



TRAITEMENT PRÉCOCE, EFFICACE ET DURABLE DE L'ANXIÉTÉ : LA TCC CHEZ LE JEUNE ANXIEUX

Dr Hélène DENIS
Psychiatre pour enfant et adolescent
CHU Montpellier



Conflits d'intérêt

- Livre Dunod, « Traiter les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent »
- Manuels UMEO « Dragon Zen », « programme ZAP »
- Livre Ellipses , « 100 questions réponses sur la phobie scolaire » ,
« J'accompagne mon enfant anxieux »



Prévalence des troubles anxieux de l'enfant et adolescent

- Trouble mental le plus fréquent chez le jeune < 18 ans
- Prévalence mondiale 6,5 % (2015)
- 5 à 10% de 6 à 18 ans remplissent les critères d'au moins un trouble anxieux sur une période de 12 mois
- Prévalence moyenne au cours de la vie jusqu'à 18 ans : 15 à 20%
- EU (*Kessler et al 2005*) :
 - 50% des américains ont un diagnostic de trouble mental DSM IV à un moment de leur vie, avec un début très fréquemment pendant l'enfance ou l'adolescence
 - 28,8% troubles anxieux
 - 20,8% troubles de l'humeur
 - 14,6% abus de substances
 - Début des troubles anxieux en moyenne : 11 ans
 - Début des troubles de l'humeur en moyenne : 30 ans



Dernière biblio sur le sujet



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Behaviour Research and Therapy

journal homepage: www.elsevier.com/locate/brat



Anxiety disorders in children and adolescents: A summary and overview of the literature

Ronald M. Rapee^{a,*}, Cathy Creswell^b, Philip C. Kendall^c, Daniel S. Pine^d, Allison M. Waters^e

^a Centre for Emotional Health, School of Psychological Sciences, Macquarie University, Sydney, Australia

^b Departments of Psychiatry and Experimental Psychology, University of Oxford, Oxford, UK

^c Department of Psychology, Temple University, Child and Adolescent Anxiety Disorders Clinic, USA

^d National Institute of Mental Health Intramural Research Program (NIMH-IRP), USA

^e School of Applied Psychology, Griffith University, Brisbane, Australia

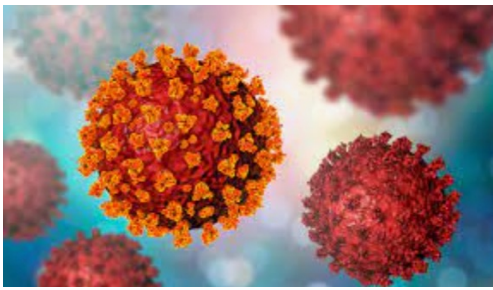
- Anxiété de séparation 1 à 6% , plus grande prévalence avant 13 ans
- Anxiété sociale 3 à 11% , plus grande prévalence à l'adolescence
- TAG 0,5 à 4% , étonnant, non conforme à la clinique
- Phobies spécifiques, plus fréquent, mais moins impactant
- Etudes précédentes (Beesdo 2009)
 - Anxiété de séparation 2 à 8%
 - Phobies spécifiques 10%
 - Anxiété sociale 7%
 - Agoraphobie 3 à 4%
 - TP 2 à 3%
 - TAG



Prévalence en Espagne 2018 (Canals et al 2018)

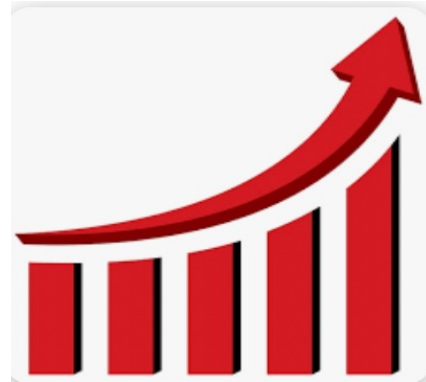


- 1514 enfants et ado, moyenne âge 10 ans
- Prévalence 11,8%: filles 13,5%, garçons 10%
 - Anxiété de séparation 3,4%
 - Phobie spécifique 16,2%
 - TAG 6,9%
 - Agoraphobie 1,4%
 - TP 1,4%
 - Anxiété sociale 4%
- Filles ont le plus haut taux d'anxiété sociale (5,5%)
- Comorbidité hétérotypique 40,7%, homotypique 35,6%
- 52,9% ont encore un trouble anxieux 2 ans après
- Plus fréquente comorbidité : TDAH > 50% ont un trouble anxieux / 15% des troubles anxieux ont un TDAH



