


QUESTIONS À L'AUTEUR

	Revue : JTCC Numéro d'article : 144	Merci de retourner vos réponses par e-mail ou par fax à : E-mail : corrections.esme@elsevier.thomsondigital.com Fax : +33 (0) 1 71 16 51 88
---	--	--

Cher auteur,

Vous trouverez ci-dessous les éventuelles questions et/ou remarques qui se sont présentées pendant la préparation de votre article. Elles sont également signalées dans l'épreuve par une lettre « Q » suivie d'un numéro. Merci de vérifier soigneusement vos épreuves et de nous retourner vos corrections soit en annotant le PDF ci-joint, soit en les listant séparément.

Pour toute correction ou modification dans les figures, merci de consulter la page <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

Articles de numéros spéciaux : merci d'ajouter (dans la liste et dans le corps du texte) la mention « dans ce numéro » pour toute référence à d'autres articles publiés dans ce numéro spécial.

Références non appelées : Références présentes dans la liste des références mais pas dans le corps de l'article – merci d'appeler chaque référence dans le texte ou de les supprimer de la liste.	
Références manquantes : Les références ci-dessous se trouvaient dans le texte mais ne sont pas présentes dans la liste des références. Merci de compléter la liste ou de les supprimer du texte.	
Emplacement dans l'article	Question / Remarque
Q1	Un titre court (moins de 80 signes) est requis pour le haut de page, selon les spécificités de la revue. Merci de valider celui que nous proposons : Thérapie comportementale cognitive des troubles émotionnels.
Q2	Nous avons réorganisé cette partie en insérant des intertitres. Merci de vérifier.
Q3	Merci de nous transmettre la déclaration de conflits d'intérêts désormais obligatoire.
Q4	Merci de mettre la référence [25] à jour en nous transmettant au minimum le DOI.

Utilisation des fichiers électroniques

Si nous n'avons pas pu exploiter le fichier de votre article et/ou de vos figures, nous avons utilisé la méthode suivante :


Scan de (ou de parties de) votre article

Ressaisie de (ou de parties de) votre article

Scan des figures

Merci de votre collaboration.



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Thérapie comportementale cognitive des troubles émotionnels liés à l'anxiété de séparation

Cognitive behavioral therapy for children suffering from separation anxiety

Judith Blatter-Meunier^{a,*}, Silvia Schneider^b

^a *Universität Basel, Zentrum für Kinder- und Jugendpsychotherapie, Missionsstrasse 62, C4055 Basel, Suisse*

^b *Ruhr-Universität Bochum, Klinische Kinder- und Jugendpsychologie, Universitätsstraße 150, 44780 Bochum, Allemagne*

Reçu le 25 mai 2011 ; reçu sous la forme révisée 24 juin 2011 ; accepté le 28 juin 2011

MOTS CLÉS

Anxiété de séparation ;
Enfants ;
Thérapie cognitivo-comportementale ;
Familial

Résumé Le trouble lié à l'anxiété de séparation est l'un des troubles mentaux les plus fréquents chez les enfants. Le manuel de thérapie « programme familial contre l'anxiété de séparation » (PFAS) est le seul manuel de thérapie cognitivo-comportementale existant destiné aux enfants souffrant d'anxiété de séparation. La première partie se compose de quatre séances hebdomadaires avec l'enfant et de quatre séances hebdomadaires avec les parents. Enfants et parents apprennent à comprendre ce qu'est l'anxiété, apprennent à reconnaître et recadrer leurs pensées irrationnelles dans des situations de séparation, développent des stratégies de gestion de la peur et sont préparés à des situations de confrontation de la peur. La deuxième partie du traitement comporte huit séances familiales hebdomadaires, suivies d'une brève séance finale avec les parents. Durant les séances familiales, des situations d'exposition in vivo sont planifiées et mises en pratique. La partie des séances familiales réservée exclusivement aux parents vise à recadrer leurs pensées irrationnelles concernant la séparation, à développer des stratégies parentales et à mettre en pratique le comportement parental dans des situations de confrontation. Les deux études démontrent l'efficacité du PFAS comparé à une liste d'attente et comparé à un traitement général bien établi basé sur l'enfant.

© 2011 Publié par Elsevier Masson SAS pour l'Association française de thérapie comportementale et cognitive.

