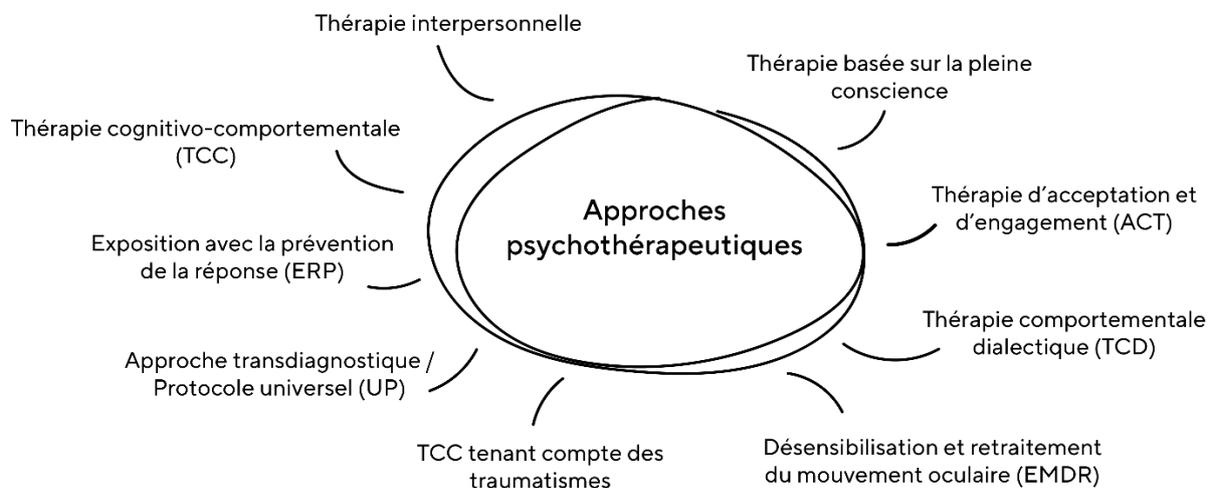


Différentes approches psychothérapeutiques des problèmes de santé mentale chez les personnes autistes

Cet article a été rédigé par AIDE Canada (<https://aidecanada.ca/>). Vous pouvez également consulter cet article directement sur leur site web en cliquant [ici](#).



Il existe plusieurs approches psychothérapeutiques pour traiter les problèmes de santé mentale des personnes autistes et non autistes. Certaines personnes peuvent se rendre compte qu'elles préfèrent une certaine approche. Bien que la plupart des gens ne participent pas à toutes les formes de psychothérapie, ils peuvent explorer différentes approches afin de découvrir celle qui leur convient le mieux. Voici une vue d'ensemble des approches pour lesquelles il existe de nombreuses preuves ou des preuves émergentes dans les recherches existantes :



→ **Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)**

La TCC est une forme de psychothérapie qui met l'accent sur le rôle important des pensées dans la façon dont les individus se sentent et agissent.²⁷ Bien qu'il existe différents types de TCC, ceux-ci visent généralement à aider les personnes à explorer la façon dont elles pensent à ce qui se passe autour d'elles. La TCC suggère que les pensées inutiles et le sens que les gens donnent aux événements peuvent les empêcher d'aborder les situations avec confiance.²⁷ Ces pensées négatives contribuent à des difficultés émotionnelles telles que l'inquiétude et la tristesse.²⁷ Pour contrer ces difficultés, la TCC aide les personnes à



développer de nouvelles façons de penser afin de se sentir et d'agir différemment, même si la situation ne change pas.

Dans le cadre de la TCC, les personnes apprennent une série de stratégies cognitives et comportementales. Par exemple, les personnes peuvent apprendre à identifier plus clairement les problèmes, à prendre conscience de leurs pensées automatiques et à voir une situation sous un angle différent.²⁸ Ils peuvent explorer la façon dont leurs expériences passées peuvent affecter leurs sentiments et leurs croyances actuels, et ils peuvent apprendre à développer une façon plus positive de voir les situations.²⁸ La TCC aide les personnes à identifier les schémas de pensée qui ne sont pas utiles, comme la peur du pire, la généralisation excessive, la pensée du "tout ou rien" ou la concentration sur la façon dont elles pensent que les choses devraient être plutôt que sur la façon dont elles sont.²⁸ Les personnes peuvent tenir une liste ou un journal quotidien de leurs pensées, de leurs sentiments et de leurs actions, et en parler avec leur thérapeute.²⁸ Ils peuvent faire des jeux de rôle et recevoir des commentaires de leur thérapeute, et ils mettent en pratique les compétences nouvellement acquises dans le cadre de la thérapie et en dehors (par exemple, à la maison).²⁸ La mise en pratique des nouvelles compétences favorise le changement positif et la croissance.

Une autre partie de la TCC consiste à aider les gens à apprendre à affronter leurs peurs ou leurs inquiétudes plutôt que de les éviter.²⁸ Il est important d'affronter ses peurs et ses inquiétudes car, même si le fait d'éviter les situations redoutées permet de se sentir mieux à court terme, cela apprend à la personne que la meilleure façon de contrôler son anxiété est d'éviter ce qui la déclenche. En évitant les situations redoutées, la personne perd l'occasion d'apprendre qu'en fait, elle peut gérer la chose dont elle a peur. Pour apprendre à affronter ses peurs, la personne apprend d'abord plusieurs stratégies, comme des façons plus positives de penser et de faire face, ainsi que des moyens de calmer son esprit et son corps. Ensuite, la personne travaille avec son thérapeute pour décomposer une situation redoutée en petites étapes faciles à gérer, chacune présentant une difficulté croissante (c'est ce qu'on appelle une "échelle de la peur").²⁸ La personne franchit ensuite les étapes qui augmentent progressivement vers la situation la plus redoutée. Le fait d'affronter ses peurs aide à les diminuer car la personne réussit à franchir chaque étape et apprend qu'elle peut effectivement gérer ce qui l'effraie. Le fait d'affronter ses peurs peut aider à briser le vieux schéma qui consiste à fuir ou à éviter ses peurs d'une manière qui n'est pas utile, par exemple, d'une manière qui entraîne un malaise.²⁷²⁷

La TCC est généralement :

- Dirigé par un expert en santé mentale (par exemple, un psychologue, un travailleur social clinique, un conseiller ou un autre thérapeute).
- Une thérapie de courte durée (par exemple, 20 séances ou moins).
- Facilités 1-1 (individuellement) ou en groupe.
- Instructif (c'est-à-dire qu'il enseigne à une personne comment exécuter une stratégie ou une compétence spécifique ou fournit des informations sur un concept spécifique).
- Structuré (c'est-à-dire qu'il suit un format prévisible à chaque session).
- Orienté vers l'action (c'est-à-dire qu'il inclut la pratique à l'intérieur et à l'extérieur de la session de thérapie pour aborder des situations inconfortables tout en pratiquant de nouvelles compétences).
- Axé sur les objectifs (c'est-à-dire que la personne fixe des objectifs sur ce qu'elle aimerait atteindre et travaille pour les atteindre en collaboration avec son thérapeute).