Données post COVID (Racine JAMA 2021)

- 80879 enfants et ados interrogés en ligne
 - Dépression 25,2%
 - Troubles anxieux 20,5%
- Prévalence X2 / chiffres de 2017



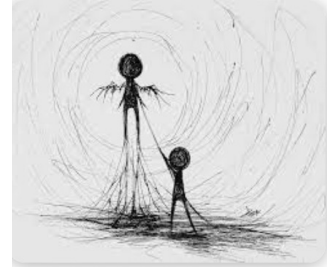
Sexe



- Plus de filles, surtout au moment de l'adolescence et majoration de la différence après
- Sexe ratio 2/1 puis 3/1 à la fin de l'adolescence

Comorbidités

- Troubles anxieux entre eux, rarement isolés
- Épisode dépressif caractérisé :
 - comorbidité la plus fréquente, surtout à l'adolescence
 - 10 à 15% des troubles anxieux sont comorbides d'un trouble de l'humeur
- Troubles externalisés : TOP (anxiété de séparation), TDAH (15%)
- TSA : 20 à 50%



Impact des troubles anxieux de l'enfant et adolescent

- Répercussions sur les relations aux pairs
 - + souvent victimes de harcèlement
 - - d'amis
- Répercussions sur les performances académiques
 - Fin des études + tôt que les non anxieux



Devenir troubles anxieux enfant et adolescent

- Prédiction d'un avenir avec plus de risque de troubles mentaux à l'âge adulte
 - Troubles anxieux
 - Troubles de l'humeur
 - TCA
 - Abus de substances à l'âge adulte (60% des adultes dépendants à une substance ont eu un trouble anxieux pendant l'enfance (*Kendal 2013*))
 - Suicidalité
- Troubles anxieux : première étape d'une cascade de psychopathologie (*Wehry, Beesdo, Strawn, et al 2015*)
 - Sur le long terme,
 - associés à des fonctionnements de – bonne qualité et – bonne santé générale
 - Associés à des – bonnes relations interpersonnelles, - bonnes conditions financières, et – bonnes réussites universitaires et formation professionnelle

Age d'apparition des troubles anxieux

- L'un des troubles mentaux qui apparait le plus tôt dans la vie
 - Anxiété de séparation
 - Phobies spécifiques (< 10 ans)



- TAG et TP : fin d'adolescence



Facteurs de risque précoces

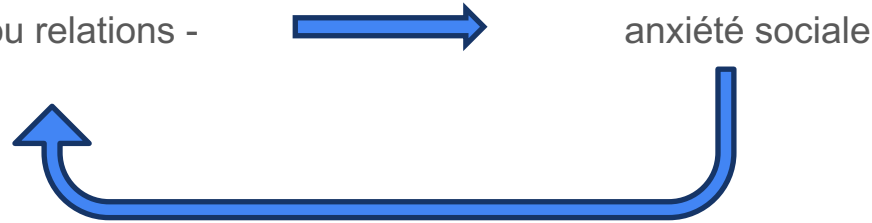
- Tempérament inhibé entre 2 et 4 ans :
 - Peur de la nouveauté
- Attitudes parentales de surprotection
- Potentialisation surtout de l'anxiété sociale
- Mais rôle du père et de la mère peut être différent ?