KEYWORDS

Separation anxiety;
Children;

Summary Separation Anxiety Disorder is one of the most frequent mental disorders in children. The separation anxiety family treatment program (SAFT) is the only known cognitive behavioral therapy program for children with separation anxiety and their families. The first part consists of four weekly sessions with the child and four weekly sessions with the parents. Children and parents receive psychoeducation about anxiety, learn to recognize and reframe

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : judith.blatter@unibas.ch (J. Blatter-Meunier).

Cognitive behavioral
therapy;
Family based

irrational beliefs about separation situations, expand their repertoire of coping strategies, and are introduced to the rationale for exposure. The second part of the treatment consists of eight weekly family sessions followed by a short parent-only session. During the family sessions, in vivo exposure is planned and put into place. The parent-only portions of the family sessions involve reframing parental irrational beliefs about separation, developing parenting strategies, and practicing parental behavior during exposure. Existing studies show that disorder-specific family-based therapy shows efficacy in comparison to waitlist controls in young children with separation anxiety disorder and in comparison to a well-established general child-based treatment for anxiety disorders.

© 2011 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of Association française de thérapie comportementale et cognitive.

Contexte théorique concernant le trouble

Introduction

On entend par anxiété de séparation l'angoisse que ressent l'enfant d'être séparé de sa figure d'attachement. Les angoisses de séparation dès le jeune âge font partie du développement normal du jeune enfant et sont appelées « anxiété de séparation développementale ». Chez les enfants plus âgés, elles révèlent toutefois un comportement inadapté et perturbant. C'est pour cela que l'on parle du « trouble anxiété de séparation ».

Le présent article traite de la symptomatologie, de l'étiologie, de l'épidémiologie et du traitement psychologique du trouble anxiété de séparation selon les connaissances scientifiques actuelles. Il est nécessaire d'évoquer le fait qu'il n'existe actuellement que très peu de travaux de recherches qui se consacrent exclusivement au thème de l'anxiété de séparation. Beaucoup d'études étiologiques conduites jusqu'ici ne différencient pas les divers troubles anxieux chez l'enfant ou l'adolescent. À part quelques cas cliniques [1,2], il n'existe jusqu'ici que très peu d'études contrôlées randomisées qui se consacrent au traitement de l'anxiété de séparation. Par conséquent, il n'est souvent pas possible de s'exprimer sur les troubles liés spécifiquement à l'anxiété de séparation.

Caractéristiques du trouble

L'anxiété de séparation se caractérise principalement par une peur excessive d'être séparé de ses parents. Typiquement l'enfant craint qu'un événement atroce vienne subitement le séparer de ceux qui lui sont chers : peur, par exemple, que ses parents meurent des suites d'un accident ou que lui-même se perde ou se fasse enlever. Les symptômes physiologiques (maux de têtes, crampes d'estomac, sensations d'évanouissement ou vomissements) sont fréquents [3].

Les troubles liés à l'angoisse de séparation (CIM-10: F93,0, DSM-IV: 309.21) sont évoqués pour la première fois dans le DSM 1980 et la CIM 1974. Les critères de diagnostic des deux systèmes de classification pour ce trouble sont presque identiques.

Prévalence du trouble et évolution des symptômes selon l'âge

Le groupe de travail réuni autour de Kessler et al. [4] indiquait dans un vaste sondage rétrospectif conduit auprès de la population américaine une prévalence à vie du trouble anxiété de séparation de 5,2%. Les estimations de prévalence moyennes mentionnées dans le DSM IV-TR sont de 4% [5].

Les premiers symptômes du trouble lié à l'anxiété de séparation chez l'enfant et l'adolescent surviennent au plus tôt vers l'âge de huit ans contrairement aux autres troubles anxieux. Bien souvent, l'anxiété de séparation fait son apparition avant l'âge de la puberté. Keller et al. [6] ont rétrospectivement questionné des enfants souffrant d'anxiété de séparation ou d'hyperanxiété. Chez 46% des enfants, on constate un trouble sur une durée d'au moins huit ans. Environ un tiers des enfants faisaient état de plusieurs épisodes d'angoisse clinique. La répartition filles-garçons chez les enfants concernés par l'anxiété de séparation varie selon l'âge. Chez l'enfant, le nombre de filles et garçons est pratiquement semblable [7]. À partir de l'adolescence, soit environ 12 ans, on compte quatre filles pour un garçon.

