

Les enfants ayant vécu des traumatismes interpersonnels chroniques et répétés présentent des portraits cliniques complexes et variés. Les symptômes qu'ils présentent peuvent aller au-delà de ceux du trouble de stress post-traumatique (TSPT) et peuvent s'apparenter aux symptômes d'autres troubles, comme la dépression, le déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), le **trouble oppositionnel avec provocation (TOP)**, le trouble des conduites (TC), les troubles alimentaires, les troubles du sommeil, les troubles de la communication, le trouble d'anxiété de séparation, ou encore le trouble réactionnel de l'attachement (Cook et al., 2005; D'Andrea et al., 2012; van der Kolk, 2005, 2014).

Cette fois-ci, nous nous intéressons plus précisément au **TOP**, qui fait partie de la catégorie des « Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites » et qui est caractérisé par différents problèmes de comportements externalisés (APA, 2015).

« Chez les enfants et les adolescents, le **trouble oppositionnel avec provocation** est plus fréquent dans les familles où la continuité de l'éducation a été interrompue à cause de la succession de personnes différentes, ou dans lesquelles les pratiques éducatives ont été dures, incohérentes ou négligentes. [...] ces pratiques parentales jouent un rôle important dans plusieurs théories étiologiques du trouble. » (APA, 2015)

Il n'est donc pas étonnant que certaines études rapportent un lien entre le **TOP** et les traumatismes vécus en enfance.

Éléments-clés d'études s'intéressant au lien entre le **TOP** et les traumatismes vécus en enfance

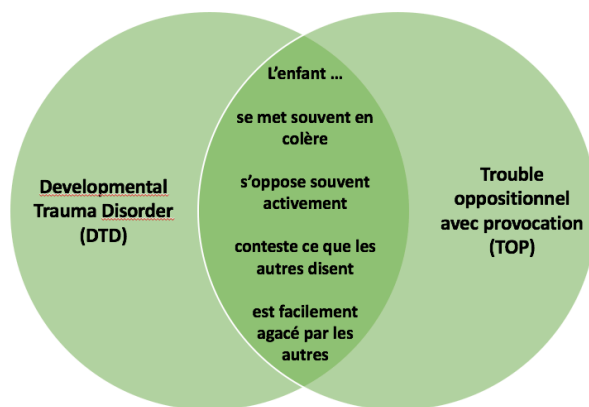
Chez les enfants et les adolescents :

- ✓ D'après une étude réalisée auprès d'adolescents âgés entre 13 et 18 ans, le **TOP** n'était pas associé à des événements traumatiques (tant interpersonnels que non-interpersonnels) : toutefois, le **TOP** était associé à un plus haut risque d'être exposé à de la violence interpersonnelle ultérieure (Carliner et al., 2017).
- ✓ Selon Ford et al. (2000), le **TOP** était associé à une histoire de maltraitance physique ou sexuelle chez des enfants recevant des services en pédopsychiatrie.
- ✓ Chez des enfants et des adolescents âgés entre 6 et 17 ans recevant des services en pédopsychiatrie, les traumatismes interpersonnels (p. ex., abus sexuel, violence familiale) prédisaient le **TOP**, alors que les traumatismes non interpersonnels (accident, maladie, catastrophe naturelle) ne le prédisaient pas (Ford et al., 1999).
- ✓ Chez des adolescents âgés entre 14 et 16 ans, Boden et al. (2010) rapportent que l'exposition à de l'adversité socio-économique, à des pratiques parentales inadaptées, à de l'abus et à de la violence conjugale prédit le **TOP**.
- ✓ Selon Burnette (2013), l'exposition à la violence conjugale est associée à un plus grand risque de présenter des symptômes du **TOP**.
- ✓ Chez des adolescents, les réactions post-traumatiques agissent à titre de médiateurs dans la relation entre la victimisation et différents troubles tel que le **TOP** (Cromer & Villodas, 2017).