Facteurs génétiques

- Influence génétique 40 à 60%
- Influence environnementale 40 à 60%
- Risque plus élevé quand un ou les deux parents souffrent d'un trouble anxieux
- **MAIS** 50% des enfants ou ado souffrant d'un trouble anxieux n'ont pas de parents anxieux

Évènements de vie négatifs

- Impact précipitant les troubles anxieux
- + d'évènements de vie négatifs déclarés que les non anxieux
 - Certains évènements de vie sont liés à l'anxiété de l'enfant
- Évènements scolaires
- Relations aux pairs
 - Si peu de relations ou relations -



- Les ados sont susceptibles d'interpréter les commentaires ambigus des leurs pairs comme une indication de harcèlement
- Cercle vicieux : l'anxiété augmente les expériences réelles et perçues de victimisation par les pairs, qui augmentent à leur tour l'anxiété

Comportements des parents

- Surprotection
 - Modeling
 - Transfert d'informations négatives
 - Manque de chaleur
-
- Anxiété maternelle et comportement de surprotection de l'enfant  Anxiété
 - Comportement de surprotection du père  anxiété sociale et troubles de l'humeur de l'enfant

Facteurs parentaux

- Mères d'enfants ou ados anxieux :
 - Surprotectrices
 - hypercontrôle
 - Pas d'initiative dans la prise de risque
 - Elles-mêmes porteuses d'un trouble anxieux : modèles
 - Cognitions négatives
 - Pessimisme
 - Peu de renforcements positifs
 - Anticipations anxieuses partagées

Facteurs parentaux

- Pères :
 - Peu présents ou déprimés
 - Peu de place / mères
 - Initient les prises de risque mais discordance / mères
 - eux-mêmes porteurs d'un trouble anxieux



Nouvelles données : les pères protègeraient-ils de l'anxiété?

- *Équipe Susan Bögels, Amsterdam Pays bas, 2011*
 - Étiologie de l'anxiété sociale chez l'enfant :
 - Parents hyper protecteurs, dans le contrôle
 - Comprendre ces liens
 - Pères peu présents dans les études et tout au long de la thérapie
 - Conclusions des études sur les parents mais majoritairement les mères



J Child Fam Stud. 2011 Apr;20(2):171-181. Epub 2010 Dec 3.

Does Father Know Best? A Formal Model of the Paternal Influence on Childhood Social Anxiety.

Bögels SM, Perotti EC.

Abstract

We explore paternal social anxiety as a specific risk factor for childhood social anxiety in a rational optimization model. In the course of human evolution, fathers specialized in external protection (e.g., confronting the external world) while mothers specialized in internal protection (e.g., providing comfort and food). Thus, children may instinctively be more influenced by the information signaled by paternal versus maternal behavior with respect to potential external threats. As a result, if fathers exhibit social anxiety, children interpret it as a strong negative signal about the external social world and rationally adjust their beliefs, thus becoming stressed. Under the assumption that paternal signals on social threats are more influential, a rational cognitive inference leads children of socially anxious fathers to develop social anxiety, unlike children of socially anxious mothers. We show in the model that mothers cannot easily compensate for anxious paternal behavior, but choose to increase maternal care to maintain the child's wellbeing. We discuss research directions to test the proposed model as well as implications for the prevention and treatment of child social anxiety.

Nouvelles données : les pères protégeraient-ils de l'anxiété?

- A la maison, 2 parents : système dynamique
 - L'un des parents peut compenser ou renforcer l'hyper protection et le contrôle
 - Développement normal : père a un rôle différent de la mère dans la socialisation (exemple) et encourage les prises de risques
 - Si père peu impliqué, non chaleureux ou n'encourage pas l'autonomie, ou si anxieux : l'enfant est à risque d'anxiété

Nouvelles données : les pères protègeraient-ils de l'anxiété?

- père joue un rôle majeur dans le développement de l'anxiété sociale de l'enfant à tous les âges, plus que la mère
- à un an, les enfants recherchent leur mère quand ils ont faim et leur père pour jouer.



Nouvelles données : les pères protégeraient-ils de l'anxiété?

- *Équipe Rapee, Australie Sydney, 2000*
 - Enfant 7-16 ans traités par TCC pour anxiété sociale
 - Résultats moins bons si père anxieux
 - Pas de relation avec anxiété de la mère
 - Père et mère ont un rôle différent dans le développement de l'anxiété sociale
 - Évolution du rôle du père : protecteur du monde extérieur et stimulation de la prise de risque

Nouvelles données : les pères protègeraient-ils de l'anxiété?