Il existe de nombreuses preuves de l'utilisation de la TCC modifiée (telle qu'énumérée ci-dessus à la page 5) pour traiter l'anxiété et la dépression chez les enfants, les adolescents et

les adultes du spectre autistique.^{29,30} Si la recherche a montré que la TCC est efficace pour les personnes autistes ayant peu ou pas de difficultés intellectuelles ou de communication, on sait moins comment ce traitement fonctionne pour les personnes présentant ces différences.³¹

Dans la TCC, vous pourriez apprendre à prendre du recul en revanche votre pensée pour envisager des situations d'un autre point de vue...

Deux personnes se tiennent en ligne à des montagnes russes. L'un a l'air vraiment excité et l'autre a l'air effrayé. Certaines personnes pourraient penser que la situation les fait se sentir d'une certaine manière, mais ce sont les mêmes montagnes russes - comment pourraient-ils se sentir si différents?

Peut-être qu'une personne pense à quel point les montagnes russes seront amusantes et l'autre pense que quelque chose de mauvais peut arriver. Cela signifie que leurs sentiments sont moins influencés par la situation et plus par ce qu'ils se disent en silence (en pensant).

En TCC, vous vous entraînez à attraper ce que vous vous dites et à le changer pour vous aider à vous sentir (plus courageux, moins en colère, moins triste, plus détendu, etc.). Ajuster ce que vous vous dites peut vous aider à ressentir et à agir différemment.



Dans la TCC, vous pourriez apprendre à surmonter les peurs en affrontant progressivement les choses dont vous avez peur. Cela vous aide à apprendre que les choses que vous craignez ne sont pas toujours aussi dangereuses que vous pourriez le penser ...

Tim craint de parler à ses camarades de classe. Cela peut être décomposé en un certain nombre de petites étapes qui deviennent lentement plus difficiles. Tim peut pratiquer la première étape jusqu'à ce qu'il se sente moins effrayé, puis il peut passer à l'étape suivante.

1. Dites « Bonjour » à un camarade de classe dans la salle

2. Posez une question rapide: « Y a-t-il un quiz mathématique le vendredi? »

3. Partagez ses plans de week-end avec un camarade de classe



→ **Exposition avec prévention de la réponse (ERP)**

Une forme de psychothérapie étroitement liée à la TCC est l'exposition avec prévention de la réponse (ERP). L'ERP est un traitement bien reconnu des troubles obsessionnels compulsifs dans la population générale.³² Dans le cadre de l'ERP, les personnes sont encouragées à faire face à leurs peurs de la même manière que dans la TCC (c'est-à-dire par l'exposition).^{33,34} Il est important de noter que les personnes apprennent à s'abstenir de se livrer à des envies ou à des actions spécifiques (compulsions) qu'elles feraient normalement pour réduire leur anxiété dans la situation redoutée (prévention de la réponse).³⁴ Le modèle ERP indique que l'intensité de la réponse souhaitée par une personne diminuera ou s'atténuera avec le temps si elle est exposée à plusieurs reprises à la situation qu'elle craint - si elle est aidée à ne pas utiliser les anciens rituels, habitudes ou compulsions pour "annuler" ou neutraliser sa peur.^{33,34} En tant que tel, l'ERP aide les personnes à éliminer les réponses indésirables en les aidant à faire face à leurs peurs tout en les prévenant.^{33,34} Bien que les comportements compulsifs puissent sembler utiles pour réduire l'anxiété à court terme, ils entravent la vie quotidienne à long terme. Il est important de noter que l'exposition proposée dans le cadre de l'ERP commence progressivement et augmente lentement au fil du temps, avec un degré élevé de soutien de la part du thérapeute.

Bien que l'utilisation de l'ERP soit bien établie chez les enfants, les jeunes et les adultes de la population générale,³² l'ERP a fait l'objet de moins de recherches chez les personnes autistes. Certaines preuves préliminaires suggèrent que l'ERP modifié peut être efficace pour les personnes autistes qui ne présentent pas de déficience intellectuelle.^{35,36} On sait peu de choses sur cette approche pour les personnes autistes ayant des difficultés cognitives et/ou linguistiques.

Dans l'ERP, vous pourriez apprendre à faire face progressivement à des choses dont vous avez peur tout en vous empêchant de vous engager dans une envie ou une action une fois que votre anxiété est déclenchée ...



Sally a des pensées constantes quant à savoir si le four a été éteint, même après avoir vérifié une fois.

Cela lui cause des sentiments d'inquiétude inconfortables, alors elle vérifie à plusieurs reprises si le four est éteint. Elle se donne parfois beaucoup de mal pour le faire, comme rentrer du travail ou d'événements sociaux pour vérifier.

Sally pourrait s'entraîner à quitter brièvement sa maison (exposition) et à ne pas retourner à la maison pour vérifier le four (prévention de la réponse).



→ **Interventions basées sur la pleine conscience**

Les interventions basées sur la pleine conscience sont une forme de psychothérapie qui peut inclure des approches spécifiques telles que la réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR) et la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT). Il a été démontré que ces approches réduisent la détresse et facilitent le bien-être chez les personnes non autistes.³⁷⁻⁴⁰

Les interventions basées sur la pleine conscience mettent l'accent sur une attention bienveillante, douce et sans jugement au moment présent ou à l'expérience.⁴¹ Bien qu'il n'existe pas de définition universellement acceptée de la pleine conscience, celle-ci peut être comprise comme un état dans lequel une personne prend conscience de sa condition physique, mentale et émotionnelle au moment présent.⁴¹ En général, les gens apprennent à prêter attention à leurs expériences, comme la façon dont leur corps se sent (sensations corporelles), leurs pensées et leurs sentiments. Les gens sont encouragés à accepter ces expériences sans les juger, ce qui peut faciliter la prise de contact avec ce que l'on ressent, ce qui peut aider à prévenir une spirale descendante de pensées et de sentiments négatifs.³⁷ Les personnes peuvent apprendre à méditer dans le cadre de la thérapie et sont encouragées à pratiquer ces approches dans leur vie quotidienne.⁴¹ Si la méditation est un élément courant des interventions fondées sur la pleine conscience, d'autres stratégies sont également utilisées. Par exemple, des mouvements de yoga doux, des étirements, s'asseoir ou marcher dans la nature, des exercices de respiration, des "scans corporels" et des "images guidées" sont autant de stratégies souvent utilisées dans le cadre de la pleine conscience.⁴²

