

WEBINAIRE

LES RISQUES D'AGRESSION CHEZ LES ENFANTS TND COMPRENDRE ET PRÉVENIR



Dr Amandine TURCQ
Psychiatre



**AMBITION
HANDICAP**
FORMATION & CONSEIL

TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAU X ET EXPOSITIONS AUX VIOLENCES SEXUELLES

Webinaire Association JOKER
14 sept 2026

Dr Amandine TURCQ

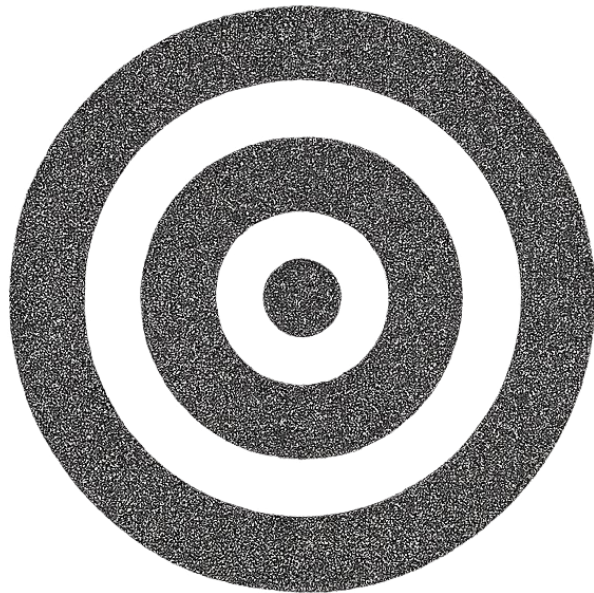
Pédopsychiatre
Cheffe de pôle PEA Nouvel Hôpital de Navarre

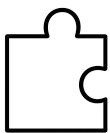
Psychiatre spécialisé dans la prise en charge des TSA avec TCA
Hôpital Croix-ROuge Française Bois-Guillaume
Référente régionale TCA NORMandie CHU ROUEN



Objectifs de la présentation

- Comprendre les vulnérabilités spécifiques
- Mesurer l'ampleur du problème
- Identifier les mécanismes en jeu
- Proposer des pistes de prévention et protection





Trouble du spectre de l'autisme (TSA)

1% population mondiale

3,2% USA (8 ans)

OMS, 2023 | Maenner et al., 2023



Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)

7-8% enfants

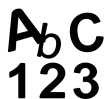
Thomas et al., 2015 | Sayal et al., 2018



Déficience intellectuelle (DI)

1% de la population pédiatrique

Maulik et al., 2011



Troubles DYS (Dyslexie, Dyscalculie, Dysgraphie, Dyspraxie)

5-15% enfants d'âge scolaire

APA, 2013



Troubles communication

7-8% des enfants

Black et al., 2015

Prévalence des TND

AU TOTAL :
environ **15-20 %** des
enfants présentent
un TND

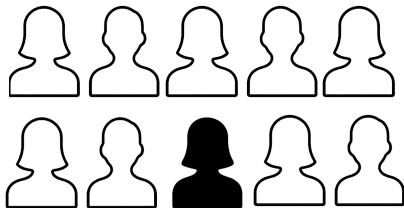
**Très souvent
comorbides**

Risque de maltraitance

Tout type de maltraitements (physique, psychologique, sexuelle et négligence)

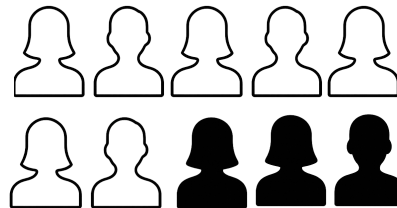
Les enfants avec TND ont un risque entre 2.5 et 3.7 fois plus de risque de subir tout type de maltraitements

