21929>
- Gruhn, M. A., & Compas, B. E. (2020). Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Child abuse & neglect, 103*, <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104446>
- Grummitt, L. R., Kelly, E. V., Barrett, E. L., Lawler, S., Prior, K., Stapinski, L. A., & Newton, N. C. (2022). Associations of childhood emotional and physical neglect with mental health and substance use in young adults. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 56*(4), 365–375. <https://doi.org/10.1177/00048674211025691>
- Guyon, R., Fernet, M., Canivet, C., Tardif, M., & Godbout, N. (2020). Sexual self-concept among men and women child sexual abuse survivors: Emergence of differentiated profiles. *Child Abuse & Neglect, 104*, <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104481>
- Hails, K. A., Petts, R. A., Hostutler, C. A., Simoni, M., Greene, R., Snider, T. C., & Riley, A. R. (2022). COVID-19 distress, negative parenting, and child behavioral problems: The moderating role of parent adverse childhood experiences. *Child Abuse & Neglect, 130*, 105450. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105450>
- Halpern-Meehin, S., & Turney, K. (2016). Relationship churning and parenting stress among mothers and fathers. *Journal of Marriage and Family, 78*(3), 715–729. <https://doi.org/10.1111/jomf.12297>
- Hamby, S., Elm, J. H. L., Howell, K. H., & Merrick, M. T. (2021). Recognizing the cumulative burden of childhood adversities transforms science and practice for trauma and resilience. *American Psychologist, 76*(2), 230–242. <https://doi.org/10.1037/amp0000763>
- Hébert, M., Langevin, R., & Oussaïd, E. (2018). Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of affective disorders, 225*, 306–312. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.044>
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*(9), 631–636. <https://doi.org/10.1177/070674370905400908>
- Heyman, R. E., Slep, A. M. S., Lorber, M. F., Mitnick, D. M., Xu, S., Baucom, K. J., ... & Niolon, P. H. (2019). A randomized, controlled trial of the impact of the couple CARE for parents of newborns program on the prevention of intimate partner violence and

- relationship problems. *Prevention science*, 20, 620–631. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0961-y>
- Hugill, M., Berry, K., & Fletcher, I. (2017). The association between historical childhood sexual abuse and later parenting stress: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 20(2), 257–271. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0708-3>
- Huh, H. J., Kim, S. Y., Yu, J. J., & Chae, J. H. (2014). Childhood trauma and adult interpersonal relationship problems in patients with depression and anxiety disorders. *Annals of general psychiatry*, 13, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12991-014-0026-y>
- Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallières, F., McElroy, E., Elklit, A., Christoffersen, M., & Cloitre, M. (2017). Variation in post-traumatic response: The role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(6), 727–736. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1350-8>
- Javadifar, N., Majlesi, F., Nikbakht, A., Nedjat, S., & Montazeri, A. (2016). Journey to motherhood in the first year after child birth. *Journal of family & reproductive health*, 10(3), 146.
- Johansson, M., Benderix, Y., & Svensson, I. (2020). Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1722564>
- Joshi, D., Raina, P., Tonmyr, L., MacMillan, H. L., & Gonzalez, A. (2021). Prevalence of adverse childhood experiences among individuals aged 45 to 85 years: a cross-sectional analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 9(1), E158-E166, <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200064>
- Kang, S. K., Choi, H. J., & Chung, M. R. (2020). Coparenting and parenting stress of middle-class mothers during the first year: Bidirectional and unidirectional effects. *Journal of Family Studies*, 1–18. <https://doi.org/10.1080/13229400.2020.1744472>
- Kapeleris, A. R., & Paivio, S. C. (2011). Identity and emotional competence as mediators of the relation between childhood psychological maltreatment and adult love relationships. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(6), 617–635. <https://doi.org/10.1080/10926771.2011.595764>
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin*, 118, 3–34. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.118.1.3>
- Keizer, R. & Schenk, N. (2012). Becoming a Parent and Relationship Satisfaction: A Longitudinal Dyadic Perspective. *Journal of Marriage and Family*, 74, 759–773. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2012.00991.x>
- Keizer, R., Dykstra, P. A., & Poortman, A. R. (2010). The Transition to Parenthood and Well-Being: The Impact of Partner Status and Work Hour Transitions. *Journal of Family Psychology*, 24(4), 429–438. <https://doi.org/10.1037/a0020414>
- Kennett, D. J., & Chislett, G. (2015). Nobody's perfect program. In *Evidence-based parenting education* (pp. 319–334). Routledge.

- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2006). *Dyadic data analysis*. Guilford Press
- Kim, Y., Lee, H., & Park, A. (2022). Patterns of adverse childhood experiences and depressive symptoms: self-esteem as a mediating mechanism. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1–11. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02129-2>
- Kolak, A. M., & Volling, B. L. (2007). Parental expressiveness as a moderator of coparenting and marital relationship quality. *Family Relations*, 56(5), 467–478. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2007.00474.x>
- Konecky, E. M., & Lynch, S. M. (2019). Cumulative trauma exposure, emotion regulation, and posttraumatic stress disorder among incarcerated women. *Journal of Traumatic stress*, 32(5), 806–811. <https://doi.org/10.1002/jts.22435>
- Konold, T., & Abidin, R. R. (2001). Parenting alliance: A multifactor perspective. *Assessment*, 8, 47–65. <https://doi.org/10.1177/107319110100800105>
- Kozak, K., Greaves, A., Waldfogel, J., Angal, J., Elliott, A. J., Fifier, W. P., & Brito, N. H. (2021). Paid maternal leave is associated with better language and socioemotional outcomes during toddlerhood. *Infancy : the official journal of the International Society on Infant Studies*, 26(4), 536–550. <https://doi.org/10.1111/infa.12399>
- Kristensen, I. H., Simonsen, M., Trillingsgaard, T., Pontoppidan, M., & Kronborg, H. (2018). First-time mothers' confidence mood and stress in the first months postpartum. A cohort study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 17, 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.06.003>
- Lafrenaye-Dugas, A. J., Bélanger, R. E., Poliakova, N., Riva, M., Fletcher, C., Godbout, N., ... & Muckle, G. (2024). Profiles of childhood adversities in Inuit from Nunavik: description and associations with indicators of socioeconomic characteristics, support, and community involvement. *Canadian Journal of Public Health*, 115(Suppl 1), 97–113. <https://doi.org/10.17269/s41997-023-00750-z>
- Lafrenaye-Dugas, A-J., Godbout, N., Hébert, M. (2018). Cumulative Childhood Trauma and Therapeutic Alliance: The Moderator Role of Attachment in Adult Patients Consulting in Sex Therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(7), 667–678. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1447057>
- Lang, A. J., Gartstein, M. A., Rodgers, C. S., & Lebeck, M. M. (2010). The impact of maternal childhood abuse on parenting and infant temperament. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(2), 100–110. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00229.x>
- Lange, B. C., Callinan, L. S., & Smith, M. V. (2019). Adverse childhood experiences and their relation to parenting stress and parenting practices. *Community mental health journal*, 55, 651–662. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0331-z>
- Lassri, D., Luyten, P., Fonagy, P., & Shahar, G. (2018). Undetected scars? Self-criticism, attachment, and romantic relationships among otherwise well-functioning childhood sexual abuse survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(1), 121–129. <https://doi.org/10.1037/tra0000271>

- Lavoie, A., & Auger, A. (2023). Être parent au Québec en 2022. *Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur la parentalité 2022*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 336 p.
- Lavoie, A., & Fontaine, C. (2016). Mieux connaître la parentalité au Québec. Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015, Québec, Institut de la statistique du Québec, 258 p.
- Le, Y., Fredman, S. J., & Feinberg, M. E. (2017). Parenting stress mediates the association between negative affectivity and harsh parenting: A longitudinal dyadic analysis. *Journal of family psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 31(6), 679–688.  
<https://doi.org/10.1037/fam0000315>
- Leavitt, C.E., McDaniel, B.T., Maas, M.K. (2017). Parenting Stress and Sexual Satisfaction Among First-Time Parents: A Dyadic Approach. *Sex Roles*, 76, 346–355,  
<https://doi.org/10.1007/s11199-016-0623-0>
- Linehan, M. (2014). *DBT? Skills training manual*. Guilford Publications.