Il est fréquent de constater que le trouble anxiété de séparation fasse souvent son apparition en parallèle avec d'autres troubles psychiques. Environ 1/3 des enfants souffrant de l'angoisse de séparation ressentent également des troubles dépressifs et 1/5 des enfants souffrent en plus d'un trouble de l'attention/d'hyperactivité ou d'un trouble lié à un trouble oppositionnel avec provocation. Environ 10% sont concernés par l'énurésie [8].

Caractéristiques familiales

De nombreuses études indiquent que les enfants avec troubles anxieux ont ressenti au sein de leur famille un manque d'acceptance et d'autonomie, de goût du contact et de soutien et ont vécu dans des rapports plus conflictuels et emmêlés que les enfants sans troubles anxieux [9]. Fox et al. [10] ont analysé les relations qu'entretiennent les enfants angoissés par la séparation avec leurs frères et sœurs. Les propos rapportés par écrit par les enfants eux-mêmes et les observations de comportement effectuées ont montré que les interactions d'enfants cliniquement anxieux avec leurs

frères et sœurs sont caractérisées par plus de conflits, un contrôle mutuel plus prononcé et un manque de chaleur émotionnelle par rapport aux enfants ne présentant pas de troubles psychiques. Des études étiologiques montrent que les comportements et cognitions des parents jouent un rôle important dans le développement et le maintien de l'anxiété de séparation et que les propres pathologies parentales ont un lien direct avec l'anxiété de l'enfant [11].

Modèles d'étiologie

Entretemps, il existe quelques études qui ont analysé les facteurs de risque de l'apparition des maladies anxieuses, comme par exemple le style d'attachement ou le mode d'éducation. Pour plus d'informations détaillées, se reporter à Bögels et Brechman-Toussaint [9] ou Tonge [1]. Toutefois, il n'existe pas encore d'approche étiologique du trouble de l'anxiété de séparation. C'est la raison pour laquelle nous allons évoquer ci-dessous deux modèles étiologiques qui ne présentent qu'un caractère général : le modèle intégré Inhibition-Attachement [12] et le modèle cognitif de Kendal et Ronan [13].

Le modèle intégré Behavioral Inhibition-Attachment de Manassis et Bradley

Le modèle intégré Behavioral Inhibition-Attachment s'intéresse aux facteurs liés à l'apparition des troubles anxieux. Il établit un lien entre les hypothèses du concept de l'inhibition comportementale et celles du concept d'attachement. Kagan et al. [14] entendent par inhibition comportementale (Behavioral Inhibition) une caractéristique de tempérament qui se caractérise par un comportement de renfermement et de timidité dans des situations nouvelles ou non familières. De récents travaux de recherche montrent que ce trait de caractère se retrouve souvent chez les enfants dont les parents souffrent d'un trouble anxieux [15,16]. De plus, les enfants qui présentent une inhibition comportementale stable souffrent plus souvent d'un trouble anxieux.

Le modèle de Manassis et Bradley [17] suppose qu'à la fois l'inhibition comportementale, facteur prédisposé, et un mode d'attachement incertain sont à l'origine de l'apparition de troubles anxieux. La nature de l'attachement peut renforcer ou réduire une prédisposition existante à une angoisse malade. Les suppositions émanant de ce modèle ont pu être vérifiées empiriquement dans divers travaux de recherche [18,19]. Les études au sujet de l'interaction entre inhibition comportementale et mode d'attachement doivent encore être intensifiées [20].

Le modèle cognitif de Kendall et Ronan

Le modèle cognitif de Kendall et Ronan [13] se concentre sur les raisons du maintien des troubles anxieux. Les auteurs supposent dans leur démarche que les enfants et adolescents souffrant de troubles anxieux présentent des déficits et distorsions cognitives. Les déficits cognitifs se traduisent par le manque de capacités cognitives adaptées ou leur utilisation insuffisante. On entend par distorsions cognitives des

processus d'analyses d'informations univoques ou erronés. Il en résulte des comportements dysfonctionnels ou mal adaptés. La signification des aspects cognitifs en vue d'expliquer les troubles anxieux a pu être vérifiée empiriquement dans divers travaux de recherche [20].

De plus, Kendall et Ronan partent du principe que le fait de suractiver des réseaux d'informations ancrés dans la mémoire entraîne une focalisation chronique et inappropriée sur des informations menaçantes.