**Enfants
Neurotypique 9%**



**X2-3
plus de risque**

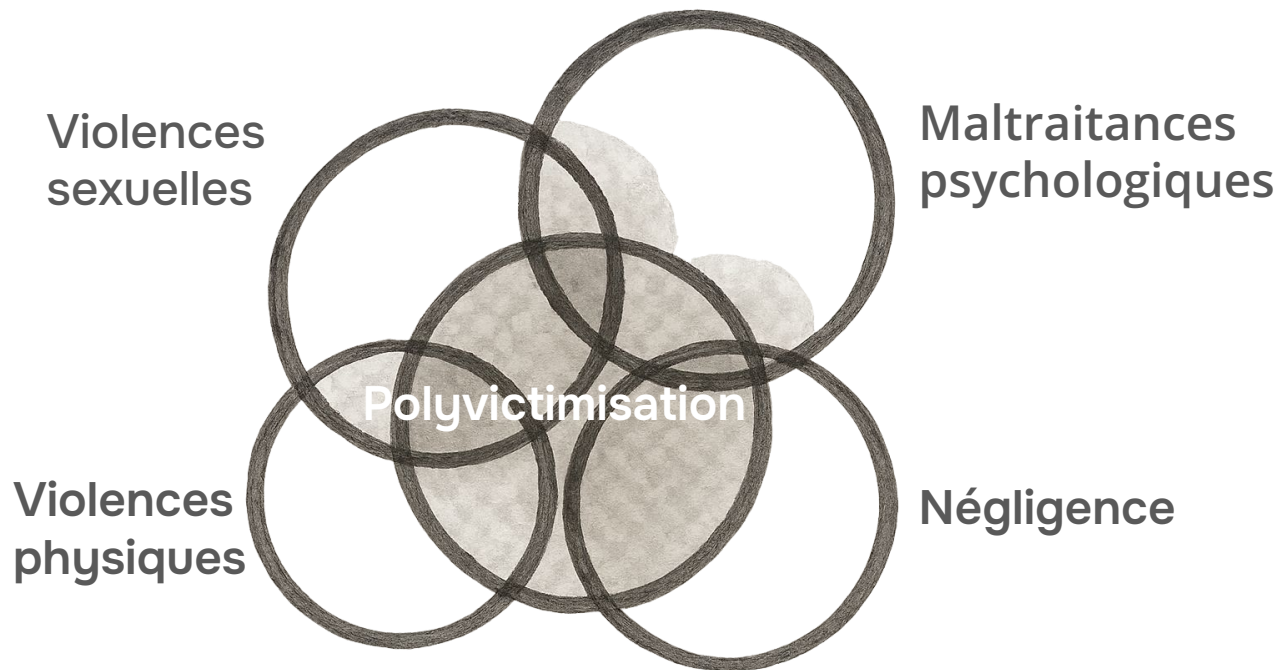
**Enfants
avec TND 31%**



Des violences multiformes et intriquées

Définition OMS 2002

“Toutes les formes de mauvais traitements infligés à un enfant ayant pour conséquence un préjudice réel ou potentiel pour sa santé, sa survie, son développement ou sa dignité”