- Lionetti, F., Pastore, M., & Barone, L. (2015). Parenting stress: The roles of attachment states of mind and parenting alliance in the context of adoption. *Parenting*, 15(2), 75–91.  
<https://doi.org/10.1080/15295192.2015.1020142>
- Liss, M., & Erchull, M. J. (2013). Differences in beliefs and behaviors between feminist actual and anticipated mothers. *Psychology of Women Quarterly*, 37(3), 381–391.  
<https://doi.org/10.1177/0361684312468334>
- Litton Fox, G., Bruce, C., & Combs-Orme, T. (2000). Parenting expectations and concerns of fathers and mothers of newborn infants. *Family relations*, 49(2), 123–131.  
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2000.00123.x>
- Lubis, N. N. A., & Nihayah, Z. (2022, September). Parental Stress in the Covid-19 Pandemic Era: Role of Co-parenting, Self-Compassion, and Employment Status. In *Proceedings of International Conference on Psychological Studies (ICPSYCHE)* (Vol. 3, pp. 192–200).
- Madigan, S., Deneault, A. A., Racine, N., Park, J., Thiemann, R., Zhu, J., ... & Neville, R. D. (2023). Adverse childhood experiences: a meta-analysis of prevalence and moderators among half a million adults in 206 studies. *World psychiatry*, 22(3), 463–471.  
<https://doi.org/10.1002/wps.21122>
- Madigan, S., Wade, M., Plamondon, A., & Jenkins, J. (2015). Maternal abuse history, postpartum depression, and parenting: links with preschoolers' internalizing problems. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 146–155. <https://doi.org/10.1002/imhj.21496>
- McCann, I.L., & Pearlman, I. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*, Brunner/Mazel.
- McDonald, S., Slade, P., Spiby, H., & Iles, J. (2011). Post-traumatic stress symptoms, parenting stress and mother-child relationships following childbirth and at 2 years postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(3), 141–146.  
<https://doi.org/10.3109/0167482X.2011.596962>

- McHale, J. P. (2007). When infants grow up in multiperson relationship systems. *Infant Mental Health Journal*, 28(4), 370–392. <https://doi.org/10.1002/imhj.20142>
- McHale, J. P., & Lindahl, K. M. (2011). *Coparenting: A conceptual and clinical examination of family systems* (pp. xii-314). American Psychological Association.
- McKay, M. T., Cannon, M., Chambers, D., Conroy, R. M., Coughlan, H., Dodd, P., ... & Clarke, M. C. (2021). Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(3), 189–205. <https://doi.org/10.1111/acps.13268>
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Minuchin, P. (1985). Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 56, 289–302. <http://dx.doi.org/10.2307/1129720>
- Moe, V., von Soest, T., Fredriksen, E., Olafsen, K. S., & Smith, L. (2018). The Multiple Determinants of Maternal Parenting Stress 12 Months After Birth: The Contribution of Antenatal Attachment Style, Adverse Childhood Experiences, and Infant Temperament. *Frontiers in psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01987>
- Moeller, J. M. (2011). *Conceptualizing poly-victimization: Exploring the long-term effects utilizing constructivist self-development theory* (Doctoral dissertation, University of Akron).