Il en résulte que les enfants avec des troubles anxieux :

- interprètent le danger de manière plus forte ;
- sous-estiment leur capacité à gérer ou faire face à des situations ;
- sous-estiment leurs possibilités de contrôle du danger ;
- rapportent plus de pensées focalisées sur une catastrophe possible ;
- ont plus souvent tendance à se parler à eux-mêmes d'une manière négative.

Le maintien du trouble résulte, d'une part, du comportement d'évitement et, d'autre part, du renforcement du comportement anxieux par l'entourage. Pour plus d'informations détaillées sur le maintien du trouble, le lecteur est renvoyé à Mowrer [21].

Diagnostic

La phase de diagnostic en cas d'indication de troubles d'anxiété de séparation vise à établir un diagnostic différentiel approfondi selon le DSM-IV ou la CIM-10. Pour cela, il est recommandé de combiner plusieurs méthodes. Il faut dans un premier temps distinguer le diagnostic primaire du diagnostic secondaire. L'analyse qui en suit doit additionnellement se concentrer sur les conditions du déclenchement et du maintien du comportement problématique.

La phase de diagnostic comporte idéalement les aspects suivants :

- un premier entretien collectif avec les parents et l'enfant ;
- un diagnostic différentiel : à l'aide d'une interview structurée, une pour les parents et une pour l'enfant (par exemple, Kinder-DIPS [22]) ;
- un diagnostic différentiel médical dans le but d'exclure toute cause organique ;
- l'emploi de questionnaires et éventuellement d'un « journal du comportement ».

En début de phase de diagnostic, certains jeunes enfants souffrant d'anxiété de séparation peuvent tout particulièrement rencontrer des difficultés lorsque les examens diagnostiques se font sans les parents. Il peut être conseillé dans de tels cas de conduire les examens diagnostiques en présence des parents, puis de réduire le temps de présence des parents petit à petit.

187 **Traitement – le programme familial contre**
188 **l’anxiété de séparation (PFAS ; allemand :**
189 **TrennungsAngstprogramm Für Familien**
190 **[TAFF])**

191 Le programme PFAS est le seul programme thérapeutique
192 comportemental du traitement de l’anxiété de séparation
193 vérifié empiriquement. Il contient, d’une part, des interven-
194 tions de thérapies cognitivo-comportementales classiques
195 vérifiées empiriquement, comme par exemple la psychoé-
196 ducation ou la confrontation et, d’autre part, des éléments
197 spécifiques au trouble, comme par exemple le traitement
198 des pensées dysfonctionnelles des parents dans des situa-
199 tions de séparation ou l’introduction du concept d’anxiété
200 de séparation comme phase typique du développement. Il
201 a été mis au point à l’université de Bâle dans le cadre
202 d’un projet de recherche sur l’anxiété de séparation sou-
203 tenu par le Fonds national suisse et s’adresse aux enfants
204 âgés de cinq à 13 ans et leurs parents. Le programme PFAS
205 comprend 16 séances. Quatre séances sont prévues avec
206 l’enfant seul, quatre séances avec les parents seuls et huit
207 séances se déroulent en présence à la fois de l’enfant
208 et des parents. Le contenu des quatre premières séances
209 avec l’enfant et avec les parents est très semblable. Elles
210 ont toutefois été développées séparément pour assurer
211 la compréhension du contenu des séances par tous les
212 membres de la famille, quel que soit leur âge. Pour ce
213 faire, le matériel de thérapie a été mis au point de façon
214 à ce qu’il puisse être utilisé par des enfants ne sachant pas
215 lire.

216 **Séances avec l’enfant (4 séances)**

217 **Q2 Psychoéducation**

218 Il s’agit d’abord d’expliquer à l’enfant la différence
219 entre l’anxiété « normale » et l’anxiété pathologique.
220 Ensemble, le thérapeute et l’enfant recherchent les trois
221 dimensions qui composent la peur : dimension cognitive,
222 corporelle, comportementale. C’est sur cette base que
223 l’enfant pourra identifier et nommer ses propres symptômes
224 d’anxiété, ses craintes et désigner des stratégies pour les
225 surmonter.