- *Équipe Bögels, Amsterdam Pays BAS, 2014*
 - Étude longitudinale observationnelle de fratrie de 2 enfants entre 2 et 4 ans
 - Taches de chacun des parents avec chacun des enfants
 - Étude du comportement parental :
 - Surinvestissement
 - Rejet
 - Comportement de stimulation de prise de risque

Nouvelles données : les pères protègeraient-ils de l'anxiété?

- T 1, 6 mois , T 2
- 94 familles
- comportements de stimulation de prise de risque par les pères a un effet protecteur sur les enfants autour de 4 ans (âge d'apparition de l'anxiété sociale ou inhibition)

Nouvelles données : les pères protègeraient-ils de l'anxiété?

- Comportements de stimulation de prise de risque du père a un effet protecteur et de changement dans l'anxiété sociale de l'enfant surtout à 4 ans (âge d'entrée à l'école), moins à 2 ans
- Contraire chez la mère : rôle considéré par l'enfant comme devant le sécuriser et non le pousser(?)
- Parents sont plus stimulants avec le second enfant



Nouvelles données : les pères protègeraient-ils de l'anxiété?

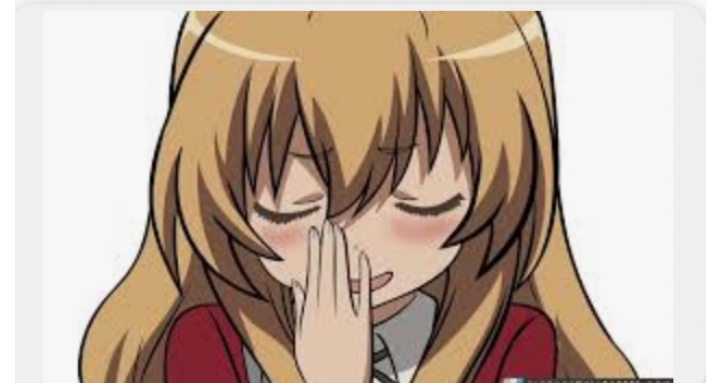
- Les parents jouent un rôle différent dans le développement de l'anxiété sociale de l'enfant entre 4 et 5 ans
- Les pères stimulent la prise de risque : effet protecteur
- D'où l'importance d'impliquer les pères dans les recherches et les prises en charge
- Études en cours pour les autres troubles anxieux

Papa
Attitude



Facteurs de moins bon pronostic

- Anxiété sociale :
 - Rémission seulement 35% (54% pour les autres troubles anxieux)
 - Nécessité de TCC plus longue
 - Pas de relaxation
 - Feed back vidéo, modification de l'image mentale
 - Travail sur le focus attentionnel
 - Affirmation de soi avec jeux de rôle



Recommandations internationales

- AACAP, NICE
 - TCC en première intention
- Programme de référence : Coping Cat Kendal 1994
 - Psycho éducation
 - Restructuration cognitive
 - Exposition
 - Entraînement aux habiletés sociales
 - Stratégies comportementales de Coping
 - Renforcement +
- Ajouts dans d'autres programmes : (Cool Kids, Coping Koala, SASS, Action, IAFS, TAPS, ...)
 - Travail sur le focus attentionnel
 - Feed back vidéo
 - Limitation de la relaxation
- TCC efficace sur les troubles associés comme la dépression

Autres thérapeutiques

- ISRS
 - Efficacité démontrée / placebo
 - + de drop out qu'avec la TCC seule
 - Effets secondaires
- TCC en première ligne
- ISRS en seconde ligne



Implication des parents dans la TCC



Études / parents

- Kendal 2005 : méta analyse
 - 9 études contrôlées randomisées
 - Coping Cat (Anxiété de séparation, anxiété sociale, trouble panique, phobie spécifique, TAG)
 - Implication des parents FCBT de façon variable selon les études
 - Non implication des parents CCBT
 - Pas de différence significative
 - **FCBT =CCBT**

Études / parents

- **FCBT > CCBT**
- Intérêt d'impliquer les parents dans les protocoles TCC
 - *Barrettt 1996*
 - *Barrett et al. 1998*
 - *Cobham et al. 1998*
 - *Wood et al. 2006*