- Morissette-Harvey, F., Paradis, A., Daspe, M. È., Dion, J., & Godbout, N. (2024). Childhood Trauma and Relationship Satisfaction Among Parents: A Dyadic Perspective on the Role of Mindfulness and Experiential Avoidance. *Mindfulness*, 15(2), 310–326. <https://doi.org/10.1007/s12671-023-02262-w>
- Namy, S., Carlson, C., O'Hara, K., Nakuti, J., Bukuluki, P., Lwanyaaga, J., ... & Michau, L. (2017). Towards a feminist understanding of intersecting violence against women and children in the family. *Social science & medicine*, 184, 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.042>
- Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. (2012). Parenting Stress and Child Behavior Problems: A Transactional Relationship Across Time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(1), 48–66. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-117.1.48>
- Ngai, F. W., Wong, P. C., Chung, K. F., Chau, P. H., & Hui, P. W. (2020). Effect of couple-based cognitive behavioural intervention on prevention of postnatal depression: multisite randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127(4), 500-507. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15862>
- Nomaguchi, K., & House, A. N. (2013). Racial-ethnic disparities in maternal parenting stress: the role of structural disadvantages and parenting values. *Journal of health and social behavior*, 54(3), 386–404. <https://doi.org/10.1177/0022146513498511>
- Nordsletten, A. E., Larsson, H., Crowley, J. J., Almqvist, C., Lichtenstein, P., & Mataix-Cols, D. (2016). Patterns of Nonrandom Mating Within and Across 11 Major Psychiatric Disorders. *JAMA psychiatry*, 73(4), 354–361. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.3192>

- Ogle, C. M., Rubin, D. C., & Siegler, I. C. (2014). Cumulative exposure to traumatic events in older adults. *Aging & mental health*, 18(3), 316–325.  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2013.832730>
- Pan, Y., Lin, X., Liu, J., Zhang, S., Zeng, X., Chen, F., & Wu, J. (2020). Prevalence of childhood sexual abuse among women using the childhood trauma questionnaire: a worldwide meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(5), 1181–1191.  
<https://doi.org/10.1177/1524838020912867>
- Park, I. Y., Bellamy, J. L., Speer, S. R., Kim, J., Kwan, J. Y., Powe, P., ... & Guterman, N. B. (2023). Actor and partner effects of interparental relationship and co-parenting on parenting stress among fathers and mothers. *Families in Society*,  
<https://doi.org/10443894231207442>.
- Peltz, J. S., Rogge, R. D., & Sturge-Apple, M. L. (2018). Transactions within the family: Coparenting mediates associations between parents' relationship satisfaction and the parent–child relationship. *Journal of Family Psychology*, 32(5), 553–564.  
<https://doi.org/10.1037/fam0000413>
- Pereira, J., Vickers, K., Atkinson, L., Gonzalez, A., Wekerle, C., & Levitan, R. (2012). Parenting stress mediates between maternal maltreatment history and maternal sensitivity in a community sample. *Child Abuse and Neglect*, 36(5), 433–437.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.01.006>
- Petch, J. F., Halford, W. K., Creedy, D. K., & Gamble, J. (2012). A randomized controlled trial of a couple relationship and coparenting program (Couple CARE for Parents) for high-and low-risk new parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 662–73.  
<https://doi.org/10.1037/a0028781>
- Pinquart, M., & Teubert, D. (2010). A meta-analytic study of couple interventions during the transition to parenthood. *Family Relations*, 59(3), 221–231. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2010.00597.x>
- Pinquart, M., & Teubert, D. (2015). Links among coparenting behaviors, parenting stress, and children's behaviors using the new German coparenting inventory. *Family Science*, 6(1), 201–210. <https://doi.org/10.1080/19424620.2015.1065284>
- Pinto, R., Correia, L., & Maia, Â. (2014). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adolescents with documented childhood maltreatment. *Journal of Family Violence*, 29, 431–438. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9602-9>
- Pontoppidan, M., Thorsager, M., & Steenhoff, T. (2022). Parent-child relationship outcomes of the Incredible Years Parents and Babies Program: A pilot randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 10(1), 40–52. <https://doi.org/10.2478/sjcapp-2022-0004>
- Rao, W. W., Zhu, X. M., Zong, Q. Q., Zhang, Q., Hall, B. J., Ungvari, G. S., & Xiang, Y. T. (2020). Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: a comprehensive meta-analysis of observational surveys. *Journal of affective disorders*, 263, 491–499.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.030>

- Rassart, C. A., Paradis, A., Herba, C. M., & Godbout, N. (2023). Childhood interpersonal trauma and postpartum parenting alliance: The role of mindfulness in couples. *Journal of Family Psychology*, 38(2), 223–235. <https://doi.org/10.1037/fam0001174>
- Roberge, S., & Motard-Bélanger, A. (2024). Revenir à l'essentiel plan d'action en périnatalité et en petite enfance 2023-2028, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 80 p.
