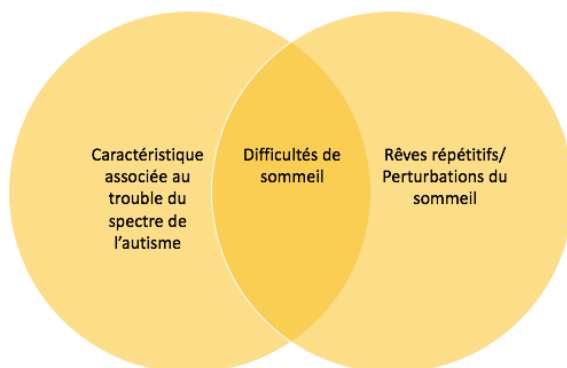
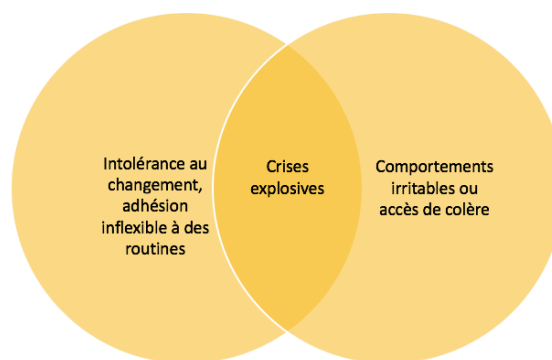
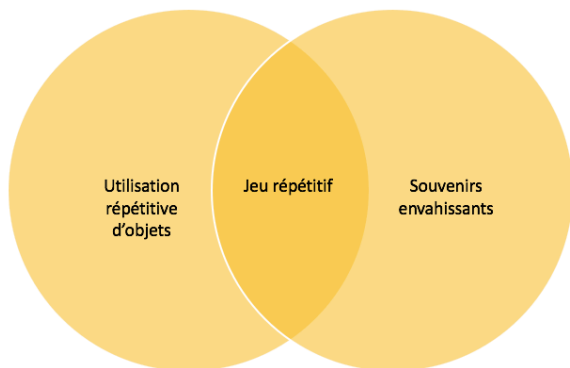
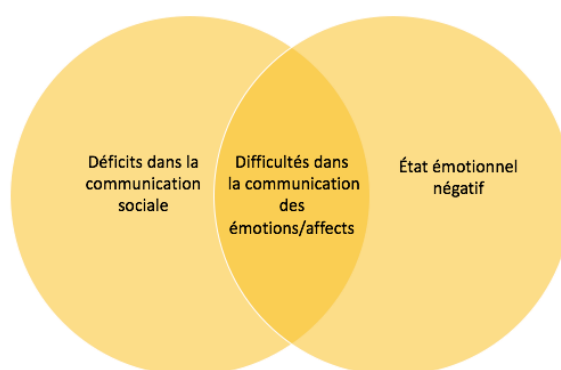
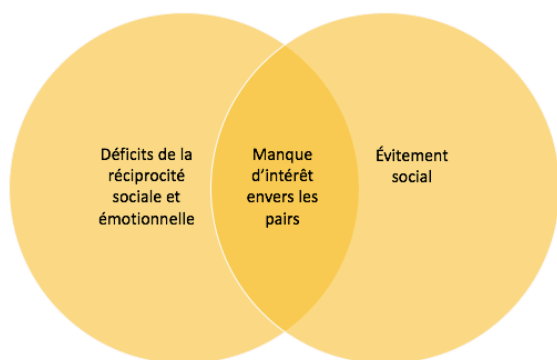


Encore à ce jour, la recherche est peu développée en ce qui a trait à la cooccurrence du TSA et des traumas, et encore moins en ce qui concerne le trauma complexe précisément : c'est pourquoi nous nous attarderons au TSA et aux traumas de façon plus générale (p. ex., trouble de stress posttraumatique, maltraitance). Si la recherche est peu développée, ce n'est pas par un manque d'intérêt de la communauté scientifique : c'est plutôt parce qu'il est très difficile d'établir un diagnostic différentiel entre ces deux troubles, puisque plusieurs symptômes se chevauchent.

Voici donc des exemples de *symptômes du TSA et du trouble de stress posttraumatique (TSPT) qui peuvent se chevaucher* (Stavropoulos et al., 2018). Pour chaque diagramme, un symptôme du TSA est présenté à gauche, et un symptôme du TSPT à droite. Au centre, la façon dont peuvent se manifester similairement ces symptômes est décrite.