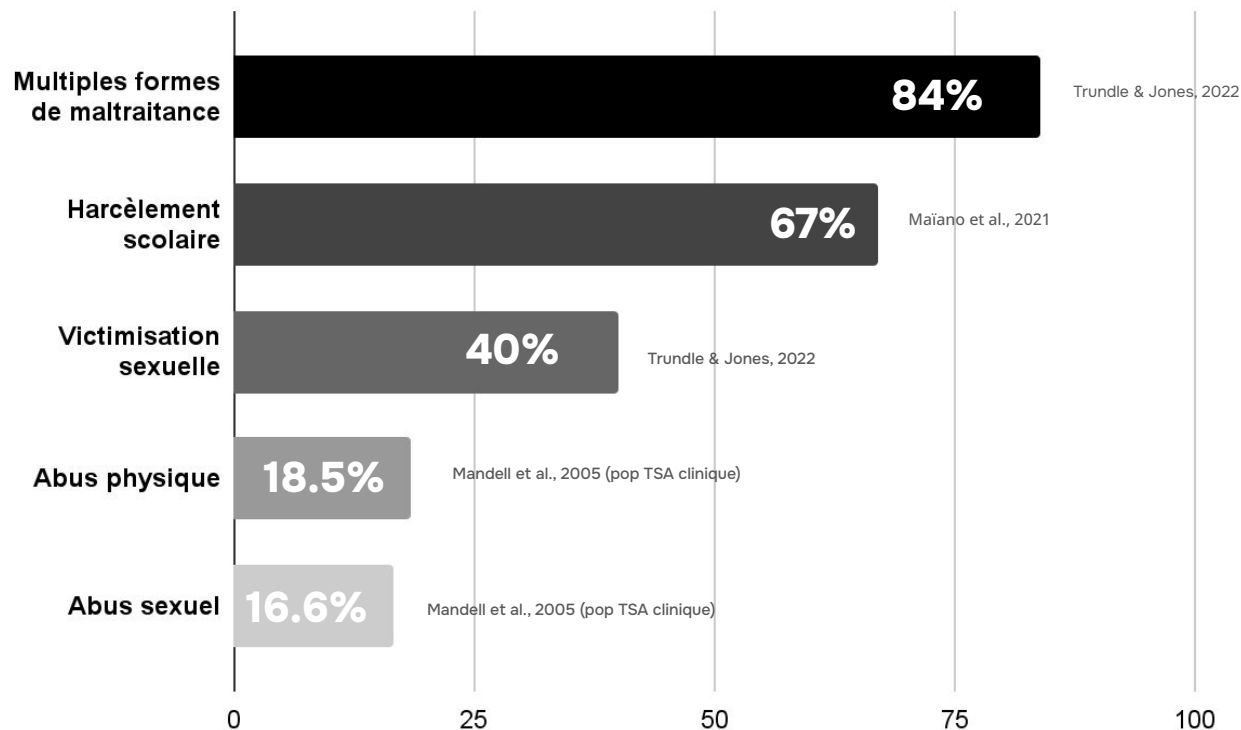


**Ces violences sont
RAREMENT ISOLÉES,
souvent intriquées
et cumulatives**

AMPLEUR DU PROBLÈME

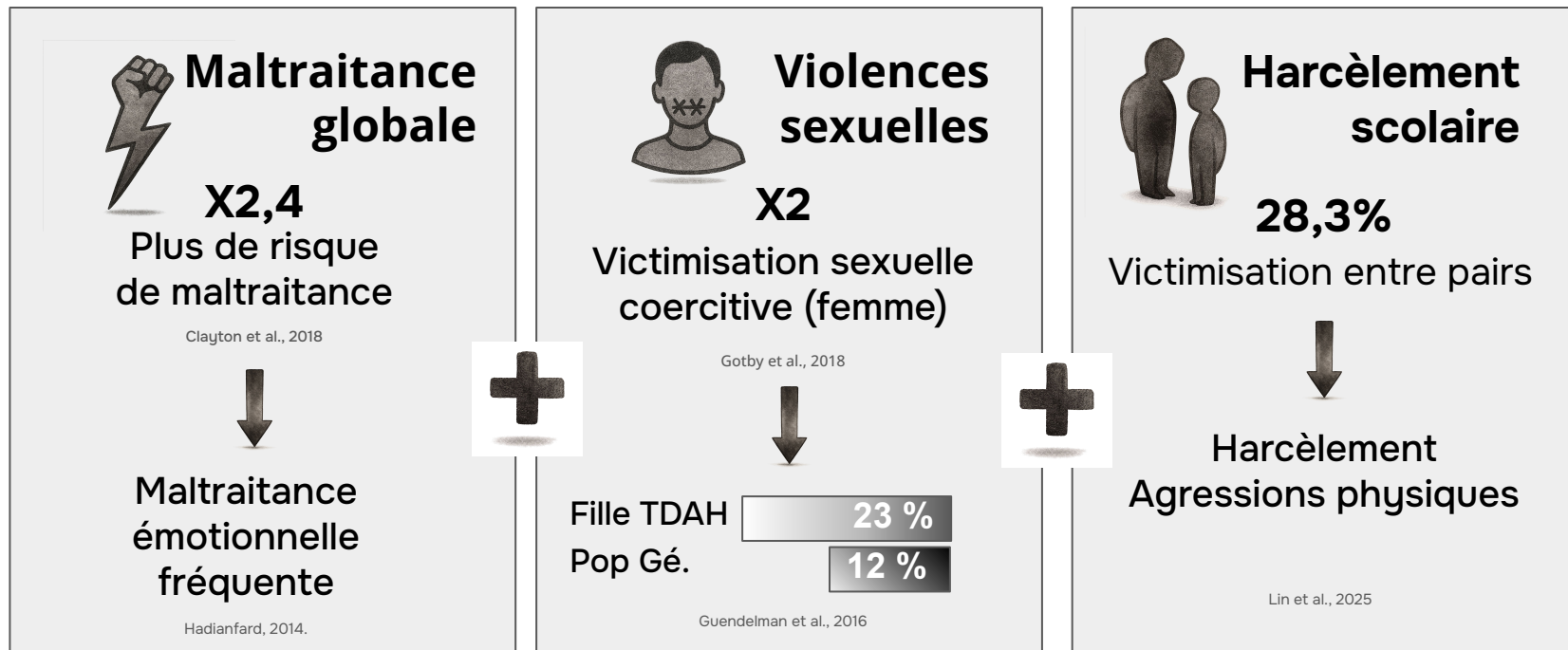


Spécificités TSA



Victimisation sexuelle:
harcèlement sexuel, contacts non
désirés, tentatives de viol, viol,
exposition forcée à du contenu
sexuel, etc.

Spécificités TDAH



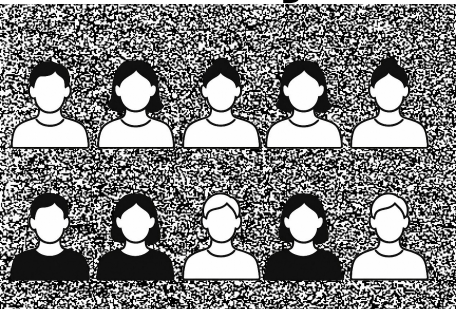
NB : Les recherches spécifiques sur les violences sexuelles chez les enfants TDAH reste lacunaire. La plupart des études mesurent la maltraitance globale

Spécificités DI : vulnérabilité majeure

Enfants avec DI

Risque d'abus sexuels vs. enfants sans DI
1,62 fois plus élevé d'abus sexuels
(soit 62% de risque supplémentaire)

Elkit et al., 2023



Adulte avec DI

32.9%

victimes de violences
sexuelles au cours de leur vie

Tomsa et al., 2021

CONTEXTES D'AGRESSION ET FACTEURS AGGRAVANTS

AGRESSEURS

Pairs (institution)
Soignants informels
Professionnels
Proches/famille

VULNÉRABILITÉS

Compréhension limitée
Dépendance accrue
Difficultés de communication
Isolement social

OBSTACLES AU SIGNALEMENT

Parole discréditée
Témoignage jugé non utilisable
Crédibilité réduite

RISQUE RENFORCÉ EN INSTITUTION

Les enfants et adolescents avec DI vivant en institutions sont particulièrement exposés

Double peine

TSA/DI : victimisation plus
sévère, plus d'agresseurs



Focus femmes autistes -

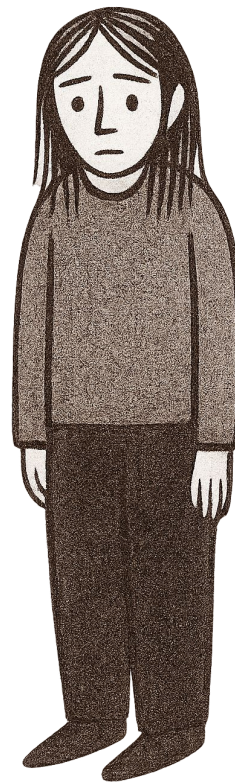
Des chiffres alarmants

88 %

Victimes de violences sexuelles

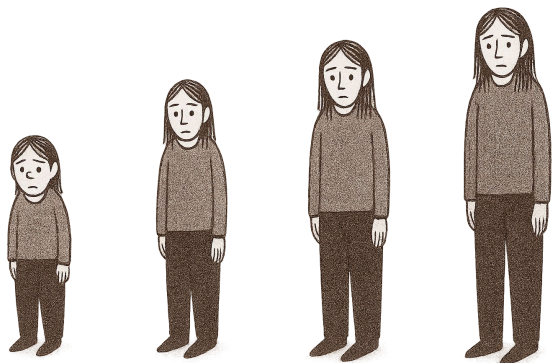
**Vs 14,5 % femme
française**

X6 plus de risque



Âge lors de la première agression

Victimisation précoce chez les femmes autistes

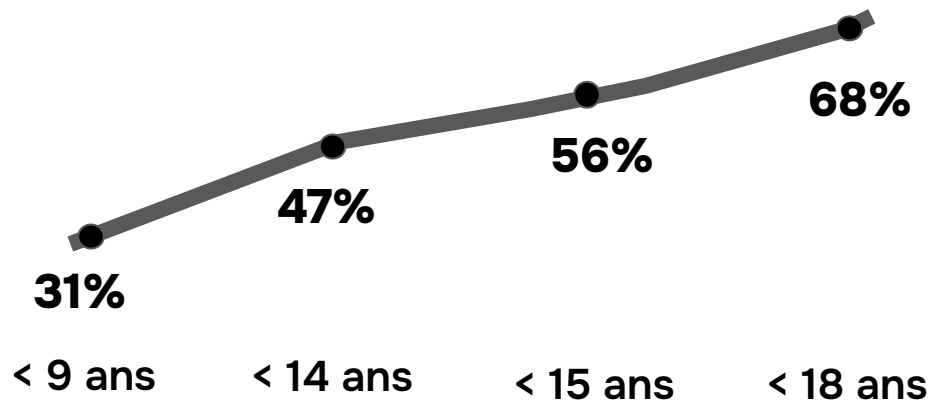


**Victimisation
précoce**

84,9 %

**Revictimisation
massive**

Distribution par Âge
(Cumulatif)