226 **Stratégies contre la peur**

227 C’est dans le cadre d’une restructuration cognitive que
228 l’enfant doit pouvoir identifier et modifier les pensées dys-
229 fonctionnelles qui font croître sa peur dans les situations de
230 séparation. Le but est de développer ou renforcer des pen-
231 sées positives et réalistes permettant de gérer l’anxiété. Ces
232 instructions qui doivent l’aider à maîtriser les situations qui
233 déclenchent la peur peuvent, par exemple, être notées sur
234 des cartes afin de pouvoir les intégrer dans des exercices.
235 Quelques exemples d’instructions : « Je suis courageux ! »,
236 « Je peux réussir ! ». D’autres instruments de travail comme,
237 par exemple, des personnages qui donnent du courage (Fifi
238 Brindacier) ou des objets (ex. : une pierre qui donne du cou-
239 rage à l’enfant) peuvent être également utiles. Le but de
240 toutes ces stratégies étant de convaincre l’enfant de ses
241 propres capacités à gérer la peur.

Le rationnel de la confrontation

242 La préparation ultime pour la confrontation in vivo consiste à
243 élaborer le rationnel de la confrontation à l’aide de courbes
244 illustrant le tracé de la peur. 245

**Première étape : explorer les expériences individuelles
de l’habituation de l’enfant**

246 La thérapeute demande à l’enfant de citer quelques expé-
247 riences pendant lesquelles sa peur a disparu après quelques
248 temps. Bien souvent, les enfants citent comme exemples
249 apprendre à faire du vélo ou du ski. On insiste alors sur le
250 fait que « c’est en forgeant qu’on devient forgeron ».
251 252

**Deuxième étape : transférer les expériences vécues dans
d’autres situations/savoir reconnaître les
comportements d’évitement qui renforcent la peur**

253 À ce niveau, il s’agit d’analyser si les expériences évoquées
254 auparavant peuvent être transférées sur la peur ressentie
255 dans des situations de séparation. Il s’agit de démontrer
256 à l’enfant à l’aide d’exemples provenant des nombreuses
257 expériences vécues que la peur devient plus forte quand on
258 évite des situations angoissantes. Le but est de montrer que
259 l’on peut s’exercer à surmonter la peur. 260 261 262

**Troisième étape : regarder la peur droit dans les yeux
pour la vaincre définitivement**

263 La préparation à la confrontation a montré que finalement
264 il n’est possible de vaincre la peur que si on l’intègre dans
265 des exercices réguliers. C’est la seule manière pour l’enfant
266 de voir qu’il n’arrive rien de grave même dans des situations
267 angoissantes. 268 269

Séances avec les parents (4 séances)

Séparation comme étape du développement

270 Dans un premier temps, les parents doivent se familiariser
271 avec le trouble, à savoir l’anxiété de séparation. Devenir
272 indépendant représente une étape importante pour le bon
273 développement d’un enfant. On constate souvent dans cette
274 étape d’acquisition de l’indépendance chez les enfants souf-
275 frant de troubles anxieux un retard qu’ils sont toutefois en
276 mesure de gérer grâce à l’intervention d’un professionnel.
277 Pouvoir surmonter ses anxiétés de séparation peut être une
278 étape importante dans le développement de l’enfant qui lui
279 permet de mieux grandir et accroître sa confiance en lui. 280 281

Pensées dysfonctionnelles des parents

282 Dans cette phase de thérapie, il s’agit de se concentrer sur
283 les pensées dysfonctionnelles des parents dans des situations
284 de séparation. Les propres suppositions ou craintes peuvent
285 empêcher les parents d’aider l’enfant à se confronter avec
286 sa peur. Quelques exemples de telles pensées : « C’est de ma
287 faute si mon enfant est anxieux », « Mon enfant sera trauma-
288 tisé par sa forte anxiété et en souffrira pour toujours ». 289

290 Les pensées dysfonctionnelles sont d’abord identifiées,
291 puis systématiquement vérifiées sur leur part de réalité
292 avant d’être modifiées. On cherche alors à élaborer d’autres
293 pensées plus réalistes (ex. : « affronter des situations de
294 peur permettra à mon enfant d’avoir plus confiance en lui »). 295

Préparation directe à la confrontation

Comme lors des séances avec l'enfant, la thérapeute utilise les courbes du tracé de la peur pour expliquer le rationnel de la confrontation aux parents. Ils doivent pendant les exercices appréhender la symptomatologie d'anxiété de leur enfant avec compréhension et sensibilité. À l'aide de jeux de rôles, les parents mettent en situation les précieuses stratégies discutées auparavant ensemble pour soutenir leur enfant. Les parents ont comme instructions concrètes de renforcer les comportements courageux.