Chevauchement des symptômes

Des chercheurs et des cliniciens rapportent que les symptômes du **TOP** et du trauma complexe peuvent se chevaucher, ce qui peut parfois causer des difficultés dans la distinction de ces deux phénomènes. Par exemple, van der Kolk et al. (2009) mentionnent que le *Developmental Trauma Disorder*, ou DTD (qui vise à traduire le concept clinique de trauma complexe en une proposition diagnostique), chevauche certains symptômes du **TOP**, que voici :



D'ailleurs, van der Kolk et al. (2019) rapportent que le DTD est associé à des troubles externalisés, tels que le **TOP**, le TDA/H et le TC. De façon plus générale, les problèmes de comportements externalisés sont liés au cumul d'expositions à la violence, incluant la maltraitance en enfance, la violence familiale, la violence dans la communauté et des pratiques parentales inadaptées¹.

Ford et al. (2000) rapportent quant à eux des symptômes du TSPT et du **TOP** qui peuvent se chevaucher :

TSPT	Chevauchement des manifestations	TOP
Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques	Refus de s'engager dans certaines activités ou de suivre les règles	S'oppose activement
Engourdissement émotionnel, détachement social	Indifférence aux sentiments ou aux droits des pairs ou des adultes	Refuse de se plier aux règles ou aux demandes des personnes en position d'autorité
Hypervigilance	Suspicion par rapport aux intentions des autres	Est susceptible ou facilement agacé par les autres

¹ Alvarez-Lister et al., 2014; Briggs-Gowan et al., 2010; Cudmore et al., 2015; du Plessis et al., 2015; Ford et al., 1999, 2008, 2009, 2010, 2011; Greger et al., 2015; Horan & Widom, 2015; Shen, 2009; Turner et al., 2015; Boden et al., 2010; Greger et al., 2015; Simmel et al., 2011; Lewis et al., 2015; Borofsky et al., 2013; Cecil et al., 2014; Javdani et al., 2014; Lambert et al., 2012; Logan-Greene & Semanchin Jones, 2015; Maguire et al., 2015; Moffitt et al., 2008 (dans van der Kolk et al., 2019).

Modèle conceptuel

Ford (2002) a proposé un modèle conceptuel afin d'expliquer le lien entre les traumatismes et le **TOP**. Son modèle postule une séquence chronologique allant de 1) l'exposition à des traumatismes de nature interpersonnelle en enfance; 2) l'altération de la régulation émotionnelle et du traitement des informations; 3) les problèmes graves et persistants d'opposition/défiance et d'agression manifeste ou cachée, aggravés par des symptômes post-traumatiques.

Implications cliniques

- ⇒ Les enfants traumatisés et stressés répondent souvent inconsciemment aux stimuli de l'environnement par des réactions de survie incluant des comportements oppositionnels (Perry & Szalavitz, 2006). Lorsque les comportements oppositionnels sont vus à la lumière d'une perspective attentive aux traumatismes, les adultes présents auprès de ces enfants comprennent mieux les besoins de ces derniers et peuvent faire preuve de davantage de compassion (Kuban, 2011).
- ⇒ Des interventions pertinentes à réaliser auprès des parents et des professeurs des enfants ayant vécu des événements traumatiques et présentant des symptômes oppositionnels reposent sur l'éducation. En effet, il est important d'éduquer les adultes qui entourent ces enfants sur la nature et l'origine des comportements de l'enfant. D'un point de vue clinique, la colère et les comportements agressifs peuvent être dus à des sentiments sous-jacents de peur, de douleur, d'inquiétude et de frustration. Une faible estime de soi, une peur de l'échec ou un sentiment d'isolement peuvent aussi être sous-jacents à la colère et aux comportements agressifs (Kuban, 2011).
- ⇒ Les interventions réalisées auprès des enfants présentant des symptômes oppositionnels devraient notamment s'articuler autour du support de la régulation des affects, de la résolution de conflits et du développement des capacités adaptatives, plutôt qu'être uniquement centrées sur l'établissement de conséquences suite à des comportements jugés inadéquats (Kuban, 2011).

