




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale auprès d'enfants présentant en concomitance un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité et un trouble anxieux

Efficacy of a cognitive-behavioral therapy for children with a comorbid attention-deficit with hyperactivity disorder and anxiety disorder

M. Verreault*, C. Berthiaume

Clinique des troubles de l'attention, hôpital Rivière-des-Prairies, 7070, boulevard Perras, Montréal, Québec, Canada H1E 1A4

Disponible sur Internet le 15 octobre 2010

MOTS CLÉS

Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité ;
Trouble anxieux ;
Thérapie cognitivo-comportementale ;
Enfants ;
Parents ;
Stress parental ;
TDA/H ;
TCC

KEYWORDS

Attention-deficit/hyperactivity disorder ;

Résumé Près d'un enfant sur quatre ayant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) présente également un trouble anxieux. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) semble prometteuse pour les enfants ayant les deux troubles, mais il importe de l'adapter en fonction des particularités cliniques de cette concomitance. Une équipe de recherche québécoise a donc développé un programme de TCC visant le traitement des symptômes d'anxiété de cette clientèle en modifiant la forme et le contenu des traitements classiques. L'objectif principal de cette étude est d'examiner l'efficacité de ce traitement novateur pour diminuer les symptômes d'anxiété des enfants ainsi que le stress parental. L'échantillon se compose de 14 familles d'enfants âgés entre huit et 12 ans recrutés à l'hôpital Rivière-des-Prairies à Montréal. Les questionnaires et les entrevues semi-structurées ont été administrés avant et après le traitement. Les résultats montrent que le programme de TCC se révèle efficace pour diminuer significativement tant l'anxiété des enfants que le stress des parents. Cette étude confirme que la concomitance du TDA/H et du trouble anxieux mérite une attention particulière.

© 2010 Association française de thérapie comportementale et cognitive. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary About 25% of children with attention-deficit with hyperactivity disorder (ADHD) report anxiety disorder (AD). Such high prevalence for this double diagnosis leads to many questions in regard of the treatment. Our research team has developed a cognitive-behavioral therapy (CBT) program specifically addressing anxiety symptoms in children presenting both ADHD and AD. The main objective of the present study is to assess the efficiency of the CBT

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : martine.verreault.hrdp@sss.gouv.qc.ca (M. Verreault).

Anxiety disorder;
Cognitive-behavioral
therapy;
Children;
Parents;
Parental stress;
ADHD;
CBT

program for reducing anxiety symptoms and parental stress. The CBT program for children include 10 weekly sessions, lasting 2 hours, combined with an intervention group for parents and joint activities for parents and children. Fourteen families with children aged between 8 and 12 years old, are included in the study. All children have ADHD diagnosis with comorbid AD. Semi-structured interviews and self-reported questionnaires are used to assess anxiety symptoms in children and parental stress. Results show that the CBT program leads to a significant reduction of anxiety symptoms in children as well as a reduction of parental stress. This strongly supports the importance of CBT programs designed for children with ADHD and AD.

© 2010 Association française de thérapie comportementale et cognitive. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

L'anxiété fait partie de l'éventail des émotions essentielles et fondamentales, expérimentées par tous les humains, enfants comme adultes. Face à une menace perçue, l'anxiété permet d'être plus prudent, de se protéger et de mieux évaluer les dangers potentiels. C'est aussi une émotion saine qui aide à se dépasser dans certaines situations en mobilisant les ressources de l'individu. En revanche, il arrive que l'anxiété devienne pathologique. On répertorie sept troubles anxieux dans l'enfance (trouble d'anxiété de séparation, phobie sociale, phobies spécifiques, trouble d'anxiété généralisée, trouble obsessionnel-compulsif, trouble panique avec ou sans agoraphobie et état de stress post-traumatique) [1]. En présence du trouble, l'anxiété génère une détresse significative, interfère avec le fonctionnement quotidien, est fréquente, dure dans le temps, tout en étant excessive [1].

L'enfant ayant un TDA/H est plus anxieux que les jeunes de son âge [2]. En raison de ses difficultés cognitives, l'enfant ayant un TDA/H connaît généralement plus de difficultés que les autres enfants à gérer l'anxiété qu'il vit [2]. De même, tel un cercle vicieux, l'anxiété peut aggraver ses problèmes d'attention et de concentration. Chez les enfants avec un TDA/H, l'anxiété peut donc être inhérente à leurs déficits cognitifs. En revanche, pour 25% d'entre eux, l'anxiété devient importante au point de devenir un trouble concomitant [3–5].