Séances en famille (8 séances)

Hiérarchie de l'anxiété

Avec le soutien de la thérapeute, parents et enfant choisissent ensemble des situations d'anxiété pour les exercices d'exposition. Puis on définit un ordre hiérarchique des situations choisies selon l'intensité de la peur. La confrontation avec la peur et l'endurance de la peur seront honorées d'une agréable récompense individuelle à l'enfant, par exemple une demi-heure de football avec son père.

Exercices d'exposition

Les exercices de confrontation doivent permettre non seulement à l'enfant mais aussi aux parents de faire eux-mêmes l'expérience que les situations de déclenchement de la peur n'ont pas de conséquences désagréables. Les premiers exercices doivent en particulier être soigneusement planifiés et mis en place puisqu'ils sont déterminants pour le déroulement futur de la thérapie. Un exercice de confrontation mal préparé ou exécuté pourrait avoir comme conséquence qu'une famille, même motivée, décide d'interrompre la thérapie de confrontation. Le fait que ce soit le/la thérapeute qui exécute les premiers exercices garantit que l'enfant n'hésite pas trop longtemps avant d'aller dans la situation et d'aller à l'encontre de la peur. Comme il est important que les exercices soient répétés le plus vite possible, l'enfant doit avoir la possibilité après sa première séance de confrontation de répéter chaque jour et plusieurs fois à la suite ses exercices. Il est donc nécessaire de prévoir quotidiennement suffisamment de temps pour réaliser les exercices.

Coaching des parents

Durant les séances familiales, une partie du travail avec les parents est consacrée à des jeux de rôle qui visent à leur montrer comment ils peuvent soutenir leur enfant dans des situations de peur et animer son autonomie. Avec la thérapeute, les parents analysent des messages implicites (ex. : des parents qui protègent leur enfant trop lui donnent l'impression qu'ils n'ont pas confiance dans le fait qu'il peut faire face tout seul aux situations difficiles) ou du comportement parental peu positif (ex : des parents qui réagissent avec panique au lieu de calmer l'enfant lorsqu'il a des réactions d'anxiété fortes). On élabore donc ensemble, avec les parents, de nouveaux comportements qu'ils pourront reproduire grâce à des exercices dans leur vie quotidienne.

Prophylaxie des rechutes

À la fin de la thérapie, enfant et parents racontent ce qu'ils ont appris pendant la thérapie et quel principal message ils

en ont retenu. Pour éviter d'éventuelles rechutes, on mettra en place un scénario *worst case* (le pire) pour s'assurer que les connaissances acquises lors de la thérapie peuvent être appliquées dans une telle situation. Les rechutes sont particulièrement fréquentes suite à des vacances scolaires, des maladies ou des événements accablants. Il faut alors les considérer comme un test qui permet d'appliquer de nouveau les connaissances acquises lors de la thérapie.

Vérification empirique

L'efficacité du programme PFAS a été vérifiée dans une étude de thérapie. Dans cette étude les effets à court terme du programme ont pu être prouvés sur un échantillon de 43 enfants âgés entre cinq et sept ans et leurs familles [23]. Les résultats ont montré qu'après le traitement PFAS, 76,19% des enfants issus du groupe de traitement ne remplissaient plus les critères du DSM-IV d'anxiété de séparation contre 13,64% des enfants qui étaient sur liste d'attente. Lors des comparaisons pré- post des conditions de traitement, les tailles d'effet des interactions étaient grandes ($d=0,98-1,41$).

Ces résultats rejoignent ceux d'autres études qui confirment que les enfants souffrant de troubles anxieux profitent d'un traitement TTC. De plus, ils prouvent l'efficacité du programme TAFF pour les jeunes enfants pour lesquels il n'existait jusqu'ici peu de manuels validés.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

Références

[1] Tonge B. Separation anxiety disorder. In: Ollendick TH, King NJ, Yule W, editors. International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents. New York: Plenum Press; 1994. p. 145–67.