Brenner et al. (2018) ont également rapporté des *symptômes des deux troubles qui pouvaient être similaires chez les enfants et les adolescents* :

TSA	TSPT
Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation d'objets ou du langage	Jeux répétitifs à thèmes récurrents
Hyperréactivité aux stimulations sensorielles	Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices externes
Déficits de la réciprocité sociale et émotionnelle	Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres
Difficultés de sommeil, retrait, évitement, irritabilité, labilité émotionnelle, persévération cognitive	

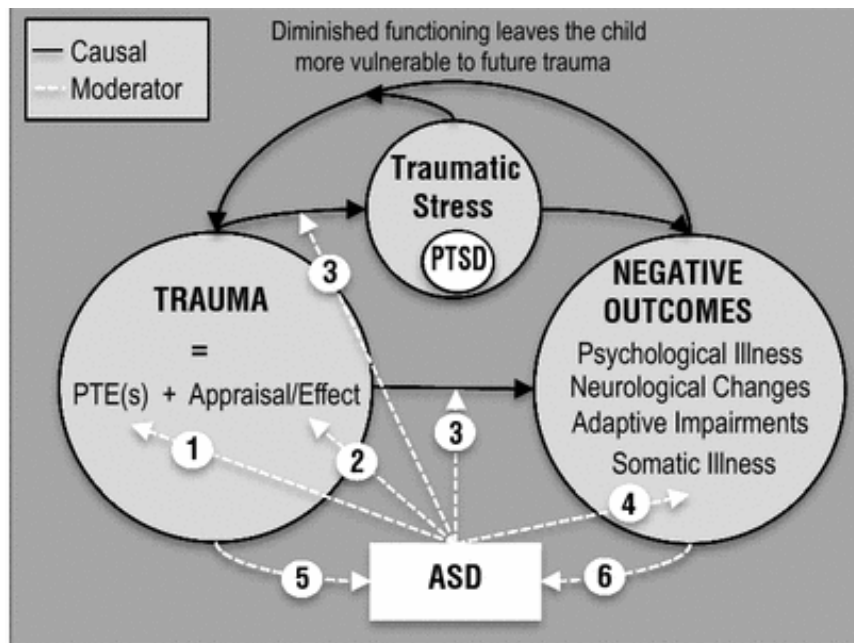
Éléments-clés d'études s'étant intéressé à la cooccurrence du TSA et des traumas :

Chez les enfants et les adolescents :

- ✓ Selon une étude réalisée auprès d'enfants et d'adolescents recevant des services en santé mentale, les traumas étaient rapportés en plus faible proportion chez ceux ayant un TSA (24%) que ceux ayant d'autres types de problèmes de santé mentale (51%). Il y avait également une différence significative en ce qui a trait au diagnostic de TSPT : en effet, les enfants ayant un TSA recevaient moins souvent le diagnostic de TSPT (4%) que les enfants ayant d'autres types de problèmes de santé mentale (30%). Les chercheurs croient que les différences entre les deux groupes sont liées au fait qu'il est difficile de détecter les traumas chez les jeunes ayant un TSA et que les cliniciens peuvent attribuer à tort des symptômes du TPST au TSA. Tout cela a pour conséquence que les traumas chez les enfants ayant un TSA seraient sous-évalués et sous-diagnostiqués (Hoch & Youssef, 2020).
- ✓ Une autre étude a quant à elle rapporté que les enfants et les adolescents ayant un TSA avaient une plus grande probabilité de vivre des événements de vie adverses que ceux n'ayant pas ce diagnostic. En effet, selon des données recueillies auprès de leurs parents, ces jeunes avaient 1,5 fois plus de probabilité d'avoir vécu 1 à 3 événements de vie adverses, et 2 fois plus de probabilité d'avoir vécu 4 événements de vie adverses et plus (Berg et al., 2016).
- ✓ D'autres chercheurs se sont intéressés aux manifestations des traumas en comparant des jeunes maltraités et non maltraités ayant tous un TSA. Il ressort que les enfants maltraités (abus physique, sexuel ou émotionnel) avaient davantage de pensées intrusives, de souvenirs provoquant de la détresse, de perte d'intérêt, d'irritabilité et de léthargie que les enfants n'ayant pas été maltraités. Parmi les enfants maltraités, ceux ayant reçu un diagnostic de TSPT présentaient davantage de problèmes externalisés que les autres (Brenner et al., 2018).

Modèle théorique explicatif

Puisqu'il existe peu d'études empiriques sur les liens entre les traumatismes et le TSA, Kerns et al. (2015) ont proposé un modèle théorique représentant la relation transactionnelle entre les traumatismes et le TSA.



Note. PTE = événements potentiellement traumatisants; ASD = trouble du spectre de l'autisme; PTSD = trouble de stress posttraumatique; moderator = modérateur, c'est-à-dire qui influence la direction ou la force d'une relation entre deux variables; causal = lien de cause à effet entre deux variables.