Plus de 2 victimes sur 3 étaient mineures
lors de la première agression

Facteurs de vulnérabilités spécifiques

Particularités du phénotype féminin TSA

- ▶ Sous-diagnostic fréquent
- ▶ Camouflage social efficace
- ▶ Diagnostic tardif ➔ exposition prolongée sans protection

Mécanisme d'exposition

- ▶ Ciblées spécifiquement par les prédateurs
- ▶ Difficultés à décoder les intentions (séduction vs manipulation)
- ▶ Incompréhension des codes sociaux implicites

Discrimination cumulées

- ▶ Genre (femme)
- ▶ Handicap invisible (autisme)
- ▶ Orientation/identité (queer)
 - ➔ 71.6%
 - ➔ Risque x3.29 si orientation homosexuelle

MÉCANISMES DE VULNÉRABILITÉ



Vulnérabilités intrinsèques



COMMUNICATION

- Trouble du langage
- Expression/ compréhension limitées
- Communication non verbale altérée
- Difficultés à exprimer ses besoins

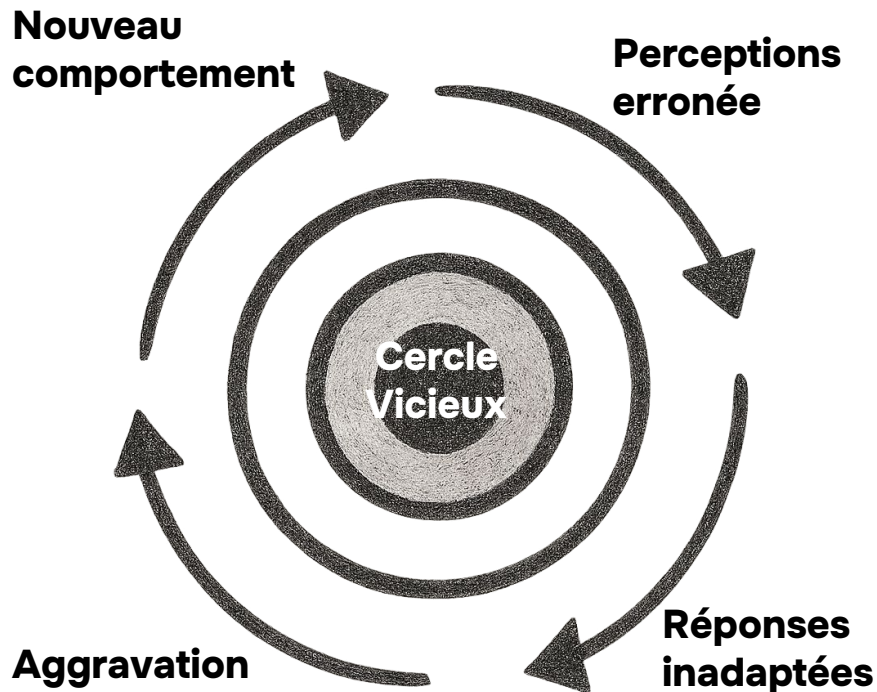
COGNITION SOCIALE

- Incompréhension intentions cachées
- Déficit cognitions sociales
- Implicite non décodé
- Codes sociaux ambigus

VULNÉRABILITÉ FONCTIONNELLE

- Dépendance accrue
- Difficulté à identifier le danger
- Incompréhension de l'implicite
- Capacité limitées à se protéger

Comportements atypiques mal interprétés



MANIFESTATIONS

- ▶ **Stéréotypes et rituels** mal compris
- ▶ **Crises émotionnelles/sensorielles** perçus comme provocations
- ▶ **Refus contact physique** interprété comme rejet
- ▶ **Dysrégulation sensorielle** vue comme un caprice

Conséquences :

Réponses disciplinaires inadaptés, parfois violence renforçant le cycle de maltraitance

Vulnérabilités familiales

STRESS PARENTAL

Charge mentale élevée, épuisement face aux besoins spécifiques de l'enfant.

ISOLEMENT SOCIAL

Manque de soutien, répit insuffisant, stigmatisation.

TRANSMISSION INTERGÉNÉRATIONNELLE

Cycle de traumatismes parentaux reproduits sur l'enfant.

PRÉCARITÉ

Difficultés socio-économiques aggravant les tensions familiales.



*Facteurs de vulnérabilité
cumulatifs
créant un environnement
à risque*

Vulnérabilités institutionnelles - École

67 %

TSA victimes de harcèlement

28,3 %

TDAH victimisés par les pairs

- ▶ **Manque de formation du personnel**
- ▶ **Méconnaissance des besoins spécifiques**
- ▶ **Isolement et exclusion**
- ▶ **Stigmatisation**
- ▶ **Pratiques disciplinaires inadaptées**



Vulnérabilités institutionnelles - Structures spécialisées

IME, ITEP, Foyers, ASE, hôpital etc



► Manque de formation du personnel

Dépendance aux structures et professionnels
Vulnérabilité accrue, faible capacité de signalement

► Contention et isolement abusif

Pratique coercitives face aux comportements difficiles

► Ratio personnel/enfants insuffisant

Surveillance inadéquate, épuisement professionnel

► Sous-formation des équipes

Méconnaissance des TND et des approches adaptées



Difficultés de signalement

Les familles, dépendantes de ces structures pour la prise en charge de leur enfant, hésitent à signaler les maltraitements par crainte de perdre leur place ou d'être stigmatisées.