Ressources

Lors de l'évaluation d'un enfant, il peut être difficile de déterminer si les différents symptômes qu'il présente sont liés aux conséquences d'un traumatisme ou s'ils reflètent également d'autres diagnostics, tels que le TDAH, le **TOP**, etc. Voici des ressources du *National Child Traumatic Stress Network* qui peuvent vous guider :

- *Assessment of complex trauma by mental health professionals:*
<https://www.nctsn.org/resources/assessment-complex-trauma-mental-health-professionals>
- *Assessment of complex trauma: Information for non-mental health professionals:*
<https://www.nctsn.org/resources/assessment-complex-trauma-information-non-mental-health-professionals>
- *Assessment of complex trauma by parents and caregivers:*
<https://www.nctsn.org/resources/assessment-complex-trauma-parents-and-caregivers>
- *Complex trauma standardized measures:*
<https://www.nctsn.org/resources/complex-trauma-standardized-measures>

Références

- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Paris, France: Masson.
- Boden J. M., Fergusson D. M., & Horwood L. J. (2010). Risk factors for conduct disorder and oppositional/defiant disorder: Evidence from a New Zealand birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1125-1133. doi: 10.1097/00004583-201011000-00006
- Burnette, M. L. (2013). Gender and the development of oppositional defiant disorder: Contributions of physical abuse and early family environment. *Child Maltreatment*, 18(3), 195-204. doi: 10.1177/1077559513478144
- Carliner, H., Gary, D., McLaughlin, K. A., & Keyes, K. M. (2017). Trauma exposure and externalizing disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey adolescent supplement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent*, 56(9), 755-764. doi: 10.1016/j.jaac.2017.06.006
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J. D., Lanktree, C., Blaustein, M. E., Cloitre, M., ... van der Kolk, B. A. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. doi: 10.3928/00485713-20050501-05
- Cromer, K. D., & Villodas, M. T. (2017). Post-traumatic stress as a pathway to psychopathology among adolescents at high-risk for victimization. *Child Abuse & Neglect*, 67, 182-192. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.02.025
- D'Andrea, W., Ford, J. D., 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- 200. doi: 10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x
- Ford, J. D. (2002). Traumatic victimization in childhood and persistent problems with oppositional-defiance. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 25-58. doi: 10.1300/J146v06n01_03
- Ford, J. D., Racusin, R., Daviss, W. B., Ellis, C. G., Thomas, J., Rogers, K., Reiser, J., Schiffman, J., & Sengupta, A. (1999). Trauma exposure among children with oppositional defiant disorder and attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 786-789. doi: 10.1037/0022-006X.67.5.786
- Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C., Daviss, W. B., Reiser, J., Fleischer, A. & Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment*, 5(3), 205-217. doi: 10.1177/1077559500005003001
- Kuban, C. (2011). Oppositional Defiant Disorder and Trauma. Repéré à <https://www.lianalowenstein.com/articlesODDKuban.pdf>
- Lipschitz, D. S., Morgan, C. A., & Southwick, S. M. (2002). Neurobiological disturbances in youth with childhood trauma and in youth with conduct disorder. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 149-174. doi: 10.1300/J146v06n01_08
- Perry, B. D. & Szalavitz, M. (2006). *The boy who was raised as a dog and other stories from a child psychologist's notebook*. New York: Basic Books.
- van der kolk, B. A., Ford, J. D., & Spinazzola, J. (2019). Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: Findings from the DTD field trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). doi: 10.1080/20008198.2018.1562841
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408. doi:10.3928/00485713-20050501-06
- van der kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York, NY: Penguin Books.
- van der Kolk, B. A., Pynoos, R., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D., ... Teicher, M. H. (2009). *Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V*. Repéré à http://www.trauma-center.org/announcements/DTD_papers_Oct_09.pdf