- Rockville M. D. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma- informed approach*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. [https://ncsacw.samhsa.gov/userfiles/files/SAMHSA\\_Trauma.pdf](https://ncsacw.samhsa.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf)
- Rogers, M. J., & Follingstad, D. (2011). Gender differences in reporting psychological abuse in a national sample. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(5), 471–502. <https://doi.org/10.1080/10926771.2011.586573>
- Rohlen, E. G. (2023). *An Investigation of Childhood Trauma and Altered Self-Capacities* (Master's thesis, California State University, Stanislaus).
- Rousson, A. N., Fleming, C. B., & Herrenkohl, T. I. (2020). Childhood maltreatment and later stressful life events as predictors of depression: A test of the stress sensitization hypothesis. *Psychology of violence*, 10(5), 493–500. <https://doi.org/10.1037/vio0000303>
- Savage, L. É., Tarabulsky, G. M., Pearson, J., Collin-Vézina, D., & Gagné, L. M. (2019). Maternal history of childhood maltreatment and later parenting behavior: A meta-analysis. *Development and psychopathology*, 31(1), 9–21. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001542>
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2025). *Narrative exposure therapy (NET) for survivors of traumatic stress*. Hogrefe Publishing.
- Schiltz, H. K., Van Hecke, A. V., Putney, J. M., & Hartley, S. L. (2024). Predicting longitudinal trajectories of adaptive couple processes in families of autistic children: Applying the Vulnerability Stress Adaptation model. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 118, <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2024.102468>
- Schmöker, A., Flacking, R., Udo, C., Eriksson, M., Hellström-Westas, L., & Ericson, J. (2020). Longitudinal cohort study reveals different patterns of stress in parents of preterm infants during the first year after birth. *Acta Paediatrica*, 109(9), 1778–1786. <https://doi.org/10.1111/apa.15185>
- Schoppe-Sullivan, S. J., Settle, T., Lee, J. K., & Kamp Dush, C. M. (2016). Supportive coparenting relationships as a haven of psychological safety at the transition to parenthood. *Research in human development*, 13(1), 32–48. <https://doi.org/10.1080/15427609.2016.1141281>
- Sharratt, K., Mason, S. J., Kirkman, G., Willmott, D., McDermott, D., Timmins, S., & Wager, N. M. (2023). Childhood abuse and neglect, exposure to domestic violence and sibling violence: profiles and associations with sociodemographic variables and mental health indicators. *Journal of interpersonal violence*, 38(1-2), 1141–1162. <https://doi.org/10.1177/08862605221090562>

- Sheedy, A., & Gambrel, L. E. (2019). Coparenting negotiation during the transition to parenthood: A qualitative study of couples' experiences as new parents. *The American Journal of Family Therapy*, 47(2), 67–86. <https://doi.org/10.1080/01926187.2019.1586593>
- Sheftall, A. H., Schoppe-Sullivan, S. J., & Futris, T. G. (2010). Adolescent Mothers' Perceptions of the Coparenting Relationship With Their Child's Father: A Function of Attachment Security and Trust. *Journal of Family Issues*, 31(7), 884–905. <https://doi.org/10.1177/0192513X09359892>
- Shields, M., Tonmyr, L., Hovdestad, W. E., Gonzalez, A., & MacMillan, H. (2020). Exposure to family violence from childhood to adulthood. *BMC public health*, 20, 1–15.