Études / parents

- **FCBT = CCBT**
 - Méta analyses 2007, 2008, 2012, Thulin et al. 2014
 - Aucune différence même si implication des parents différente
 - Quelques sessions
 - Toutes les sessions
 - Traitement de l'anxiété parentale

Études / parents

- **FCBT < CCBT**
 - *Öst et al. 2001* : phobie spécifique
 - *Bodden et al. 2008*
 - Inclusion des 2 parents, pop clinique
 - Fonction de l'âge des enfants, pas de différence
 - Fonction de l'existence d'un trouble anxieux de l'un ou des parents, résultats <
 - FCBT < CCBCT post traitement
 - FCBT = CCBT à 3 mois

Études / parents

- *Manassis et al. 2014*
 - Quel type d'implication des parents?
 - Effet sur le plus long terme ?
 - Pas de différence en post traitement
 - Pas de différence à un an
 - Pas de différence en fonction de l'âge de l'enfant
 - Différence sur le maintien des gains de la TCC

Hypothèses ?

- Changement de l'enfant fait changer les parents
- CCBT : l'enfant s'attribue les progrès
- Implication des parents appuie sur la culpabilité
- Familles recrutées n'ont pas ou peu de dysfonctionnement
- Peu d'inclusion des pères
- Pouvoir statistique
- Effets sur le plus long terme



Hypothèses ?

- **Changement de l'enfant fait changer les parents:**
 - *Hudson et al. 2009, EABCT 2014*
 - Hyperprotection des mères d'enfants anxieux :
cause ou conséquence?
 - Mères d'enfants anxieux, hyperprotectrices
 - Mères d'enfants non anxieux
 - Taches répétées, ludiques avec d'autres enfants
 - Mères d'enfants non anxieux deviennent hyper protectrices avec les enfants anxieux
 - Effet réversible après le traitement TCC

Place des parents en TCC

- ✧ **Ne pas inclure** les parents si enfant répond bien
 - ✧ **Si inclusion** des parents, attention à la culpabilité, jugement, cognitions négatives
 - ✧ **Si inclusion**, pas d'intervention sur leur propre anxiété mais psycho éducation, mindfulness, management des expositions de l'enfant, résolution de problème
 - ✧ **Souplesse** dans la place accordée aux parents en fonction de la situation
-
- ✧ **Exception des refus scolaires anxieux** : nécessité d'intervention avec les parents, psychopathologie plus grave
 - ✧ **Inclure les parents pour les autres pathologies** : TADAH, troubles du comportement

Efficacité de la TCC

- Thérapie la plus évaluée
- Revue Cochrane 2020 (Beaucoup plus d'études que la première revue en 2015 (3x plus de participants inclus))
 - 88 RCT
 - Plus efficace que la liste d'attente
 - Moyenne 49% free of diagnostic (18% liste d'attente)
 - Pas de différence avec un TAU (?)
- CAMS
 - TCC / ISRS / TCC + ISRS / TCC
 - Enfants 7 à 17 ans
 - TCC / ISRS. 46% rémission
 - TCC + ISRS. 68% rémission
 - Suivi entre 4 et 12 ans après :
 - 22% rémission stable
 - 30% évolution chronique
 - 48% rechutes sur certains points

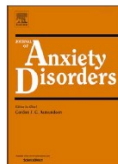
Efficacité de la TCC à long terme



Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Journal of Anxiety Disorders

journal homepage: www.elsevier.com/locate/janxdis



Long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders[☆]



Arne Kodal^{a,b,e,*}, Krister Fjermestad^{b,i}, Ingvar Bjelland^{a,b,e}, Rolf Gjestad^c, Lars-Göran Öst^{b,j},
Jon F. Bjaastad^{b,d,g}, Bente S.M. Haugland^{b,d}, Odd E. Havik^{b,f}, Einar Heiervang^{b,h},
Gro Janne Wergeland^{a,b,d}