Bien que les résultats soient parfois contradictoires, quelques études permettent d'établir que cette clientèle possède un profil comportemental et cognitif particulier (différent du TDA/H seul). Sur le plan comportemental, certains chercheurs avancent que l'anxiété concomitante atténuerait les comportements observables du TDA/H [6–7]. Certaines études montrent plutôt que l'anxiété aggraverait les symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'agressivité [8]. D'autres études ne révèlent aucune différence entre les manifestations comportementales du TDA/H seul et celles du TDA/H avec un trouble anxieux et ce, à des mesures d'inattention, d'hyperactivité, d'impulsivité, d'habiletés sociales et de problèmes de comportements [9–11]. Enfin, des chercheurs décrivent leur profil comportemental plus inattentif qu'impulsif/hyperactif [4,10,12–13].

Sur le plan cognitif, un consensus se dessine. Premièrement, plusieurs études ont démontré que chez le sous-groupe d'enfants ayant un TDA/H et un trouble anxieux, la capacité d'inhibition des participants s'avère meilleure, l'hypothèse étant que l'anxiété aurait un impact positif sur l'impulsivité [2,5–7,13–18]. Dans sa volonté de réussir, l'enfant serait porté à inhiber les réponses

non pertinentes afin d'éviter les erreurs d'impulsivité [19]. Deuxièmement, certaines études montrent que l'enfant aux prises avec les deux troubles aurait davantage de difficultés sur le plan de la mémoire de travail [2,20], surtout lorsque la tâche demandée devient de plus en plus complexe [17]. On peut supposer que la présence fréquente de cognitions anxiogènes entrave le bon fonctionnement de la mémoire de travail [2]. Troisièmement, aucune différence n'a été notée sur les capacités attentionnelles; les enfants présentant la concomitance TDA/H et trouble anxieux montrant les mêmes déficits que les enfants ayant un TDA/H seul [6–7,13].

Compte tenu des particularités comportementales et cognitives associées à la concomitance des deux troubles, il est pertinent d'examiner si la présence de l'un affecte la réponse au traitement de l'autre. Les enfants présentant la concomitance répondraient plus favorablement à une TCC traitant le TDA/H [4] que les enfants qui ont uniquement un TDA/H [12]. Bien que cette TCC ne vise pas spécifiquement l'anxiété, des gains thérapeutiques sont observés sur ces symptômes. L'inverse est également vrai. Plusieurs études portant sur l'efficacité de la TCC pour traiter les symptômes d'anxiété révèlent que le fait d'avoir un trouble externalisé en plus du trouble anxieux ne modère pas l'effet positif de la thérapie [21–24]. Des interventions spécifiques au profil clinique des enfants ayant un TDA/H et un trouble anxieux bonifieraient les programmes de TCC actuels, mais aucun programme de ce genre n'existe actuellement [2].

Outre ces considérations propres à l'enfant, il importe de rappeler le rôle de l'environnement, en particulier celui des parents, dans le développement et le maintien de l'anxiété [25]. La collaboration des parents dans la TCC de l'enfant optimiserait les effets positifs de l'intervention [21]. Par ailleurs, l'intervention auprès des parents doit être aussi intensive que celle des enfants [26].

Objectifs de l'étude

Un programme de TCC pour traiter les symptômes anxieux d'enfants présentant la concomitance TDA/H et trouble anxieux a été développé. Afin de respecter leur profil comportemental et cognitif, un manuel de TCC standard a été adapté quant à sa forme et son contenu. Une intervention intensive auprès des parents a également été prévue. L'objectif de la présente étude est d'examiner l'efficacité de ce traitement novateur pour diminuer les symptômes d'anxiété des enfants ainsi que le stress parental.