Le problème du sous-signalement

DIAGNOSTIC OVERSHADOWING

Les symptômes post-traumatiques sont attribués à tort au TND existant, masquant ainsi la maltraitance.

Exemple : Une régression comportementale, un retrait social ou des crises émotionnelles sont interprétés comme une "aggravation du TSA" plutôt que comme conséquence d'un abus.

► Parole discréditée

Les difficultés de communication et la présence d'un handicap réduisent la crédibilité accordée au témoignage de l'enfant.

► Manque de formation des professionnels

Méconnaissance des signes spécifiques de maltraitances chez les enfants TND, absence d'outils adaptés

► Crainte de stigmatisation familiale

Peur du jugement social, de perdre l'accès aux structures spécialisées, d'être perçus comme de "mauvais parents".



90 %

des professionnels se sentent non formés
au repérage des maltraitances (Allemagne)

STRATÉGIES DES AGRESSEURS



Qui sont les agresseurs ?

► Majoritairement des proches

Les difficultés de communication et la présence d'un handicap réduisent la crédibilité accordée au témoignage de l'enfant.

► Personnes en position d'autorité

Professionnels (éducateurs, soignants), enseignants, encadrants sportifs.

► Pairs en contexte institutionnel

Autres enfants/adolescents à l'école, en institution spécialisée

► Prédateurs ciblant les vulnérabilités

Repérage actif des enfants présentant handicap, isolement, difficulté de communication.



Stratégies utilisées

► Manipulation/Séduction/Emprise/Harcèlement

Stratégie progressive basée sur la confiance

► Surprise/Profiter de la situation

Exploitation d'un moment de vulnérabilité

► Force physique

Contrainte corporelle directe

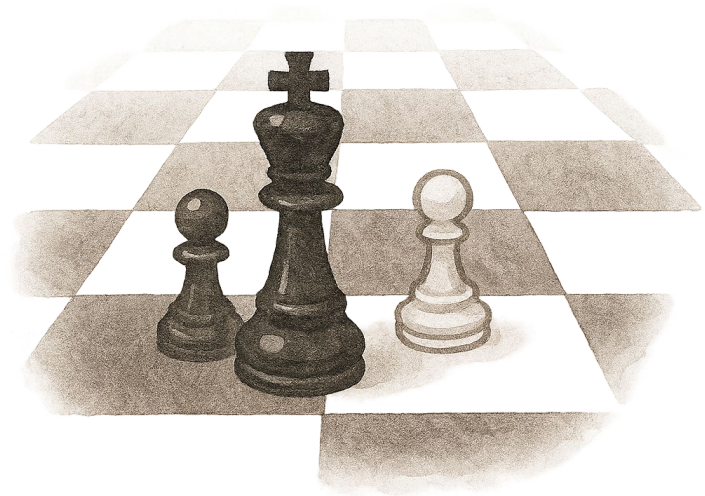
► Menace / Contraintes psychologique

Intimidation, chantage affectif

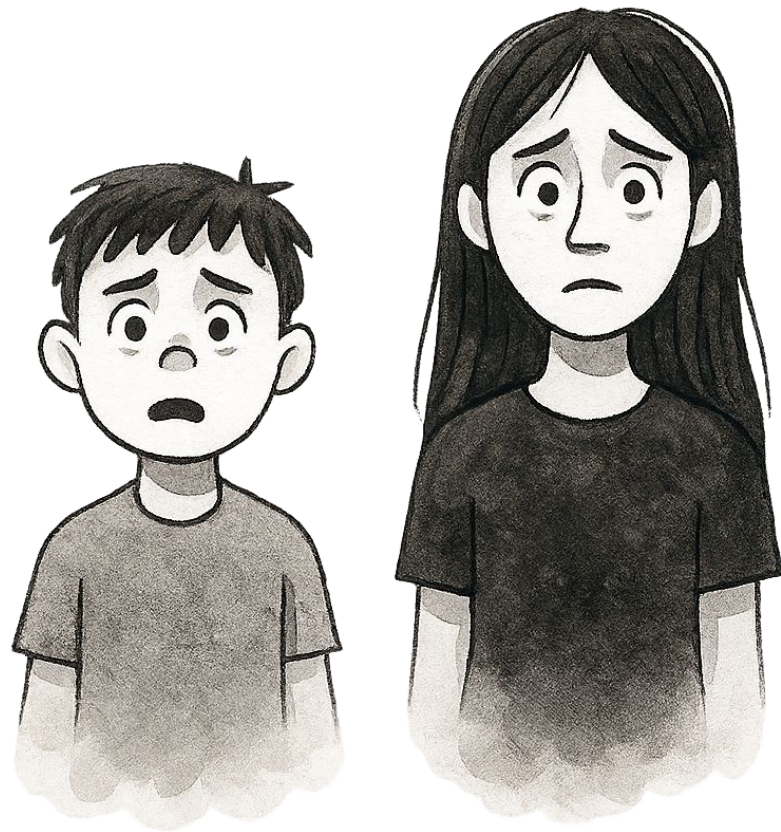


Limites méthodologiques

Peu de données spécifiques sur les stratégies d'agression selon l'âge et le type de TND.



QUELLES CONSÉQUENCES ?