En résumé, le TSA peut influencer l'expérience d'un traumatisme à plusieurs niveaux, soit en influençant les événements potentiellement traumatisants rencontrés (1); en influençant la façon dont des événements potentiellement traumatisants peuvent être jugés nocifs et menaçants (2); en influençant le risque de développer ou non du stress traumatique et d'autres conséquences négatives (3); et en influençant la manifestation de symptômes/conséquences liés au traumatisme (4). Le fait de vivre un traumatisme peut, à son tour, influencer les symptômes de TSA et le développement global d'un enfant de façon directe (5) ou par le biais de troubles associés (6; Kerns et al., 2015).

Implications cliniques :

- ⇒ Il n'y a pas d'outils validés auprès de populations ayant un TSA afin de détecter les traumatismes et les réactions traumatiques qui peuvent en découler. Ainsi, les traumatismes et leurs conséquences pourraient être sous-évalués chez ces personnes. Il faut donc penser à adapter nos façons d'évaluer les traumatismes chez ces derniers, car ils pourraient, par exemple, ne pas bien comprendre les questions provenant de questionnaires, ne pas être en mesure de bien s'autoévaluer, etc. Il ne faut pas oublier que les personnes ayant un TSA présentent des difficultés dans la communication, ce qui est une compétence importante pour pouvoir aborder les traumatismes potentiels qu'ils pourraient avoir vécus : ces jeunes sont donc plus à risque de passer sous les radars.
- ⇒ Les événements traumatiques peuvent être perçus de façon différente selon les individus : ainsi, des événements peuvent être traumatiques pour certains, et moins traumatiques pour d'autres. Comme il est reconnu que les personnes ayant un TSA perçoivent le monde de façon différente par rapport aux personnes

dites neurotypiques, nous ne savons pas comment ils peuvent percevoir certains événements. Donc, des événements ne semblant pas à priori traumatiques peuvent-ils l'être pour eux ? Par exemple, sachant que les personnes ayant un TSA sont très sensibles aux stimuli extérieurs, est-ce que des sons (par ex., sirène de police, alarme de feu) peuvent être traumatiques pour ces derniers ? Ou des commentaires désobligeants de la part de leurs pairs ? Ou des touchers habituellement considérés non abusifs ? Ou la perte d'un animal de compagnie qui faisait office de seul compagnon ? Ou le sentiment d'être marginalisée de la société ?

- ⇒ Les caractéristiques inhérentes au TSA pourraient exacerber les réactions traumatiques et diminuer la capacité à faire face aux traumatismes (p. ex., difficultés de régulation émotionnelle, rigidité cognitive, différences dans le traitement des informations, difficultés d'introspection). Par exemple, les jeunes ayant un TSA peuvent avoir de la difficulté à se défaire de pensées ou de souvenirs provoquant de la détresse en raison de leur difficulté à basculer leur attention vers autre chose. Ils peuvent aussi avoir de la difficulté à s'adapter aux situations adverses en raison de leur pensée rigide et leur intolérance au changement, etc.
- ⇒ Il est possible que les symptômes traumatiques se manifestent de façon différente chez les personnes ayant un TSA comparativement aux personnes neurotypiques. Comme les liens entre les traumatismes et le TSA sont encore méconnus, il faut rester à l'affût de tout changement de comportements chez les personnes ayant un TSA, qui pourrait être indicateur d'une perturbation quelconque.

Ressources :

- Guide pour les psychologues afin d'adapter la CBT pour les personnes TSA ayant vécu des traumatismes « Trauma and autism spectrum disorder: A reference guide » (Earl et al., 2017).

<https://tfcbt.org/wp-content/uploads/2019/05/Bernier-Lab-UW-Trauma-and-ASD-Reference-Guide-2017.pdf>

- Livre sur les traumatismes, l'autisme et les troubles neurodéveloppementaux « Trauma, autism and neurodevelopmental disorders : Integrating Research, Practice, and Policy » (Fogler et Phelps, 2018).

Références

- Berg, K. L., Shiu, C.-S., Acharya, K., Stolbach, B. C., & Msall, M. E. (2016). Disparities in adversity among children with autism spectrum disorder: A population-based study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58(11), 1124-1131. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13161>
- Brenner, J., Pan, Z., Masefsky, C., Smith, K. A., & Gabriels, R. Behavioral symptoms of reported abuse in children and adolescents with autism spectrum disorder in inpatient settings. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 48, 3727-3735. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3183-4>
- Hoch, J. D., & Youssef, A. M. (2020). Predictors of trauma exposure and trauma diagnoses for children with autism and developmental disorders served in a community mental health clinic. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 50, 634-549. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04331-3>
- Kerns, C. M., Newschaffer, C. J., & Berkowitz, S. J. (2015). Traumatic childhood events and autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 45, 3475-3486. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2392-y>
- Stavropoulos, K., Bolourian, Y., & Blacher, J. (2018). Differential diagnosis of autism spectrum disorder and post traumatic stress disorder: Two clinical cases. *Journal of Clinical Medicine*, 7(4), 71-82. <https://doi.org/10.3390/jcm7040071>