Tableau 1 Troubles anxieux des participants et score d'interférence avant et après le programme.

| Participant | Trouble Anxieux | Prétest | Post-test |
|-------------|---------------------------------|---------|-----------|
| 1 | Trouble d'anxiété de séparation | 7 | 0 |
| 2 | Trouble d'anxiété de séparation | 6 | 1 |
| 3 | Trouble d'anxiété de séparation | 8 | 0 |
| 4 | Trouble d'anxiété généralisée | 8 | 4 |
| 5 | Trouble d'anxiété généralisée | 7 | 0 |
| 6 | Trouble d'anxiété généralisée | 8 | 0 |
| 7 | Trouble d'anxiété de séparation | 4 | 0 |
| 8 | Phobie spécifique des insectes | 6 | 1 |
| 9 | Trouble d'anxiété de séparation | 8 | 2 |
| 10 | Phobie sociale | 7 | 4 |
| 11 | Phobie sociale | 8 | 6 |
| 12 | Trouble d'anxiété de séparation | 8 | 8 |
| 13 | Phobie sociale | 6 | 1 |
| 14 | Phobie spécifique de vomir | 8 | 2 |

Les scores à l'Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions (ADIS-C-P) portent sur une mesure d'interférence selon une échelle de 0 à 8.

Méthode

Participants

Les participants ont été recrutés dans deux cliniques du programme de pédopsychiatrie de l'hôpital Rivière-des-Prairies, situé à Montréal, au Québec (Canada). Les critères d'inclusion étaient les suivants : les enfants devaient être âgés entre huit et 12 ans et présenter le double diagnostic selon une évaluation standardisée. En outre, les enfants devaient présenter un TDA/H et un trouble anxieux selon :

- le diagnostic d'un pédopsychiatre ;
- des scores d'interférence d'au moins 4/8 aux entrevues semi-structurées ;
- des mesures cognitives associées au TDA/H.

L'échantillon est composé de 14 familles. Les enfants sont âgés en moyenne de 9,97 ans (ET = 1,26, étendue : 8,49 à 12,84 ans) et sont principalement des garçons (11 garçons et trois filles). Le [Tableau 1](#) présente les troubles anxieux des enfants au prétest. Parmi les parents participant, nous comptons 13 mères et un père.

Programme de TCC adaptée

Le programme de traitement employé pour cette étude est une adaptation d'un manuel existant, nommé *Super L'Écureuil* [27], qui cible les symptômes d'anxiété générale. Afin de respecter les données probantes dans le domaine de la concomitance TDA/H et trouble anxieux, d'aborder les symptômes liés au TDA/H et de s'assurer de la généralisation des acquis, plusieurs modifications ont été apportées. Dans un premier temps, le format des rencontres a été modifié selon le profil comportemental et cognitif des enfants et selon des suggestions émises par Manassis et Monga [28] ainsi que Hudson al. [29]. Par exemple, chaque séance est structurée selon une alternance de périodes de travail exigeant un effort mental soutenu et d'activités plus ludiques. De

plus, les tâches proposées évitent de solliciter l'attention partagée (ex. : écouter l'intervenant et écrire en même temps). Un système d'émulation est également introduit de façon à renforcer les comportements souhaitables et à ignorer ceux jugés inadéquats. Les comportements attendus sont clairement indiqués sur une feuille près de l'enfant et les intervenants utilisent divers rappels visuels ou sonores pour ramener l'attention de l'enfant à la tâche lorsque nécessaire. Ces adaptations visent à solliciter les capacités d'attention de l'enfant, diminuer ses comportements perturbateurs et optimiser l'utilisation de sa mémoire de travail. Dans un deuxième temps, du contenu a été ajouté au manuel de TCC initial, afin d'aborder les caractéristiques propres au TDA/H. Dans un dernier temps, des modifications ont été apportées pour favoriser la généralisation des acquis. En plus des exercices à faire à la maison, des activités combinées avec les enfants et leurs parents sont incluses dans chacune des rencontres. Ces activités permettent aux parents et aux enfants de pratiquer ensemble les stratégies apprises lors des séances de groupe tout en bénéficiant d'une supervision directe des intervenants.

La version finale du programme adapté, « Super Actif ! Intervention auprès de jeunes présentant un TDA/H et un trouble anxieux », est composée de quatre manuels de traitement [30–33]. Il comporte dix séances hebdomadaires, se déroulant en groupe de quatre à six enfants, d'une durée de deux heures chacune. Il comprend les stratégies d'intervention suivantes :

- information sur l'anxiété et sur le TDA/H ;
- identification des réactions physiques liées à l'anxiété et pour les parents, facteurs déclencheurs et de maintien de l'anxiété ;
- techniques de gestion de l'anxiété telles que la respiration abdominale et la relaxation musculaire ;
- identification des pensées anxiogènes ;
- restructuration cognitive ;
- exposition graduelle ;
- poursuite de l'exposition graduelle ;
- processus de résolution de problèmes ;

- consolidation des acquis ;
- prévention de la rechute.