Les interventions basées sur la pleine conscience sont généralement :

- Dirigé par un expert en santé mentale (par exemple, un psychologue, un travailleur social clinique, un psychiatre, un infirmier, un conseiller ou un autre thérapeute).
- Une thérapie de courte ou de longue durée (par exemple, de 5 semaines à 12 mois).
- Facilités 1-1 (individuellement) ou en groupe.
- Instructif (c'est-à-dire qu'il enseigne à une personne comment exécuter une stratégie ou une compétence spécifique ou fournit des informations sur un concept spécifique).
- Structuré (c'est-à-dire qu'il suit un format prévisible à chaque session).
- Orientée vers l'action (c'est-à-dire qu'elle inclut la pratique à l'intérieur et à l'extérieur de la séance de thérapie, la pleine conscience à la maison étant souvent considérée comme un élément clé de la formation à cette approche).
- Axé sur les objectifs (c'est-à-dire que la personne fixe des objectifs sur ce qu'elle aimerait atteindre et travaille pour les atteindre en collaboration avec son thérapeute).

Dans la pleine conscience, vous pourriez apprendre qu'il y a des pensées et qu'il y a vous qui les observez

Les pensées sont comme:

Les vagues s'élèvent de l'océan pour toucher le rivage, puis retourner à la mer. Vous pouvez regarder les vagues sans être emporté.

Les trains vont et viennent pendant que vous vous tenez debout et regardez depuis le quai.

Courrier indésirable. Vous ne pouvez pas l'empêcher de venir, mais vous n'avez pas à le lire!



En pleine conscience, vous pourriez apprendre à respirer par le nez, en remarquant la légère montée de votre ventre et par la bouche.

En pleine conscience, vous pourriez apprendre à vous connecter avec le moment présent en faisant une pause et en prenant 5-4-3-2-1 ...



5 choses que vous pouvez voir.



4 choses que vous pouvez ressentir.



3 choses que vous pouvez entendre.



2 choses que vous pouvez sentir.

1 chose que vous pouvez goûter.



Parmi les autres psychothérapies connues qui intègrent des techniques basées sur la pleine conscience, citons la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et la thérapie comportementale dialectique (DBT). Bien que l'ACT et la TCD ne mettent pas l'accent sur la méditation, ces approches utilisent d'autres exercices de pleine conscience comme techniques de base pour encourager une plus grande conscience de soi et aider à progresser

vers le changement souhaité.⁴² L'essence de l'ACT est d'apprendre à être conscient de son expérience personnelle ici et maintenant avec ouverture, intérêt et réceptivité.⁴³ Le modèle ACT encourage les gens à s'engager dans une direction qu'ils apprécient personnellement.⁴³ Une caractéristique clé de l'ACT est de permettre aux aspects de son expérience d'exister sans nécessairement les apprécier ou les approuver (c'est-à-dire l'acceptation).⁴³

La TCD fait également appel à la pleine conscience comme élément important du traitement, les clients apprenant à vivre le moment présent et à être pleinement conscients de leurs pensées, sentiments, sensations et impulsions.⁴⁴ Dans le cadre de la TCD, les personnes apprennent à tolérer les émotions intenses, à entretenir des relations positives et saines avec les autres, ainsi qu'à identifier et à modifier les sentiments puissants.⁴⁴ Bien que l'ACT et la TCD comprennent des éléments de pleine conscience, ces approches se concentrent principalement sur les pensées et les sentiments ressentis pendant les activités de pleine conscience et intègrent d'autres domaines de développement des compétences.⁴²

Dans ACT, vous pourriez apprendre à remarquer et à tolérer des émotions désagréables ...

OBSERVER: Scannez votre corps de la tête aux orteils et faites prendre conscience de vos sentiments

SOUFFLER: Prenez quelques respirations profondes

DÉVELOPPER: Faites de la place pour les sentiments

PERMETTRE: Permettez aux sentiments d'être là

DIRE: « Ce sentiment est désagréable, mais je peux l'accepter »



Dans la TCD, vous pourriez apprendre à nommer et à changer les sentiments en prenant l'action opposée ...

Si vous vous sentez triste et que vous voulez vous retirer des gens, téléphonez à un ami

Si vous vous sentez fatigué et que vous voulez rester au lit, prenez une douche et marchez autour du pâté de maisons

Si vous avez peur d'un événement et que vous voulez rester à l'écart, allez-y à la place. Lorsque vous êtes submergé, faites une liste de petits pas et faites la première chose sur la liste



Dans la TCD, vous pourriez apprendre à améliorer les relations et à communiquer plus efficacement avec les autres ...

G – Soyez doux. N'attaquez pas, ne menacez pas ou ne jugez pas les autres

I – Montrez de l'intérêt et écoutez (n'interrompez pas les autres pour parler)

V – Valider les pensées et les sentiments des autres personnes

E – Essayez d'avoir une attitude facile (souriez et soyez léger)



Les interventions basées sur la pleine conscience ont connu un certain succès et semblent prometteuses pour atténuer la détresse des adultes autistes ayant peu ou pas de difficultés intellectuelles ou de communication.⁴⁵⁻⁴⁷ On en sait moins sur l'efficacité des interventions basées sur la pleine conscience chez les enfants autistes ; cependant, les résultats d'un nombre croissant de recherches suggèrent que la pleine conscience peut être une approche utile pour les enfants et les jeunes autistes.⁴⁸

Rencontre avec James

James a suivi huit séances de thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, qui lui ont bien réussi. Il s'est entraîné à visualiser ses pensées comme des chaînes de télévision. S'il n'aime pas la pensée, il peut changer de chaîne et penser à autre chose. James a également essayé de se concentrer lorsqu'il commence à être anxieux en comptant les choses dans son environnement (voitures, chaises, etc.). En se concentrant sur le moment présent, il parvient à détourner son esprit de l'anxiété qu'il ressent.

James se porte bien et lui et son thérapeute ont décidé de se réunir une fois par mois pour faire le point. James peut revenir à des réunions plus fréquentes s'il a besoin de plus de soutien à l'avenir.