Tous TND confondus

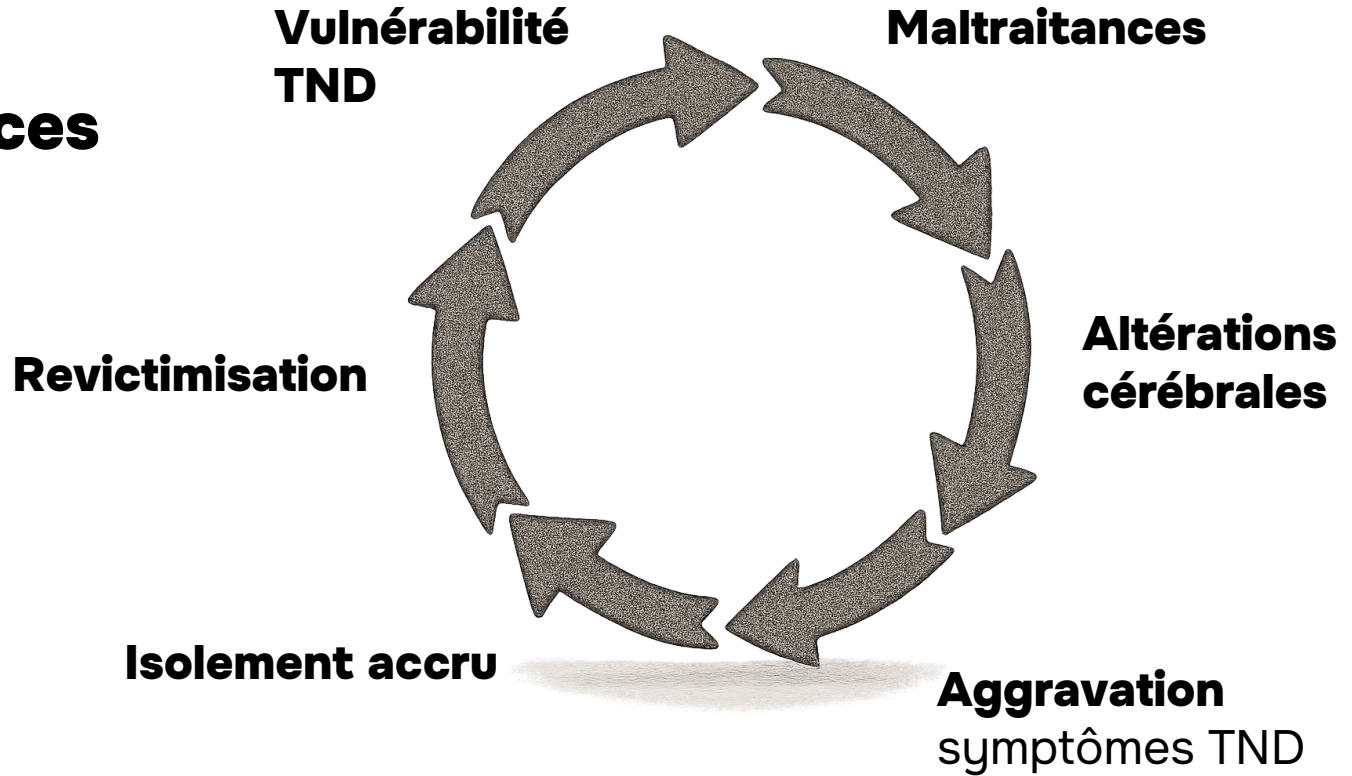
Conséquences chez les enfants avec TND exposés aux ACEs :

- ▶ Troubles anxieux et dépressifs (prévalence élevée)
- ▶ PTSD (risque significativement accru)
- ▶ Altérations des trajectoires développementales (ruptures scolaires, isolement social, marginalisation)
- ▶ Dysrégulation émotionnelle amplifiée
- ▶ Risque accru de comportements auto-agressifs et suicidaires

Mécanismes sous-jacents

- ▶ **Altérations structurelles et fonctionnelles cérébrales** (cortex préfrontal, amygdale, hippocampe)
- ▶ **Dysrégulation** de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA)
- ▶ **Effet dose-réponse** : cumul d'ACEs = aggravation des conséquences

Cercle vicieux TND et Maltraitements



Abus sexuel Femmes TSA

Impact psychotraumatique

- ▶ PTSD : 26,7% vs 11,5% (non-victime)
- ▶ Dépression : 62 %
- ▶ Anxiété : 56 %
- ▶ Aggravation si agression précoce
- ▶ Réactivation mémoire traumatique amplifiées

Impact psychotraumatique

- ▶ Troubles du sommeil : 48 %
- ▶ Dégoût pour la sexualité : 47 %
- ▶ Automutilations : 32 %
- ▶ Tentative de suicide : 15 %
- ▶ Abus substance : 20 %

Conséquences spécifiques Femmes TSA

À court terme

- ▶ Sidération/dissociation
- ▶ Amnésie traumatiques possible

À long terme

- ▶ Violences conjugales fréquentes (64%)
- ▶ Suicidalité élevée : 34,2 % idées suicidaires
- ▶ Isolement social et rupture relationnelle
- ▶ Trajectoire de vie fortement dégradées
- ▶ Difficultés d'accès aux soins adaptés



SIGNALEMENT ET JUSTICE



Obstacles au signalement

Spécifiques au TND

- ▶ Difficultés de communication et d'expression Parole discréditée ou minimisée
- ▶ Diagnostic "overshadowing" : symptômes traumatiques confondus avec le TND
- ▶ Dépendance fonctionnelle à l'agresseur (famille, institution)

Communs

- ▶ Honte, culpabilité, peur du jugement
- ▶ Sidération et dissociation au moment des faits
- ▶ Amnésie traumatique possible
- ▶ Mythes sur le viol persistants
- ▶ Crainte de stigmatisation familiale

Défaillance institutionnelle

- ▶ Des professionnels non formés
- ▶ Méconnaissances des besoins spécifiques des enfants et ado TND