Instruments de mesure

Les instruments de mesure sélectionnés ont été administrés avant et après le traitement. En premier lieu, la version française de l'Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions (ADIS-C-P) [34] a été utilisée pour permettre d'évaluer la présence et l'intensité de chacun des troubles anxieux selon les critères diagnostiques du DSM-IV. En deuxième lieu, les enfants ont rempli le Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) mesurant la présence d'anxiété générale [35]. Puis, deux questionnaires ont été complétés par les parents. Le système d'évaluation empirique Achenbach (ASEBA) [36] porte sur les problèmes comportementaux et les compétences sociales des enfants selon le parent. Enfin, l'indice de stress parental (ISP) [37] permet d'évaluer le niveau global de stress parental ainsi que celui lié au domaine de l'enfant et à celui du parent.

Résultats

Les résultats de la présente étude montrent des effets significatifs quant à l'efficacité du programme de TCC adaptée à la comorbidité TDA/H et trouble anxieux. D'abord, les résultats à l'ADIS-C-P révèlent que les enfants manifestent plus d'un trouble anxieux au prétest. L'examen des effets, qui porte sur le trouble anxieux le plus interférant, montre que la majorité des enfants présente une absence de trouble anxieux interférant avec leur quotidien à la suite de leur participation au programme Super Actif! (Tableau 1).

Pour évaluer les effets aux mesures prises par les questionnaires, les analyses, à l'aide de test t , portent sur la différence entre le prétest et le post-test. Les résultats révèlent que les enfants signalent moins d'anxiété générale lorsqu'ils complètent le questionnaire RCMAS ($t_{(12)} = 2,92$; $p < 0,05$). Spécifiquement, nous observons des différences significatives sur le plan de l'anxiété physiologique ($t_{(12)} = 2,23$; $p < 0,05$) et des préoccupations sociales/concentration ($t_{(12)} = 2,98$; $p < 0,05$), mais non à la sous-échelle mesurant l'inquiétude et l'hypersensibilité ($t_{(12)} = 1,46$; $p = 0,17$). Concernant le questionnaire ASEBA rempli par les parents, les résultats vont dans le même sens que nos hypothèses de recherche. Nous observons une diminution des scores aux échelles problèmes affectifs ($t_{(13)} = 3,92$; $p < 0,05$) et problèmes anxieux ($t_{(13)} = 4,83$; $p < 0,001$). Aucune différence n'est observée pour les autres sous-échelles (problèmes somatiques, problèmes d'attention, problèmes oppositionnels-défiants et problèmes des conduites). Enfin, nos résultats révèlent une diminution significative du stress parental lié à des caractéristiques de l'enfant; les scores de la sous-échelle hyperactivité ($t_{(13)} = 2,19$; $p < 0,05$) et de la sous-échelle adaptabilité ($t_{(13)} = 2,19$; $p < 0,05$) diminuent significativement. Aucune différence significative n'est observée pour les autres sous-échelles du domaine de l'enfant (renforcement, exigences, humeur et acceptabilité), ni sur aucune sous-échelle du domaine du parent (compétence, isolement, attachement, santé, restriction des rôles, dépression et relation conjugale).

Discussion

L'état actuel des connaissances permet de dégager un profil clinique propre aux enfants qui présentent en comorbidité un TDA/H et un trouble anxieux. De ce fait, les experts dans le domaine concluent qu'il serait intéressant d'élaborer des programmes de TCC ciblant les symptômes anxieux, mais qui seraient spécifiques aux particularités comportementales et cognitives de cette clientèle [2]. Le programme de traitement qui a été développé dans le cadre de la présente étude s'avère novateur par les adaptations effectuées pour respecter les données probantes disponibles. L'objectif de l'étude était d'examiner l'efficacité de ce programme pour diminuer les symptômes d'anxiété des enfants et le stress vécu par les parents.