2018, équipe Norvège et Suède

TCC individuelle et groupe en population clinique

139 jeunes âge moyen 15,5 ans

3,9 ans post traitement

Efficacité TCC à long terme

- 53% rémission de tous les troubles anxieux
- 63% rémission du diagnostic principal
- Pas de différence entre individuel et groupe
- Anxiété sociale comme diagnostic principal a - bons résultats
- Résultats plus faibles que les précédents
 - Population clinique, anxiété plus élevée, plus d'anxiété sociale
 - Thérapeutes - expérimentés
- Études précédentes :
 - Méta analyse 35 RCT (Gibby *et al* 2017)
 - 60% de rémission de tous troubles anxieux initiaux
 - Maintien des gains et amélioration par généralisation
 - 46,5 à 85,7% de rémission totale
 - 5,9 années post traitement : 64,6% de rémission

Devenir au long cours

NEW RESEARCH



Long-term Service Use Among Youths Previously Treated for Anxiety Disorder

Tara S. Peris, PhD, Catherine A. Sugar, PhD, Michelle S. Rozenman, PhD, John T. Walkup, MD, Anne Marie Albano, PhD, Scott Compton, PhD, Dara Sakolsky, MD, PhD, Golda Ginsburg, PhD, Courtney Keeton, PhD, Philip C. Kendall, PhD, James T. McCracken, MD, John Piacentini, PhD

Objective: (1) To describe rates of long-term service use among subjects previously enrolled in a landmark study of youth anxiety disorder treatment and followed into early adulthood; (2) to examine predictors of long-term service use; and (3) to examine the relationship between anxiety diagnosis and service use over time.

Method: The Child/Adolescent Anxiety Multimodal Extended Long-term Study prospectively assessed youths treated through the Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study at ages 7–17 years into early adulthood. A total of 319 youths (mean age 17.7, 55.2% female) previously randomized to cognitive-behavioral therapy, sertraline, combination, or placebo for the treatment of anxiety participated; 318 had service use data. Four annual clinic assessments were conducted along with telephone check-ins every 6 months.

Results: Overall, 65.1% of participants endorsed receiving some form of anxiety treatment over the course of the follow-up period, with more subjects reporting medication use than psychotherapy; 35.2% reported consistent use of services over the course of the study. Overall, service use declined over time in subjects with less severe anxiety but remained more steady in those with recurrent/chronic symptoms. Levels of life stress and depressive symptoms were associated with amount of service use over time whereas treatment-related variables (type of initial intervention, acute response, remission) were not. A subset of youths remained chronically anxious despite consistent service use.

Conclusion: These findings point to the need to develop models of care that approach anxiety disorders as chronic health conditions in need of active long-term management.

Key words: anxiety, service use, cognitive-behavioral therapy

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2021;60(4):501–512.



Résultats

- CAMS (rémission) (7 – 17 ans)
 - TCC : 59,7%
 - ISRS : 54,9%
 - Combo : 80,7%
 - Placebo : 23,7%
 - 24 à 36 mois ap traitement : 80% de bons répondeurs
 - **6 ans ap traitement** : maintien des effets
 - TCC : 45,8%
 - ISRS : 51,9%
 - Combo : 48 %
- CAMELS 6,5 année après traitement
 - 53,99 % ont un diagnostic de trouble anxieux
 - Niveaux élevés de déficits fonctionnels, trouble de l'humeur et suicidalité

Données long terme



NIH Public Access

Author Manuscript

J Consult Clin Psychol. Author manuscript; available in PMC 2014 October 01.

Published in final edited form as:

J Consult Clin Psychol. 2013 October ; 81(5): . doi:10.1037/a0033048.

Anxiety and Related Outcomes in Young Adults 7 to 19 Years after Receiving Treatment for Child Anxiety

Courtney L. Benjamin, Julie P. Harrison, Cara A. Settipani, Douglas M. Brodman, and Philip C. Kendall

Temple University

Kendal : Coping Cat

- RCT Coping cat / liste d'attente
 - Suivi à 3, 5, 6 et 7 ans
 - Efficacité démontrée et maintien des gains de la TCC
 - Comparaison TCC efficace et TCC non efficace
-
- 16,24 années après traitement par TCC
 - 60% des adultes dépendants à une substance ont eu un trouble anxieux pendant l'enfance