→ Psychothérapie interpersonnelle

La psychothérapie interpersonnelle (IPT) est une approche bien établie pour le traitement des adultes et des jeunes non autistes souffrant de dépression.^{49,50} La TIP se concentre sur l'interaction en va-et-vient entre l'humeur d'une personne et ses relations sociales.⁴⁹ Le modèle de la TPI est basé sur l'idée qu'il existe une association "aller-retour" entre l'humeur et les relations, où des sentiments plus négatifs peuvent nuire aux relations et, à leur tour, des relations plus problématiques peuvent aggraver l'humeur d'une personne.⁵¹ Ainsi, les personnes apprennent à développer de meilleures compétences pour établir des relations positives avec les autres et à prendre conscience de la façon dont leur humeur peut influencer



leurs relations.⁵¹ L'amélioration de la qualité des relations et du fonctionnement social d'une personne contribue à réduire sa détresse.⁵¹

Le TPI s'attaque aux problèmes interpersonnels ou relationnels tels que l'isolement social ou les relations insatisfaisantes, ainsi que les disputes ou les conflits entre partenaires, membres de la famille ou amis proches.⁵² Le TPI aide également les personnes qui font face à un deuil, comme la perte d'un être cher ou d'une relation importante, et à des transitions majeures de la vie (par exemple, la fin d'une relation, un déménagement).⁵²

La psychothérapie interpersonnelle est généralement :

- Dirigé par un expert en santé mentale (par exemple, un psychologue, un travailleur social clinique, un conseiller ou un autre thérapeute).
- Une thérapie à court terme (par exemple, d'une durée de 12 à 16 semaines).
- Facilités 1-1 (individuellement).
- Explorative (c'est-à-dire moins rigide dans sa structure, ce qui signifie moins directive et structurée que les autres psychothérapies).
- Dirigé par le client (c'est-à-dire que le client identifie les problèmes interpersonnels ou relationnels qu'il souhaite aborder et les classe par ordre d'importance, tandis que le thérapeute offre une écoute attentive et une clarification des problèmes).
- Orienté vers la société (c'est-à-dire qu'il met l'accent sur le changement dans l'environnement quotidien de l'individu plutôt qu'en son sein).
- Bien qu'un examen récent comprenant de multiples études ait montré que la TPI était efficace pour traiter la dépression chez les jeunes autistes, des 29 recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre cette approche par rapport à d'autres domaines qui posent un problème, par exemple, dans des domaines qui ne sont pas axés sur l'humeur ou les sentiments négatifs d'une personne (par exemple, l'anxiété). En outre, les autistes présentant une déficience intellectuelle n'ont pas été inclus dans la plupart de ces études, ce qui limite notre compréhension de cette psychothérapie (et d'autres) pour ces personnes.²⁹

→ *Protocole unifié pour le traitement Trans diagnostique des troubles émotionnels (UP)*

Le protocole unifié pour le traitement Trans diagnostique des troubles émotionnels (UP) est une psychothérapie axée sur les émotions qui n'est pas centrée sur un diagnostic, mais qui s'intéresse plutôt aux facteurs sous-jacents ou aux questions importantes qui pourraient conduire à ce qui est problématique pour l'individu. Il peut s'agir d'anxiété, de dépression ou de problèmes liés à la colère.⁵³ L'UP est de nature cognitivo-comportementale⁵⁴, c'est-à-dire qu'elle s'intéresse à la façon dont nous pensons et réagissons à ces problèmes. Elle s'appuie sur les aspects de la TCC décrits ci-dessus.

Mieux contrôler ses émotions (ou ce que nous appelons la "régulation des émotions") est l'objectif principal de l'UP et les personnes apprennent une série de compétences liées à la reconnaissance des émotions et à la gestion des sentiments de détresse.^{53,54} Comme dans d'autres approches, les personnes apprennent à tolérer et à gérer de manière plus positive les émotions négatives fortes en s'exposant à ces sentiments. Ils peuvent également apprendre à envisager les situations et les expériences difficiles de manière plus souple.⁵⁴ Enfin, l'UP comprend des stratégies visant à renforcer la motivation, à gérer les crises et à développer



des compétences utiles utilisées par les personnes de soutien clés (par exemple, les soignants, les parents, les partenaires).^{53,54}

UP est habituellement :

- Dirigé par un expert en santé mentale (par exemple, un psychologue, un travailleur social clinique, un psychiatre, un infirmier, un conseiller ou un autre thérapeute).
- Une thérapie de courte à longue durée (par exemple, 21 séances ou jusqu'à ce que le client démontre sa maîtrise de la matière).
- Facilités 1-1 (individuellement) ou en groupe.
- Instructif (c'est-à-dire qu'il enseigne à une personne comment exécuter une stratégie ou une compétence spécifique ou fournit des informations sur un concept spécifique).
- Structuré (c'est-à-dire qu'il suit un format prévisible à chaque session).
- Orienté vers l'action (c'est-à-dire qu'il inclut la pratique à l'intérieur et à l'extérieur de la session de thérapie pour aborder des situations difficiles ou inconfortables tout en pratiquant de nouvelles compétences).
- Axé sur les objectifs (c'est-à-dire que la personne fixe des objectifs sur ce qu'elle aimerait atteindre et travaille pour les atteindre en collaboration avec son thérapeute).

Les chercheurs ont constaté que l'UP est efficace pour les adultes non autistes souffrant d'anxiété et de dépression,^{55,56} tandis que la recherche sur les enfants et les jeunes non autistes est moins développée et doit être approfondie.^{57,58} L'UP a été suggérée comme une approche potentiellement puissante pour traiter les difficultés émotionnelles des personnes autistes, qui ont souvent plus de mal à réguler leurs émotions que les personnes non autistes.⁵⁹ Cependant, cela n'a pas encore été étudié, et des recherches sont nécessaires pour vérifier comment l'UP peut aider les personnes atteintes d'autisme et de troubles mentaux.⁵⁹

→ *Thérapies axées sur les traumatismes*

Plusieurs psychothérapies axées sur les traumatismes existent pour aider les individus, y compris les enfants, les jeunes et leurs familles, à surmonter les effets négatifs des expériences traumatiques, qui sont des expériences très difficiles ou bouleversantes survenues dans la vie d'une personne. Les praticiens peuvent également utiliser une approche fondée sur les traumatismes, qui tient compte de l'expérience traumatique de la personne dans d'autres approches psychothérapeutiques (par exemple, la pleine conscience).

La thérapie cognitive-comportementale axée sur les traumatismes (TF-CBT) est un exemple fondé sur des preuves d'une thérapie spécifique axée sur les traumatismes.⁶⁰ Dans le cadre de la TF-CBT, les personnes bénéficient, avant tout, d'un environnement sûr et sécurisé pour partager leur expérience traumatique.⁶⁰ Plus précisément, la TF-CBT met l'accent sur la psychoéducation et le développement de la relaxation, la régulation des émotions et le développement de compétences d'adaptation cognitives comme l'autosurveillance et l'activation comportementale.⁶⁰ La TF-CBT se concentre également sur le récit du traumatisme, une technique qui aide les personnes à donner un sens à leurs expériences tout en agissant comme une forme d'exposition et de gestion des souvenirs difficiles.⁶⁰ Lors de la rédaction d'un récit traumatique, l'histoire d'une expérience traumatique peut être racontée par la parole, l'écriture ou d'autres moyens artistiques.⁶⁰ Le partage d'un récit traumatique rend les souvenirs traumatiques plus faciles à gérer et atténue les émotions douloureuses qu'ils véhiculent.⁶⁰ La TF-CBT peut également inclure une personne de soutien pour le client (par exemple, le soignant d'un enfant) afin d'améliorer la sécurité pour les



déclencheurs de traumatismes (questions et réponses bouleversantes qui sont causées par l'exploration de l'expérience traumatique et difficile). La TF-CBT peut également inclure un plan pour conserver ou maintenir les compétences nouvellement acquises à l'avenir.⁶⁰