[2] Rivard M, Morin D, Clément C. Trouble anxiété de séparation: cas clinique chez un enfant ayant un trouble grave d'apprentissage. Rev Francoph Clin Comport Cogn 2008;XIII(4):18–28.

[3] Allen JL, Lavalley KL, Herren C, Ruhe K, Schneider S. DSM-IV criteria for childhood separation anxiety disorder: Informant, age, and sex differences. J Anxiety Disord 2010;24:946–52.

[4] Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62(6):593–602.

[5] Sass H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen—Textrevison (DSM-IV-TR). Göttingen: Hogrefe; 2003.

[6] Keller MB, Lavori PW, Wunder J, Beardslee WR, Schwartz CE, Roth J. Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992;31:595–9.

[7] Federer M, Margraf J, Schneider S. Leiden schon Achtjährige an Panik? Prävalenzuntersuchung mit Schwerpunkt Panikstörung und Agoraphobie. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 2000;28:205–14.

[8] Last CG, Strauss CC, Francis G. Comorbidity among childhood anxiety disorders. J Nerv Ment Disord 1987;175:726–30.

Q3

- 407 [9] Bögels SM, Brechman-Toussaint ML. Family issues in child
408 anxiety: attachment, family functioning, parental rearing and
409 beliefs. *Clin Psychol Rev* 2006;26(7):834–56.
- 410 [10] Fox TL, Barrett PM, Shortt AL. Sibling relationships of anxious
411 children: a preliminary investigation. *J Clin Child. Adolesc Psy-*
412 *chol* 2002;31:375–83.
- 413 [11] Poulton R, Milne BJ, Craske MG, Menzies RG. A longitudinal
414 study of the etiology of separation anxiety. *Behav Res Ther*
415 2001;39(12):1395–410.
- 416 [12] Manassis K. Child-parental relations: attachment and anxiety
417 disorders. In: Silverman WK, Treffers PDA, editors. *Anxiety*
418 *disorders in children and adolescents: research, assessment*
419 *and intervention*. New York: Cambridge University Press;
420 2001.
- 421 [13] Kendall PC, Ronan K. Assessment of children's anxieties, fears
422 and phobias: cognitive-behavioral models and methods. In: In:
423 Reynolds CR, Kamphaus RW, editors. *Handbook of psychological*
424 *and educational assessment of children, personality, behavior*
425 *and context, 2*. New York: Guilford Press; 1990.
- 426 [14] Kagan J, Snidman N, Arcus D. Childhood derivatives of high and
427 low reactivity in infancy. *Child Dev* 1998;6:1483–93.
- 428 [15] Rosenbaum JF, Biederman J, Hirshfeld DR, Bolduc EA, Faraone
429 SV, Kagan J, et al. Further evidence of an association between
430 behavioral inhibition and anxiety disorders: results from
431 a family study of children from a non-clinical sample. *J Psy-*
chiatric Res 1991;25:49–65.
- [16] Rosenbaum JF, Biederman J, Hirshfeld-Becker DR, Kagan J, Snidman N, Friedman D, et al. A controlled study of behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and depression. *Am J Psychiatry* 2000;157:2002–10. 432 433 434
- [17] Manassis K, Bradley SJ. The development of childhood anxiety disorders: towards an integrated model. *J Appl Dev Psychol* 1994;15:345–66. 435 436 437 438
- [18] Biederman J, Rosenbaum JF, Bolduc-Murphy EA, Faraone SV, Chaloff J, Hirshfeld DR, et al. A 3-year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:814–21. 439 440 441 442
- [19] Hirshfeld DR, Rosenbaum JF, Biederman J, Bolduc EA, Faraone SV, Snidman N, et al. Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:103–11. 443 444 445 446
- [20] Schneider S. *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen: Grundlagen und Behandlung*. Berlin: Springer; 2004. 447 448
- [21] Mowrer P. *Learning theory and behavior*. New York: Wiley; 1960. 449
- [22] Schneider S, Unnewehr S, Margraf J. *Kinder-DIPS für DSM-IV-TR. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. 2^e éd. Heidelberg: Springer; 2009. 450 451 452
- [23] Schneider S, Blatter-Meunier J, Herren C, Adornetto C, In-Albon T, Lavallee K. The efficacy of a disorder-specific cognitive-behavioural treatment for separation anxiety disorder in young children: A randomized waitlist-controlled trial. *J Child Psychol, in press*. 453 454 455 456 457