Les résultats confirment d'abord que le programme d'intervention Super Actif! semble efficace pour réduire l'anxiété chez les enfants. En effet, les données obtenues aux entrevues semi-structurées révèlent que la majorité des enfants ne répond plus aux critères diagnostiques du trouble anxieux à la fin du traitement. De même, les résultats au questionnaire auto-administré RCMAS sont significativement moins élevés en post-test, en particulier ceux obtenus pour les manifestations somatiques de l'anxiété. Les techniques de gestion de l'anxiété semblent notamment avoir été bien intégrées par les enfants. La diminution des scores à la sous-échelle préoccupations sociales/concentration permet aussi d'émettre l'hypothèse que les enfants se considèrent davantage à la hauteur des attentes de leur entourage à leur égard. Ce résultat peut également s'expliquer par la diminution de l'anxiété générale, qui pouvait interférer avec la capacité de l'enfant à se concentrer sur ses tâches avant le traitement. Les analyses des scores obtenus au ASEBA vont dans le même sens. Seules les sous-échelles portant sur les problèmes internalisés ont diminué significativement, ce qui permet de penser que le programme de TCC cible bien les symptômes anxieux.

En plus de la réduction notable des symptômes d'anxiété des enfants, le programme de traitement semble aussi avoir été efficace auprès de certaines variables parentales. En effet, les parents perçoivent la charge de leur enfant ayant un TDA/H et un trouble anxieux moins difficile à assumer suite à l'intervention. Ils jugent alors que leur enfant présenterait moins de comportements liés à l'hyperactivité et une plus grande adaptabilité à son environnement. Par ailleurs, la participation au programme ne semble pas avoir eu d'incidence positive significative sur l'humeur de leur enfant, sur leurs exigences, leur acceptabilité ou sur la source de gratification que représente leur enfant. Certaines modifications pourraient donc être apportées aux manuels de traitement afin de mieux cibler ces variables.

De façon générale, la participation au programme a entraîné des changements significatifs tant chez les enfants que chez les parents. La présente étude devra toutefois être répliquée auprès d'échantillons plus grands. De plus, il serait intéressant de comparer l'efficacité du programme de TCC adaptée à des programmes de TCC standards pour l'anxiété afin de vérifier si les adaptations apportent des effets positifs plus grands. En effet, les programmes de TCC préexistants arrivaient déjà à la conclusion que la présence concomitante d'un trouble externalisé n'en modérait pas les effets positifs [21–24]. Les observations cliniques effec-

tuées dans le cadre de cette étude, mais aussi celles des experts dans le domaine, plaident toutefois en faveur d'une modification du format de la thérapie pour répondre aux besoins spécifiques de cette clientèle. D'autres recherches devront donc être mises en place afin de confirmer ces hypothèses.