- Shin, S. H., Tomlinson, C. A., Nelson-Hence, D., & Ksinan Jiskrova, G. (2023). Understanding the intergenerational cycle of trauma and violence: Maternal adverse childhood experiences and parent-to-child aggression risk. *Journal of interpersonal violence*, 38(5-6), 4998–5018. <https://doi.org/10.1177/08862605221120884>
- Shipman, K., Edwards, A., Brown, A., Swisher, L., & Jennings, E. (2005). Managing emotion in a maltreating context: A pilot study examining child neglect. *Child Abuse & Neglect*, 29(9), 1015–1029. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.01.006>
- Shipman, K., Zeman, J., Penza, S., & Champion, K. (2000). Emotion management skills in sexually maltreated and nonmaltreated girls: A developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, 12(1), 47–62. <https://doi.org/10.1017/s0954579400001036>
- Sinaï, D., & Tikotzky, L. (2012). Infant sleep, parental sleep and parenting stress in families of mothers on maternity leave and in families of working mothers. *Infant Behavior and Development*, 35(2), 179–186. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2012.01.006>
- Siverns, K., & Morgan, G. (2019). Parenting in the context of historical childhood trauma: An interpretive meta-synthesis. *Child Abuse & Neglect*, 98, <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104186>
- Song, J. E., Kim, T., & Ahn, J. A. (2015). A systematic review of psychosocial interventions for women with postpartum stress. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(2), 183–192. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12541>
- Spinelli, M., Poehlmann, J., & Bolt, D. (2013). Predictors of parenting stress trajectories in premature infant–mother dyads. *Journal of Family Psychology*, 27(6), 873–883. <https://doi.org/10.1037/a0034652>
- Steele, H., Bate, J., Steele, M., Dube, S. R., Danskin, K., Knafo, H., ... Murphy, A. (2016). Adverse Childhood Experiences, Poverty, and Parenting Stress. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 48(1), 32–38. <https://doi.org/10.1037/cbs0000034>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., & Van Ijzendoorn, M. H. (2012). The universality of childhood emotional abuse: A meta-analysis of worldwide prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(8), 870–890. <https://doi.org/10.1080/10926771.2012.708014>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., & Alink, L. R. (2013). Cultural–geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-

- analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*, 48(2), 81–94.  
<https://doi.org/10.1080/00207594.2012.697165>
- Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*, 16(2), 79–101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- Tenuta, F., Marcone, R., Bartolo, M. G., Persampieri, M., & Costabile, A. (2017). I Look, You Smile: The First Mother–Child Communicative Interaction: A Longitudinal Study. *SAGE Open*, 7(2). <https://doi.org/10.1177/2158244017706715>
- Thomason, E., Volling, B. L., Flynn, H. A., McDonough, S. C., Marcus, S. M., Lopez, J. F., & Vazquez, D. M. (2014). Parenting stress and depressive symptoms in postpartum mothers: bidirectional or unidirectional effects?. *Infant Behavior and Development*, 37(3), 406–415. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.05.009>
- Thullen, M., & Bonsall, A. (2017). Co-Parenting Quality, Parenting Stress, and Feeding Challenges in Families with a Child Diagnosed with Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 47(3), 878–886. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2988-x>
- Tsotsi, S., Broekman, B. F., Sim, L. W., Shek, L. P., Tan, K. H., Chong, Y. S., ... & Rifkin-Graboi, A. (2019). Maternal anxiety, parenting stress, and preschoolers' behavior problems: The role of child self-regulation. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 40(9), 696–705. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000737>
- Vaillancourt-Morel, M. P., Rellini, A. H., Godbout, N., Sabourin, S., & Bergeron, S. (2019). Intimacy mediates the relation between maltreatment in childhood and sexual and relationship satisfaction in adulthood: A dyadic longitudinal analysis. *Archives of sexual behavior*, 48(3), 803–814. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1309-1>
- Van der Asdonk, S., Cyr, C., & Alink, L. (2021). Improving parent–child interactions in maltreating families with the Attachment Video-feedback Intervention: Parental childhood trauma as a moderator of treatment effects. *Attachment & Human Development*, 23(6), 876–896. <https://doi.org/10.1080/14616734.2020.1799047>
- Van Dijke, A., Hopman, J. A., & Ford, J. D. (2018). Affect dysregulation, adult attachment problems, and dissociation mediate the relationship between childhood trauma and borderline personality disorder symptoms in adulthood. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 2(2), 91–99. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1400878>
- Vismara, L., Rollè, L., Agostini, F., Sechi, C., Fenaroli, V., Molgora, S., ... Tambelli, R. (2016). Perinatal Parenting Stress, Anxiety, and Depression Outcomes in First-Time Mothers and Fathers: A 3- to 6-Months Postpartum Follow-Up Study. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00938>
- Walker, L. O., & Murry, N. (2022). Maternal Stressors and Coping Strategies During the Extended Postpartum Period: A Retrospective Analysis with Contemporary Implications. *Women's health reports (New Rochelle, N.Y.)*, 3(1), 104–114. <https://doi.org/10.1089/whr.2021.0134>
- Walker, L. O., Murry, N., Becker, H., & Li, Y. (2024). Leading Stressors and Coping Strategies Associated With Maternal Physical and Mental Health During the Extended Postpartum

- Period. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 69(5), 746–754.  