Une autre psychothérapie axée sur les traumatismes est l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing/ Désensibilisation et retraitement du mouvement oculaire).⁶¹ Comme la TF-CBT, l'EMDR aide une personne à trouver et à traiter ou à gérer des souvenirs traumatiques et d'autres expériences de vie difficiles. Pendant l'EMDR, les personnes s'identifient brièvement à un événement ou à un souvenir émotionnellement pénible, tout en se concentrant sur un autre élément de leur environnement (un stimulus externe).⁶¹ Une forme de mouvement oculaire dirigé par le thérapeute, où la personne utilise ses yeux pour suivre la main du thérapeute qui va et vient dans son champ de vision, en est un exemple courant.⁶² D'autres mouvements, comme le tapotement des mains, peuvent également être utilisés.⁶² Le fait de se concentrer sur les souvenirs difficiles et d'effectuer ces mouvements spécifiques aide les personnes à s'exposer à des pensées et des émotions accablantes afin de développer une nouvelle façon de penser, par exemple, de nouvelles associations entre le souvenir traumatique et une façon plus saine de gérer cette information difficile.^{61,62} Ces nouvelles associations ou façons de penser aident la personne à se diriger vers des réponses mentales et physiques plus saines à son traumatisme et à ses facteurs de stress.⁶¹

Les thérapies spécifiques axées sur les traumatismes sont généralement :

- Dirigé par un expert en santé mentale ayant reçu une formation spécialisée en matière de traumatisme (par exemple, un psychologue, un travailleur social clinique, un psychiatre, un infirmier, un conseiller ou un autre thérapeute).
- Une thérapie à court terme (par exemple, qui ne dure pas plus de 16 séances).
- Facilités 1-1 (individuellement).
- Instructif (c'est-à-dire qu'il enseigne à une personne comment exécuter une stratégie ou une compétence spécifique ou fournit des informations sur un concept spécifique).
- Structuré (c'est-à-dire qu'il suit un format prévisible à chaque session).
- Dirigée par le thérapeute (c'est-à-dire qu'elle comprend principalement une pratique guidée au cours de la séance de thérapie).
- Axé sur les objectifs (c'est-à-dire que la personne fixe des objectifs sur ce qu'elle aimerait atteindre et travaille pour les atteindre en collaboration avec son thérapeute).

Les personnes autistes peuvent être plus susceptibles de vivre des événements traumatiques en raison d'une combinaison de facteurs individuels, comme les différences sociales et de communication, et de facteurs environnementaux, comme l'isolement, les attitudes sociétales et l'interaction accrue avec de multiples systèmes de services.⁶³ Étant donné que le stress lié aux événements traumatiques peut avoir des répercussions négatives sur le bien-être général d'une personne, les chercheurs et les praticiens ont envisagé l'utilisation de thérapies axées sur les traumatismes chez les enfants, les adolescents et les adultes autistes.⁶³ Cette recherche en est à ses débuts et on sait peu de choses sur la pertinence ou l'utilité des thérapies axées sur les traumatismes pour les autistes. Par exemple, l'utilisation de la TF-CBT chez les enfants autistes a été explorée dans la littérature, mais n'a pas encore fait l'objet de grandes études d'évaluation. L'⁶⁴EMDR a été étudiée chez les adultes autistes,⁶⁵ mais ses effets n'ont pas encore été étudiés au-delà de cas uniques.⁶⁶ De

nombreuses autres recherches sont nécessaires pour évaluer l'efficacité des thérapies axées sur le traumatisme chez les autistes.

Dans TF-CBT, vous pourriez partager votre expérience défavorable avec votre thérapeute par la parole, l'écriture ou l'art, après avoir établi une relation sûre et confortable, et pratiqué d'autres compétences d'adaptation ...



Conclusion

La psychothérapie est un moyen d'aider les gens à gérer les pensées, les sentiments et les comportements troublants afin d'améliorer leur bien-être général.^{23,24} Les personnes autistes sont plus susceptibles que les personnes non autistes de souffrir de problèmes de santé mentale, et l'accès à une psychothérapie adaptée à leurs besoins est important et peut être très utile. Il est encourageant de constater que la recherche et la pratique se sont rapidement développées pour mieux comprendre la santé mentale dans l'autisme. À ce jour, les recherches indiquent les bienfaits de la psychothérapie pour les personnes autistes.^{21,22} Mais d'autres recherches sont nécessaires pour tester l'efficacité de certains traitements pour les personnes autistes, en particulier chez celles qui présentent des différences intellectuelles et de communication plus importantes. Mais les résultats préliminaires sont encourageants.²² De nombreux facteurs personnels de l'individu peuvent avoir un impact sur l'adéquation d'une approche spécifique pour cette personne. Si vous envisagez une thérapie, nous vous encourageons à en parler avec un professionnel qui vous connaît bien.

Découvrir une psychothérapie qui vous convient...^{23,24}



1. Caractéristiques du client

Est-ce que j'aime les activités structurées ou le dialogue ouvert?

Suis-je prêt à explorer mes pensées, mes sentiments et mes comportements de nouvelles façons?

Suis-je prêt à acquérir de nouvelles compétences?

Qu'est-ce qui est disponible dans ma région?

Quel type de thérapie m'a été recommandé dans le passé?

2. Caractéristiques et expertise du thérapeute

Le thérapeute semble-t-il ouvert, acceptant et authentique?

Voient-ils mes forces et ma vision du monde?

M'invitent-ils à sortir de ma zone de confort et à pratiquer de nouvelles compétences?

Ont-ils une compréhension de ma préoccupation?

3. Données probantes issues de la recherche

Y a-t-il un soutien à la recherche montrant que cette approche peut réduire ma préoccupation?

Prochaines étapes dans la découverte d'une psychothérapie qui vous convient . . .



Ai-je une préoccupation particulière à laquelle je veux répondre?

Suis-je intéressé à améliorer mon bien-être général?

Suis-je intéressé à explorer mes pensées, mes sentiments et mes comportements de nouvelles façons?

Suis-je intéressé à acquérir de nouvelles compétences?

Quelle approche a le plus résonné en moi?

Quelle approche suis-je le plus intéressé à essayer?

Qu'est-ce qui est disponible dans ma région?