PRÉVENTION ET PROTECTION



Limites des approches centrées sur l'éducation des victimes

Education sexuelle seule insuffisante

Inefficace face à la manipulation et l'emprise

Responsabilise les victimes

Une majorité de victime trop jeune

56% moins de 15 ans

Vulnérabilité développementale +++

Sédation traumatique

Impossibilité neurobiologique de réagir

Dissociation et tétanisation

Des agresseurs intentionnels et stratégiques

Prédateurs ciblant délibérément les vulnérabilités

Majorités des proches de confiances

Actions concrètes

Prévention spécifique des violences sexuelles

Formation professionnel

- Repérage des signaux d'abus sexuels chez enfants avec difficultés de communication
- Protocoles de révélation adaptés (supports visuels, CAA, entretiens spécialisés)

Protection institutionnelle

- Contrôles renforcés du personnel : Plateforme France 2025 (FIJAIS)
 - 1733 personnes écartées
- Supervision des soins intimes et réduction des situations d'isolement
- Protocoles de signalement facilités et personne ressource identifiée

Éducation adaptée

- Éducation affective et sexuelle spécifique TND
- Apprentissage du consentement et des limites corporelles

Actions concrètes

Prévention globale de la maltraitance

Soutien au famille

- Dispositifs de répit (TISF etc.)
- Programmes parentaux (Triple P) :
 - ✓ Parentalité positive et bienveillante
 - ✓ Gestion non-violente des comportements
 - ✓ Auto-régulation parentale
 - ✓ Diminution du stress parental
- Réduction de l'épuisement parental et de l'isolement social

Approche Trauma-Informed

- Prise en charge adaptée post-traumatique pour tous types de violences :
 - ✓ Sécurité et prévisibilité
 - ✓ Environnement sensoriel adapté
 - ✓ Distinction TND/symptômes traumatiques
 - ✓ Éviter la re-traumatisation
 - ✓ Supports visuels/communication adaptée
 - ✓ Implication des aidants

CONCLUSION

Nous avons besoin :

de ne plus nous sentir
coupable ou responsable
d'avoir été agressé

d'un changement culturel
profond

de nous former, mieux
repérer et nous
coordonner pour
protéger



Ressources et contacts utiles :

119 - Allô Enfance en Danger | **3977** - Maltraitance personnes vulnérables |

CRIP - Cellules départementales de recueil d'informations préoccupantes

Associations spécialisées : AFFA (femmes autistes), réseaux de soutien TND

Vous souhaitez vous former ?



**Éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS)
adaptée aux enfants de 3 à 12 ans avec TND**

jeudi 3 décembre 2026, avec Léa Dormoy en visio-conférence



Et découvrez aussi nos autres formations sur les thématiques suivantes :

- Dépistage et évaluation des troubles du neurodéveloppement
- Accompagnement et rééducation des Troubles Alimentaires pédiatriques
- Outils d'évaluation et méthodes recommandées : Profil de Dunn 2, Approche CO-OP, Programme Réduction-PFE, Bayley...
- Le partenariat de soin avec les proches aidants

Pour suivre nos actualités :



/AmbitionHandicap



/formationsambitionhandicap



www.ambition-handicap.com

BIBLIOGRAPHIE

A-C

- Ahrens, C. E. (2006). Being silenced: the impact of negative social reactions on the disclosure of rape. *American Journal of Community Psychology*, 38, 263–274.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA.
- Bargiela, S., Steward, R., & Mandy, W. (2016). The experiences of late-diagnosed women with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(10), 3281–3294.
- Berlin, L. J., Appleyard, K., & Dodge, K. A. (2011). Intergenerational continuity in child maltreatment. *Child Development*, 82(1), 162–176.
- Bishop, D. V. M., et al. (2017). CATALISE: A multinational Delphi consensus study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(10), 1068–1080.
- Black, L. I., Vahratian, A., & Hoffman, H. J. (2015). Communication disorders and use of intervention services among children aged 3–17 years: United States, 2012. *NCHS Data Brief*, (205), 1–8.
- Burt, M. R. (1980). Cultural myths and supports for rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 217–230.
- Cazalis, F., Reyes, E., Leduc, S., & Gourion, D. (2022). Evidence that nine autistic women out of ten have been victims of sexual violence. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 16:852203.
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). An ecological–transactional perspective on child maltreatment. *Developmental Psychopathology* (Vol. 3, 2nd ed., pp. 129–201).
- Clayton, K., et al. (2018). Quantifying the relationship between ADHD and child maltreatment: A meta-analysis. *Child Abuse Review*.
- Crouch, E., et al. (2021). Examining the relationship between adverse childhood experiences and ADHD diagnosis. *Academic Pediatrics*, 21(8), 1388–1394.

D-G

Dell'Armo, K. A., & Tassé, M. J. (2024). Diagnostic overshadowing in people with intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 129(2), 115–132.

Drake, B., & Jonson-Reid, M. (2014). Poverty-related disparities in child welfare interventions. In *Handbook of Child Maltreatment* (pp. 131–146). Springer.

Elklit, A., Murphy, S., Skovgaard, C., & Lausten, M. (2023). Sexual violence against children with disabilities: A Danish national cohort study. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 11(1), 143–149.

Emerson, E., & Hatton, C. (2007). The contribution of socio-economic position to health inequalities. *American Journal on Mental Retardation*, 112(2), 140–150.

Fletcher, A., et al. (2022). DNEA resource guide for professionals: Trauma and youth with autism. Delaware Network for Excellence in Autism.

Ford, J. D., et al. (2021). Polyvictimization and developmental trauma in childhood. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(Suppl), 1866394.

Forkey, H., et al. (2021). Trauma-Informed Care. *Pediatrics*, 148(2), e2021052580.

Gilbert, R., et al. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68–81.

Gotby, V. O., et al. (2018). Childhood neurodevelopmental disorders and risk of coercive sexual victimization. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59, 957–965.