Conclusion

En résumé, les résultats de l'étude confirment d'abord que le programme de TCC adaptée au profil clinique des enfants présentant le double diagnostic est efficace pour traiter les troubles anxieux. Ensuite, les données obtenues témoignent de l'importance de considérer cette clientèle comme étant un sous-groupe distinct des enfants qui ont uniquement un TDA/H. Des paramètres plus précis concernant leur profil comportemental et cognitif devront d'ailleurs être établis afin d'affiner les interventions auprès de cette clientèle.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: Author; 2000.
- [2] Tannock R. ADHD with anxiety disorders. In: Brown TE, editor. ADHD Comorbidities. Handbook for ADHD complication in children and adults. Washington: American Psychiatric Publishing; 2009. p. 131–55.
- [3] CMQ et OPQ. Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central. Montréal: Publication du CMQ; 2001.
- [4] MTA Cooperative Group. Moderators and mediators of treatment response for children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1088–96.
- [5] Beck Schatz D, Rostain AL. ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *J Atten Disord* 2006;10:141–9.
- [6] Pliszka SR. Effect of anxiety on cognition, behavior, and stimulant respond in ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:882–7.
- [7] Pliszka SR. Comorbidity of ADHD and overanxious disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:197–203.
- [8] Livingston RL, Dykman RA, Ackerman PT. The frequency and significance of additional self-reported psychiatric diagnoses in children with ADHD. *J Abnorm Child Psychol* 1990;18:465–78.
- [9] Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Steingard R, Tsuang MT. Association between attention deficit disorder and anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1991;148:251–6.
- [10] March JS, Swanson JM, Arnold LE, Hoza B, Conners CK, Hinshaw SP, et al. Anxiety as a predictor and outcome variable in the Multimodal Treatment Study of children with ADHD (MTA). *J Abnorm Child Psychol* 2000;28:527–41.
- [11] Abikoff HB, Jensen PS, Arnold LE, Hoza B, Hechtman L, Pollack S, et al. Observed classroom behavior of children with ADHD: relationship to gender and comorbidity. *J Abnorm Child Psychol* 2002;30:349–59.
- [12] Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, Lenora N, Newcorn JH, Abikoff HB, et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:147–58.
- [13] Newcorn JH, Halperin JM, Jensen PS, Abikoff HB, Arnold LE, Cantwell DP, et al. Symptom profiles in children with ADHD: effects of comorbidity and gender. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:137–46.
- [14] Manassis KA, Tannock R, Barbosa J. Dichotic listening and response inhibition in children with comorbid anxiety disorders and ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:1152–9.
- [15] Oosterlaan J. Response inhibition and response re-engagement in ADHD, disruptive, anxious, and normal children. *Behav Brain Res* 1998;94:33–43.
- [16] Jensen PS, Martin D, Cantwell DP. Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-V. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1065–79.
- [17] Pliszka SR, Carlson CL, Swanson JM. ADHD with comorbid disorders. Clinical assessment and management. New York: The Guilford Press; 1999.
- [18] Pliszka SR, Hatch JP, Borcharding SH, Rogeness GA. Classical conditioning in children with ADHD and anxiety disorders: a test of Quay's model. *J Abnorm Child Psychol* 1993;21:411–23.
- [19] Verreault M, Berthiaume C. Troubles anxieux et TDAH. In: Chevalier N, Guay MC, Achim A, Lageix P, Poissant H, editors. Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Soigner, éduquer, surtout valoriser. Montréal: Presses de l'Université du Québec; 2006. p. 111–37.
- [20] Tannock R, Ickowicz A, Schachar R. Differential effects of methylphenidate on working memory in ADHD children with and without comorbid anxiety. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:886–96.
- [21] Barrett PM, Duffy AL, Dadds MR, Rapee RM. Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: long-term (6-year) follow-up. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:135–41.
- [22] Kendall PC, Brady EU, Verduin TL. Comorbidity in childhood anxiety disorders and treatment outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:787–94.
- [23] Rapee RM. The influence of comorbidity on treatment outcome for children and adolescents with anxiety disorders. *Behav Res Ther* 2003;41:105–12.
- [24] Silverman WK, Kurtines WM, Ginsburg GS, Weems CF, Lumpkin PW, Carmichael DH. Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavior therapy: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:995–1003.
- [25] Vasey MW, Dadds MR. The developmental psychopathology of anxiety. New York: Oxford University Press; 2001.
- [26] Turgeon L, Brousseau L, Denis I. Le traitement des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents : données actuelles et perspectives futures. In: Turgeon L, Gendreau PL, editors. Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent. Marseille: Éditions Solal; 2007. p. 107–28.
- [27] Turgeon L, Brousseau L. Programme Super l'Écureuil : intervention précoce auprès de jeunes présentant des problèmes d'anxiété. Document inédit, 1999.
- [28] Manassis K, Monga S. A therapeutic approach to children and adolescents with anxiety disorders and associated comorbid conditions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:115–7.
- [29] Hudson JL, Krain AL, Kendall PC. Expanding horizons: adapting manual-based treatments for anxious children with comorbid diagnoses. *Cogn Behav Pract* 2001;8:338–46.
- [30] Berthiaume C, Verreault M, Racicot G. Programme Super Actif ! Intervention auprès de jeunes présentant un TDA/H et un trouble anxieux. Manuel du thérapeute des enfants. Document inédit, 2008.
- [31] Berthiaume C, Verreault M. Programme Super Actif ! Intervention auprès de jeunes présentant un TDA/H et un trouble anxieux. Manuel des enfants. Document inédit, 2008.
- [32] Verreault M, Berthiaume C, Racicot G. Programme Super Actif ! Intervention auprès de jeunes présentant un TDA/H et un

- trouble anxieux. Manuel du thérapeute des parents. Document inédit, 2008.
- [33] Verreault M, Berthiaume C. Programme Super Actif! Intervention auprès de jeunes présentant un TDA/H et un trouble anxieux. Manuel des parents. Document inédit, 2008.
- [34] Silverman WK, Albano AM. Manual for the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent versions. Albany: Graywind Publications; 1996.
- [35] Reynolds CR, Richmond BO. Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS): manual. Los Angeles: Western Psychological Services; 1985.
- [36] Achenbach TM. ASEBA—Système d'évaluation empirique Achenbach. Burlington: University of Vermont; 2001.
- [37] Bigras M, LaFrenière PJ, Abidin RR. Indice de stress parental. North Tonawanda: Multi-Health System Inc; 1996.