JE SUIS PEUT-ÊTRE PRÊT À PARLER À UN FOURNISSEUR DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE POUR EN SAVOIR PLUS.



Ajustements psychothérapeutiques recommandés pour les personnes autistes

Des ajustements à la façon dont la psychothérapie est généralement fournie ont été recommandés pour les personnes autistes, et devraient être envisagés quelle que soit l'approche utilisée :^{22,25,26}

- Mettre l'accent sur les traits de caractère positifs et les points forts de l'individu.
- Adaptez les caractéristiques liées à l'autisme sur une base individuelle (p. ex. éclairage tamisé, écouteurs réducteurs de bruit, outils de manipulation, accès à des articles de confort, espace de pause).
- Clarifier les termes préférés de la personne en ce qui concerne l'autisme (par exemple, la personne ou l'identité d'abord) et la santé mentale (par exemple, inquiet, effrayé, effrayé, anxieux).
- Accroître l'inclusion des soignants et des autres personnes de soutien clés (p. ex. les parents, les aides communautaires ou comportementales, les travailleurs de relève) lorsque la personne est à l'aise de le faire pour aider à généraliser l'information et les nouvelles compétences en dehors du cadre de la thérapie.
- Offrir un rythme de traitement plus lent pour permettre un temps de traitement et de pratique supplémentaire (par exemple, augmenter le nombre total de séances).
- Planifier ensemble la pratique à domicile et dans la communauté et vérifier régulièrement la pratique en dehors de la session.
- Incorporer des intérêts particuliers pour enseigner, engager et augmenter la participation.
- Réduire l'utilisation de métaphores (langage non direct) et être plus concret sur le plan cognitif pour certaines personnes.
- Proposer des sessions structurées avec des attentes claires
- Utiliser des informations écrites et visuelles et des feuilles de travail structurées (par exemple, des documents, des vidéos, des images, des feuilles de travail à choix multiples).
- Offrez des pauses régulières ou envisagez des sessions plus courtes pour maintenir l'attention et aider à gérer le groupe pour certaines personnes.

Au niveau du contenu de la thérapie :

- Fournir une psychoéducation sur la relation entre l'autisme et la santé mentale.
- Explorer et développer la conscience/reconnaissance émotionnelle
- Mettre l'accent sur les stratégies comportementales telles que le soutien de l'activation comportementale (par exemple, en programmant délibérément des activités agréables et significatives) et l'exposition répétée (par exemple, l'exposition graduelle et soutenue à une situation ou un objet redouté).
- Simplifier les activités cognitives ou basées sur la pensée abstraite pour certaines personnes.
- Proposer une formation complémentaire aux compétences (par exemple, résolution de problèmes sociaux, autorégulation).
- Soutenir les comportements de vie saine liés au sommeil, à l'activité physique et à l'alimentation.



Références

1. Camm-Crosbie, L., Bradley, L., Shaw, R., Baron-Cohen, S., & Cassidy, S. (2019). 'Les gens comme moi ne reçoivent pas de soutien' : Autistic adults' experiences of support and treatment for mental health difficulties, self-injury and suicidality. *Autism*, 23(6), 1431-1441.
2. Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C.E., Ahmad, S. et Khan, M. (2011). *L'impact sur la vie et l'économie des principales maladies mentales au Canada : 2011 à 2041*. Commission de la santé mentale du Canada. RiskAnalytica. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_Report_Base_Case_FINAL_ENG_0_0.pdf
3. Gouvernement du Canada (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*. Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada. https://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_e.pdf
4. Pearson, C., Janz, T. et Ali, J. (2013). *La santé en un coup d'œil : Les troubles mentaux et les troubles liés à la consommation de substances au Canada*. Numéro de catalogue de Statistique Canada. 82-624-X. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-624-x/2013001/article/11855-eng.pdf?st=JCbO-B2p>
5. Rush, B., Urbanoski, K., Bassani, D., Castel, S., Wild, T.C., Strike, C., Kimberley, D. et Somers J. (2008). Prévalence des troubles concomitants de toxicomanie et d'autres troubles mentaux dans la population canadienne. *Revue canadienne de psychiatrie*, 53 : 800-9. doi : 10.1177/070674370805301206
6. Statistique Canada (2018). *Décès et taux de mortalité par âge, selon certaines causes groupées, Canada*. Tableau : 13-10-0392-01 <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310039201>
7. Les enfants d'abord Canada (2020). *Élever le Canada 2020: Sonner l'alarme pour les enfants du Canada*. <https://childrenfirstcanada.org/raising-canada>
8. Statistique Canada. (2020) *Décès et taux de mortalité par âge, selon certaines causes groupées, Canada*. Table 13-10-0392-01 <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310039201>
9. Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nydén A, Wentz E, Ståhlberg O, Herbrecht E, Stopin A, Anckarsäter H, Gillberg C, Råstam M, & Leboyer M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 10(9), 35. doi : 10.1186/1471-244X-9-35.
10. Moseley, D.S., Tonge, B.J., Brereton, A.V., & Einfeld S.L. (2011). Comorbidité psychiatrique chez les adolescents et les jeunes adultes autistes. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 4, 229-243. <https://doi.org/10.1080/19315864.2011.595535>
11. Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird. G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders : Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 4, 921-929. doi : 10.1097/CHI.0b013e318179964f.
12. Skokauskas, N., & Gallagher. L. (2012). Aspects de santé mentale des troubles du spectre autistique chez les enfants. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56, 248-257. doi : 10.1111/j.1365-2788.2011.01423.x
13. Solomon, M., Miller, M., Taylor, S.L., Hinshaw, S.P, & Carter, C.S. (2012). Symptômes d'autisme et psychopathologie d'internalisation chez les filles et les garçons atteints de troubles du spectre autistique. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 48-59. doi : 10.1007/s10803-011-1215-z
14. Mukaddes, N.M., Hergner, S., & Tanidir. C. (2010). Troubles psychiatriques chez les personnes atteintes d'autisme de haut niveau et du syndrome d'Asperger : similitudes et différences. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11, 964-971. doi : 10.3109/15622975.2010.507785
15. Lai, M.C., Kasseh, C., Besney, R., Bonato, S., Hull, L., Mandy, W., Szatmari, P. et Ameis, S.H. (2019). Prévalence des diagnostics de santé mentale cooccurrents dans la population autiste : Une revue systématique et une méta-analyse. *Lancet Psychiatry*, 6(10), 819-829. doi : 10.1016/S2215-0366(19)30289-5.