H-K

- Hadianfard, H. (2014). Child abuse in group of children with ADHD in comparison with normal children. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2(2), 77–84.
- Hailes, H. P., et al. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: An umbrella review. *Lancet Psychiatry*, 6, 830–839.
- Hamel, C., et al. (2016). Rape and sexual assault in France: Initial findings of the VIRAGE survey. *Population & Sociétés*, 538, 1-4.
- Hebron, J., & Humphrey, N. (2014). Exposure to bullying among students with autism spectrum conditions. *Autism*, 18(6), 618–630.
- Hodgkiss, B., & Harding, E. (2023). Reducing physical restraint in educational settings: A systematic literature review. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 23(4), 265–277.
- Hoover, D. W., & Kaufman, J. (2018). Adverse childhood experiences in children with autism. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(2), 128–132.
- Howlin, P., et al. (2013). Adult outcomes for children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 500–513.
- Johnson, S. M., Murphy, M. J., & Gidycz, C. A. (2017). Reliability and validity of the Sexual Experiences Survey-Short Forms. *Violence and Victims*, 32, 78–92.
- Jones, L., et al. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: A systematic review. *Lancet*, 380(9845), 899–907.
- Kerns, C. M., et al. (2015). Traumatic childhood events and autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(11), 3475–3486.

L-M

Lai, M.-C., et al. (2017). Quantifying and exploring camouflaging in men and women with autism. *Autism*, 21, 690–702.

Lin, P.-C., et al. (2025). Peer victimization and aggression involvement among adolescents with ADHD in Taiwan. *Children*, 12(4), 422.

Machisa, M. T., Christofides, N., & Jewkes, R. (2017). Mental ill health in structural pathways to women's experiences of intimate partner violence. *PLoS One*, 12:e0175240.

Maclean, M. J., et al. (2017). Maltreatment risk among children with disabilities. *Child: Care, Health and Development*, 43(5), 582–590.

Maenner, M. J., et al. (2023). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years. *MMWR Surveillance Summaries*, 70(11), 1-16.

Maïano, C., et al. (2021). Prevalence of school bullying victimization among children and adolescents with autism: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5728.

Maier, T., et al. (2022). Knowledge, attitudes, and training needs of health professionals on child protection in Germany. *BMC Health Services Research*, 22(1), 436.

Mandell, D. S., et al. (2005). The prevalence and correlates of abuse among children with autism. *Child Abuse & Neglect*, 29(12), 1359–1372.

Mason, D., et al. (2019). A systematic review of barriers and facilitators to physical healthcare for autistic adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(8), 3387–3400.

Maulik, P. K., et al. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 419–436.

M-O

- McConachie, H., & Diggle, T. (2007). Parent implemented early intervention for autism: A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(1), 120-9.
- McDonnell, C. G., et al. (2019). Child maltreatment in autism spectrum disorder and intellectual disability: Results from a population-based sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(5), 576-584.
- McLaughlin, K. A., et al. (2014). Childhood adversity and neural development. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 47, 578-591.
- Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. (2012). Parenting stress and child behavior problems: A transactional relationship. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(1), 49-66.
- Newell, V., et al. (2023). A systematic review and meta-analysis of suicidality in autistic people. *Molecular Autism*, 14(1), 12.
- Norman, R. E., et al. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349.
- Organisation mondiale de la Santé. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO.
- Organisation mondiale de la Santé. (2019). *RESPECT Women: Preventing Violence Against Women*. Geneva: WHO.
- Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018*. Geneva: WHO.
- Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Autisme*. Geneva: WHO.

P-S

- Payne, D. L., et al. (1999). Rape myth acceptance: Exploration using the Illinois Rape Myth Acceptance Scale. *Journal of Research in Personality*, 33, 27–68.
- Pecora, L. A., et al. (2019). Characterising the sexuality and sexual experiences of autistic females. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 4834–4846.
- Pecora, L. A., et al. (2020). Gender identity, sexual orientation and adverse sexual experiences in autistic females. *Molecular Autism*, 11:57.
- Prinz, R. J., et al. (2009). Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple P system population trial. *Prevention Science*, 10(1), 1-12.
- Roberts, A. L., et al. (2015). Association of autistic traits in adulthood with childhood abuse and PTSD. *Child Abuse & Neglect*, 45, 135–142.
- Russell, T. D., & King, A. R. (2020). PID-5 personality facets predict hostile masculinity and sexual violence in community men. *Journal of Interpersonal Violence*, 35, 707–730.
- Salvatore, G. L., et al. (2022). Physician perspectives on severe behavior and restraint use for patients with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(10), 4412–4425.
- Sardinha, L., et al. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of intimate partner violence against women in 2018. *Lancet*, 399, 803–813.
- Sayal, K., et al. (2018). ADHD in children and young people: Prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry*, 5(2), 175–186.
- Schoeman, R., & Voges, T. (2022). ADHD stigma: The silent barrier to care. *South African Journal of Psychiatry*, 28, Article a1865.
- Smith, K. E., & Pollak, S. D. (2021). Social relationships and children's perceptions of adversity. *Child Development Perspectives*, 15(4), 228–234.
- Sullivan, P. M., & Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based study. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1257–1273.

T-Z

- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241-66.
- Thomas, R., et al. (2015). Prevalence of ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994-e1001.
- Tomsa, R., et al. (2021). Prevalence of sexual abuse in adults with intellectual disability: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1980.
- Trundle, G., & Jones, K. A. (2022). Prevalence of victimisation in autistic individuals: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*. Advance online publication.
- Walsh, K., et al. (2022). Child protection training for professionals to improve reporting. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD011775.
- Widom, C. S. (1989). The cycle of violence. *Science*, 244(4901), 160-166.
- Zhang, N., Liang, J., & He, J. (2022). Adverse childhood experiences and ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Brain and Behavior*, 12(5), e2568.