<https://doi.org/10.1111/jmwh.13641>
- Wang, X., Heath, R. D., Majewski, D., & Blake, C. (2022). Adverse childhood experiences and child behavioral health trajectory from early childhood to adolescence: A latent class analysis. *Child Abuse & Neglect*, 134, <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105879>
- Ward, K. P., & Lee, S. J. (2020). Mothers' and fathers' parenting stress, responsiveness, and child wellbeing among low-income families. *Children and Youth Services Review*, 116, <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105218>
- Wardrop, A. A., & Popadiuk, N. E. (2013). Women's Experiences with Postpartum Anxiety: Expectations, Relationships, and Sociocultural Influences. *Qualitative Report*, 18(6), <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2013.1564>.
- Westdahl, C., Milan, S., Magriples, U., Kershaw, T. S., Rising, S. S., & Ickovics, J. R. (2007). Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. *Obstetrics and gynecology*, 110(1), 134–140. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000265352.61822.1b>
- Whitaker, R. C., Dearth-Wesley, T., Herman, A. N., Block, A. E., Holderness, M. H., Waring, N. A., & Oakes, J. M. (2021). The interaction of adverse childhood experiences and gender as risk factors for depression and anxiety disorders in US adults: a cross-sectional study. *BMC public health*, 21(1), <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12058-z>
- Widarsson, M., Engström, G., Berglund, A., Tydén, T., & Lundberg, P. (2014). Parental stress and dyadic consensus in early parenthood among mothers and fathers in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 689–699.  
<https://doi.org/10.1111/scs.12096>
- Wilson, C., Padrón, E., & Samuelson, K. (2017). Trauma Type and Posttraumatic Stress Disorder as Predictors of Parenting Stress in Trauma-Exposed Mothers. *Violence and Victims*, 32(1), 141–158. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.vv-d-13-00077>
- Wilson-Genderson, M., Heid, A. R., Cartwright, F., & Pruchno, R. (2022). Adverse childhood experiences, adult trauma, and depressive symptom trajectories. *Aging & Mental Health*, 26(11), 2170–2178. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1978926>
- Wong, A. E., Dirghangi, S. R., & Hart, S. R. (2019). Self-concept clarity mediates the effects of adverse childhood experiences on adult suicide behavior, depression, loneliness, perceived stress, and life distress. *Self and Identity*, 18(3), 247–266.  
<https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1439096>
- Woollett, A., & Parr, M. (1997). Psychological tasks for women and men in the postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 15(2), 159–183.  
<https://doi.org/10.1080/02646839708404541>
- Yang, Y., & Doh, H. (2019). Pathways from marital conflict, coparenting, and parenting stress to mothers' parenting efficacy. *Korean Journal of Child Studies*, 40(3), 39–51. <https://doi.org/10.5723/kjcs.2019.40.3.39>.
- Yaremych, H. E., & Persky, S. (2023). Recruiting fathers for parenting research: An evaluation of eight recruitment methods and an exploration of fathers' motivations for participation. *Parenting*, 23(1), 1–32. <https://doi.org/10.1080/15295192.2022.2036940>

- Zhao, L., Chen, J., Lan, L., Deng, N., Liao, Y., Yue, L., ... & Xie, R. H. (2021). Effectiveness of telehealth interventions for women with postpartum depression: systematic review and meta-analysis. *JMIR mHealth and uHealth*, 9(10), <https://doi.org/10.2196/32544>
- Zheng, J., Han, R., & Gao, L. (2024). Social Support, Parenting Self-Efficacy, and Postpartum Depression Among Chinese Parents: The Actor-Partner Interdependence Mediation Model. *Journal of midwifery & women's health*, 69(4), 559–566. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13588>
- Zhu, J., Xiang, S., & Li, Y. (2024). Mothers' Perceived Co-Parenting and Preschooler's Problem Behaviors: The Mediating Role of Maternal Parenting Stress and the Moderating Role of Family Resilience. *Psychology Research and Behavior Management*, 17, 891–904. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S451870>