16. Havdahl, A., & Bishop, S. (2019). Hétérogénéité de la prévalence des conditions psychiatriques cooccurrentes dans l'autisme. *Lancet Psychiatry*, 6(10), 794-795. doi : 10.1016/S2215-0366(19)30326-8.
17. Mattila, M. L., Hurtig, T., Haapsamo H., Jussila, K., Kuusikko-Gauffin, S., Kielinen, M., Linna, S.L., Ebeling, H., Bloigu, R., Joskitt, L., Pauls, D.L., & Moilanen, I. (2010). Comorbid psychiatric disorders associated with asperger syndrome/high functioning autism : a community- and clinic-based study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1080-1093. doi : 10.1007/s10803-010-0958-2
18. Lugnegard, T., Hallerback, M. U., & Gillberg, C. (2011). Comorbidité psychiatrique chez les jeunes adultes ayant un diagnostic clinique du syndrome d'Asperger. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1910-1917. doi : 10.1016/j.ridd.2011.03.025
19. Hudson, C.C., Hall, L. et Harkness, K.L.J. (2018). Prévalence des troubles dépressifs chez les personnes atteintes de troubles du spectre autistique : A metaanalysis. *Abnormal Child Psychology*, 47, 165-175. doi : 10.1007/s10802-018-0402-1.
20. Lake, J. K., Perry, A. et Lunsy, Y. (2014). Services de santé mentale pour les personnes atteintes de troubles du spectre autistique de haut niveau. *Recherche et traitement de l'autisme*, 502420. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/502420>
21. Vasa, R. A., Keefer, A., Reaven, J., South, M. et White, S.W. (2018). Priorités pour faire avancer la recherche sur les jeunes atteints de troubles du spectre autistique et d'anxiété cooccurrente. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48, 925-34. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3320-0>.
22. White, S.W., Simmons, G.L., Gotham, K. O., Conner, C. M., Smith, I. C., Beck, K. B. et Mazefsky, C. A. (2018). Traitements psychosociaux ciblant l'anxiété et la dépression chez les adolescents et les adultes du spectre autistique : Examen des dernières recherches et orientations futures recommandées. *Current Psychiatry Reports*, 20, 82. doi : 10.1007/s11920-018-0949-0
23. Lambert, M. J. (2013). *Le manuel de psychothérapie et de changement de comportement de Bergin et Garfield*. Hoboken, NJ : John Wiley & Sons.
24. Société canadienne de psychologie. (2012). Pratique fondée sur des données probantes en matière de traitement psychologique : Une perspective canadienne. http://www.cpa.ca/docs/file/Practice/Report_of_the_EBP_Task_Force_FINAL_Board_Approved_2012.pdf
25. Walters, S., Loades, M., & Russell, A. (2016). Une revue systématique des modifications efficaces de la thérapie cognitivo-comportementale pour les jeunes atteints de troubles du spectre autistique. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 3(2), 137-153. <https://doi.org/10.1007/s40489-016-0072-2>
26. Institut national pour l'excellence en matière de santé et de soins. (2013). *Autisme : La gestion et le soutien des enfants et des jeunes sur le spectre de l'autisme*. CG 170 Londres : Institut national pour l'excellence en matière de santé et de soins.
27. Beck, J.S. (2011). *La thérapie cognitivo-comportementale : Basics and Beyond*. New York, NY : Guilford Press.
28. Dobson, D. & Dobson, K.S. (2009). *Evidence-Based Practice of Cognitive-Behavioral Therapy*. New York, NY : Guilford Press.
29. Cameron, L.A., Phillips, K., Melvin, G.A., Hastings, R.P., & Gray, K.M. (2020). Interventions psychologiques pour la dépression chez les enfants et les jeunes ayant une déficience intellectuelle et/ou un autisme : Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 1-10. doi : 10.1192/bjp.2020.226
30. Hillman, K., Dix, K., Ahmed, K., Lietz, P., Trevitt, J., O'Grady, E., Uljarevic, E., Vivanti, G., & Hedley, D. (2020). Interventions pour l'anxiété chez les enfants d'âge scolaire ordinaire atteints de troubles du spectre autistique : Une revue systématique. *Campbell Systematic Reviews*, 16, e1086. <https://doi.org/10.1002/cl2.1086>
31. Blakeley-Smith, A., Meyer, A.T., Boles, R.E., & Reaven, J. (2021). Traitement cognitivo-comportemental de groupe pour l'anxiété chez les adolescents atteints de TSA et de déficience intellectuelle : Une étude pilote et de faisabilité. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. [Epub ahead of print] PubMed PMID : 33410240.

32. Law, C., & Boisseau, C. L. (2019). La prévention de l'exposition et de la réponse dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif : Perspectives actuelles. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 1167-1174. doi : 10.2147/PRBM.S211117
33. Lewin, A.B., Storch, E.A., Merlo, L.J., Adkins, J.W., Murphy, T. et Geffken, G.R. (2005). Intensive cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder : A treatment protocol for mental health providers. *Psychological Services*, 2(2), 91-104. <https://doi.org/10.1037/1541-1559.2.2.91>
34. Storch, E. A. (2005). Le trouble obsessionnel-compulsif pédiatrique : Guide pour un traitement efficace et complet. *Contemporary Pediatrics*, 22(11), 58-70.
35. Lehmkuhl, H. D., Storch, E. A., Bodfish, J. W., & Geffken, G. R. (2008). Brief report : exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder in a 12-year-old with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(5), 977-981. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0457-2>
36. Elliott, S.J., McMahon, B.M., et Leech, A.M. (2018). Thérapie comportementale et cognitivo-comportementale pour le trouble obsessionnel compulsif (TOC) chez les personnes atteintes de troubles du spectre autistique (TSA). *Base de données Cochrane de revues systématiques*, 11. doi : 10.1002/14651858.CD013173.
37. Cooper, D., Yap, K., et Batalha, L. (2018). Les interventions basées sur la pleine conscience et leurs effets sur la clarté émotionnelle : Une revue systématique et une méta-analyse. *Journal of Affective Disorders*, 235, 265-276. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.018>.
38. Blanck, P., Perleth, S., Heidenreich, T., Kröger, P., Ditzen, B., Bents, H. et Mander, J. (2018). Effets des exercices de pleine conscience comme intervention autonome sur les symptômes d'anxiété et de dépression : Revue systématique et méta-analyse. *Behaviour Research and Therapy*, 102, 25-35. doi : 10.1016/j.brat.2017.12.002.
39. Potes, A., Souza, G., Nikolitch, K., Penheiro, R., Moussa, Y., Jarvis, E., Looper, K. et Rej, S. (2018). La pleine conscience dans la maladie mentale sévère et persistante : Une revue systématique. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 22, 253-261. <https://doi.org/10.1080/13651501.2018.1433857>
40. Wang, Y.Y., Li, X. H., Zheng, W., Xu, Z.Y., Ng, C.H., Ungvari, G.S., Yuan, Z, et Xiang, Y. (2018). Les interventions basées sur la pleine conscience pour le trouble dépressif majeur : Une méta-analyse complète des essais contrôlés randomisés. *Journal of Affective Disorders*, 229, 429-436. doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.093.
41. Kabat-Zinn, J. (2003). Les interventions basées sur la pleine conscience dans leur contexte : Past, present, and future. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 10(2), 144-156. doi.org/10.1093/clips.y.bpg016
42. Chiesa, A, et Malinowski, P. (2011). Les approches basées sur la pleine conscience : Are they all the same ? *Journal of Clinical Psychology*, 67(4), 404-24. doi : 10.1002/jclp.20776.
43. Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G., (2012). *La thérapie d'acceptation et d'engagement : Le processus et la pratique du changement conscient* (2e édition). New York, NY : Guilford Press.
44. Linehan, M.M. (2021, 5 mars). *Qu'est-ce que la thérapie comportementale dialectique (TCD) ? Behavioral Tech* : Linehan Institute Training Company. <https://behavioraltech.org/resources/faqs/dialectical-behavior-therapy-dbt/>
45. Sizoo, B. B., & Kuiper, E. (2017). La thérapie cognitivo-comportementale et la réduction du stress basée sur la pleine conscience peuvent être aussi efficaces pour réduire l'anxiété et la dépression chez les adultes atteints de troubles du spectre autistique. *Research in Developmental Disabilities*, 64, 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.03.004>.
46. Spek, A. A., van Ham, N. C., & Nyklicek, I. (2013). Thérapie basée sur la pleine conscience chez les adultes présentant un trouble du spectre autistique : Un essai contrôlé randomisé. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 246-253. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.08.009>.
47. Conner, C. M., et White, S. W. (2018). Rapport succinct : Faisabilité et efficacité préliminaire de la thérapie individuelle de pleine conscience pour les adultes atteints de troubles du spectre autistique. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(1), 290-300. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3312-0>.