Kendal : Coping Cat

- TCC efficace =
 - - de risque de dépression
 - - de troubles anxieux que la pop générale
 - - abus substance que la pop générale, surtout alcool
- TCC non efficace =
 - + de phobies spécifiques
 - + de troubles panique
 - + abus substance, dépendance alcool, abus drogue
- 2 groupes =
 - + de TAG
 - + de dépendance à la nicotine

Silverman 2010

THE JOURNAL OF CHILD
PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY



Journal of Child Psychology and Psychiatry 51:8 (2010), pp 924–934

doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02242.x

Cognitive behavioral treatment for childhood anxiety disorders: long-term effects on anxiety and secondary disorders in young adulthood

**Lisette M. Saavedra,¹ Wendy K. Silverman,² Antonio A. Morgan-Lopez,³
and William M. Kurtines²**

¹RTI International, Division of Social Policy, Health, and Economics Research, Research Triangle Park, USA; ²Florida International University, Department of Psychology, USA; ³L.L. Thurstone Psychometric Laboratory, Department of Psychology, University of North Carolina at Chapel Hill, USA

- TCC classique type Coping Cat
 - 8 à 13 ans après , jeunes entre 16 et 26 ans
 - 92,5% rémission du trouble anxieux principal
 - 86,5% rétablissement des autres troubles anxieux
 - 91% absence d'EDC
 - 80,5% absence d'abus de substance
 - 82,1% aucun critère pour un trouble psychiatrique
-
- TCC efficace sur le long terme
 - TCC traite les effets secondaires de l'anxiété
 - TCC protège des autres phénomènes liés à l'anxiété
 - Pronostic idem que la pop générale

Accessibilité à la TCC

- UK : 2% des enfants souffrant d'un trouble anxieux a reçu une TCC, 40% des enfants ou ados avec un trouble anxieux reçoit un traitement spécifique
- Australie : 19,5% des enfants anxieux ont eu accès à la TCC
- EU : 15 à 30% des jeunes anxieux reçoit un traitement
- Espagne : 21% des ados anxieux sont dirigés vers des soins spécifiques

- Pourtant de plus en plus de diffusion de la formation
- Pourtant diffusion de manuels
- Pourtant thérapie en ligne

- EU : enquête sur des thérapeutes
 - 80% considèrent que la TCC est leur orientation
 - 5% utilisent l'exposition

Biblio

- Rapee RM, Creswell C, Kendall PC, Pine D, Waters AM, "Anxiety disorders in children and adolescents: A summary and overview of the literature", Behaviour Research and Therapy, 2023, 168
- BENJAMIN C-L, HARRISON J-P, SETTIPANI C-A, BRODMAN D-M, KENDALL P-C, « Anxiety and related outcomes in young adults 7 to 19 years after receiving treatment for child anxiety », Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2013, 81(5), p. 865-76.
- KESSLER RC, BERGLUND P, DEMLER O *et al.*, « Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication ». Archives of General Psychiatry, 2005, 62, p. 593-602.
- PINE D-S, COHEN P, GURLEY D, BROOK J, MA Y. « The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders », Archives of General Psychiatry, 1998, 55(1), p. 56-64.
- WOODWARD LJ, FERGUSON DM. « Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence », [Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry](#), 2001, 40, p. 1086-1093.
- Gibby BA, Casline EP, Ginsburg GS. "Long-Term Outcomes of Youth Treated for an Anxiety Disorder. A Critical Review » *Child Fam Psychol Rev* (2017) 20:201–225
- Wehry AM, Beesdo-Baum K, Hennelly MM, Connolly SD, Strawn JR. "Assessment and Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents » *Curr Psychiatry Rep*. 2015 July ; 17(7): 591. doi:10.1007/s11920-015-0591-z.
- Peris TS, Sugar CA, *et al*, Piacentini J. "Long-term Service Use Among Youths Previously Treated for Anxiety Disorder » *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2021;60(4):501–512.
- Kodal A, *et al*, Wergeland GI. "Long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders » *Journal of Anxiety Disorders* 53 (2018) 58–67

Je vous remercie pour votre attention !



Rendez-vous au GIE enfant et ado à 10h dans la même salle