48. Hartley, M., Dorstyn, D., et Due, C. (2019). La pleine conscience pour les enfants et les adultes atteints de troubles du spectre autistique et leurs soignants : Une méta-analyse. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(10), 4306-4319. doi : 10.1007/s10803-019-04145-3.
49. Mufson, L., Dorta, K.P., Moreau, D., & Weissman, M.M. (2004). *Psychothérapie interpersonnelle pour les adolescents déprimés*. New York, NY : Guilford Press.
50. Frank, E., Kupfer, D.J., Wagner, E.F., McEachran, A.B., & Cornes, C. (1991). Efficacité de la psychothérapie interpersonnelle comme traitement d'entretien de la dépression récurrente : Contributing factors. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1053-1059. doi : 10.1001/archpsyc.1991.01810360017002.
51. Wilfley, D.E., & Shore, A.L. (2015). La psychothérapie interpersonnelle. Dans J.D. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (2e édition) (pp. 631-636). Elsevier.
52. Wurm, C., Robertson, M., & Rushton, P. (2008). Interpersonal psychotherapy : An overview. *Psychotherapy in Australia*, 14(3), 46-54.
53. Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Le protocole unifié pour le traitement transdiagnostique des troubles émotionnels : Therapist guide*. New York, NY : Oxford University Press.
54. Ehrenreich, J.T., Goldstein, C.M., Wright, L.R., & Barlow, D.H. (2009). Développement d'un protocole unifié pour le traitement des troubles émotionnels chez les jeunes. *Child and Family Behavior Therapy*, 31(1), 20-37. doi : 10.1080/07317100802701228
55. Johnston, L., Titov, N., Andrews, G., Spence, J. et Dear, B.F. (2011). Un ECR d'un traitement transdiagnostique délivré par Internet pour trois troubles anxieux : Examen des rôles de soutien et des résultats spécifiques aux troubles. *PLoS One*, 6(11), e28079.
56. Titov, N., Dear, B.F., Johnston, L., Lorian, C., Zou, J., Wootton, B., Spence, J., McEvoy, P.M. et Rapee, R.M. (2013). Améliorer l'adhésion et les résultats cliniques dans le traitement auto-guidé par Internet pour l'anxiété et la dépression : Essai contrôlé randomisé. *PLoS One*, 8(7), e62873.
57. Rohde P. (2012). Application des approches transdiagnostiques aux traitements avec les enfants et les adolescents : Des modèles innovants qui sont prêts pour une évaluation plus systématique. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 83-86. doi:10.1016/j.cbpra.2011.06.006.
58. Bilek, E.L., & Ehrenreich-May, J. (2012). Une enquête sur un essai ouvert d'un traitement de groupe transdiagnostique pour les enfants présentant des symptômes anxieux et dépressifs. *Behavior Therapy*, 43(4), 887-897. doi : 10.1016/j.beth.2012.04.007.
59. Weiss J.A. (2014). Conceptualisation de cas transdiagnostique des problèmes émotionnels chez les jeunes avec TSA : Une approche de régulation des émotions. *Psychologie clinique : Science et pratique*, 21(4), 331-350. <http://dx.doi.org/10.1111/cpsp.12084>
60. Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (Eds.). (2012). *TCC axée sur le traumatisme pour les enfants et les adolescents: Treatment applications*. Guilford Press.
61. Shapiro, F. (2017). *La thérapie de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires(EMDR) : Principes de base, protocoles et procédures*. (3e éd.). New York, NY : Guilford Press.
62. Shapiro F. (2014). Le rôle de la thérapie de désensibilisation et de retraitement par mouvements oculaires (EMDR) en médecine : Traiter les symptômes psychologiques et physiques issus d'expériences de vie défavorables. *The Permanente journal*, 18(1), 71-77. <https://doi.org/10.7812/TPP/13-098>
63. Hoover, D.W. (2015). Les effets du traumatisme psychologique sur les enfants atteints de troubles du spectre autistique : Une revue de la recherche. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2(3), 287-299. <https://doi.org/10.1007/s40489-015-0052-y>
64. Stack, A., & Lucyshyn, J. (2019). Le trouble du spectre autistique et l'expérience d'événements traumatiques : Examen de la littérature actuelle pour informer les modifications apportées à un modèle de traitement pour les enfants autistes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(4), 1613-1625. doi : 10.1007/s10803-018-3854-9.



65. Sizoo, B. et Lobregt, E. (2016). Traiter les traumatismes avec l'EMDR chez les adultes atteints de troubles du spectre autistique (TSA) : Une revue de la littérature. *European Psychiatry*, 33, S699. doi : 10.1016/j.eurpsy.2016.01.2081
66. Lobregt-van Buuren, E., Sizoo, B., Mevissen, L. & de Jongh A. (2019). La thérapie de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) comme traitement réalisable et potentiellement efficace pour les adultes atteints de troubles du spectre autistique (TSA) et ayant des antécédents d'événements indésirables. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49 (1), 151-164. doi : 10.1007/s10803-018-3687-6.