



Institute of
Psychiatry,
Psychology &
Neuroscience

South London and Maudsley 
NHS Foundation Trust

NIHR | Maudsley Biomedical
Research Centre

PTSD chez les jeunes

Andrea Danese, M.D. Ph.D.

Centre de psychiatrie sociale, génétique et du développement (SGDP)
et Département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Clinique nationale et spécialisée CAMHS
pour les traumatismes, l'anxiété et la dépression



[@andrea_danese](https://twitter.com/andrea_danese)

PRESENTATION

Entité	Fonction
Yale University	Professeur associé et consultant, Centre d'études de l'enfant
ESCAP	Secrétaire général, coprésident de la division académique
ACAMH	Secrétaire académique
CIFAR	Président du Comité consultatif, programme de développement de l'enfant et du cerveau
WPA	Membre du Comité consultatif sur les interventions d'urgence
JAACAP	Rédacteur en chef

Réactions normatives au traumatisme

Psychopathologie liée au traumatisme

Traitement du PTSD

Dépistage

Réactions normatives au traumatisme

Psychopathologie liée au traumatisme

Traitement du PTSD

Dépistage

'TRAUMA'

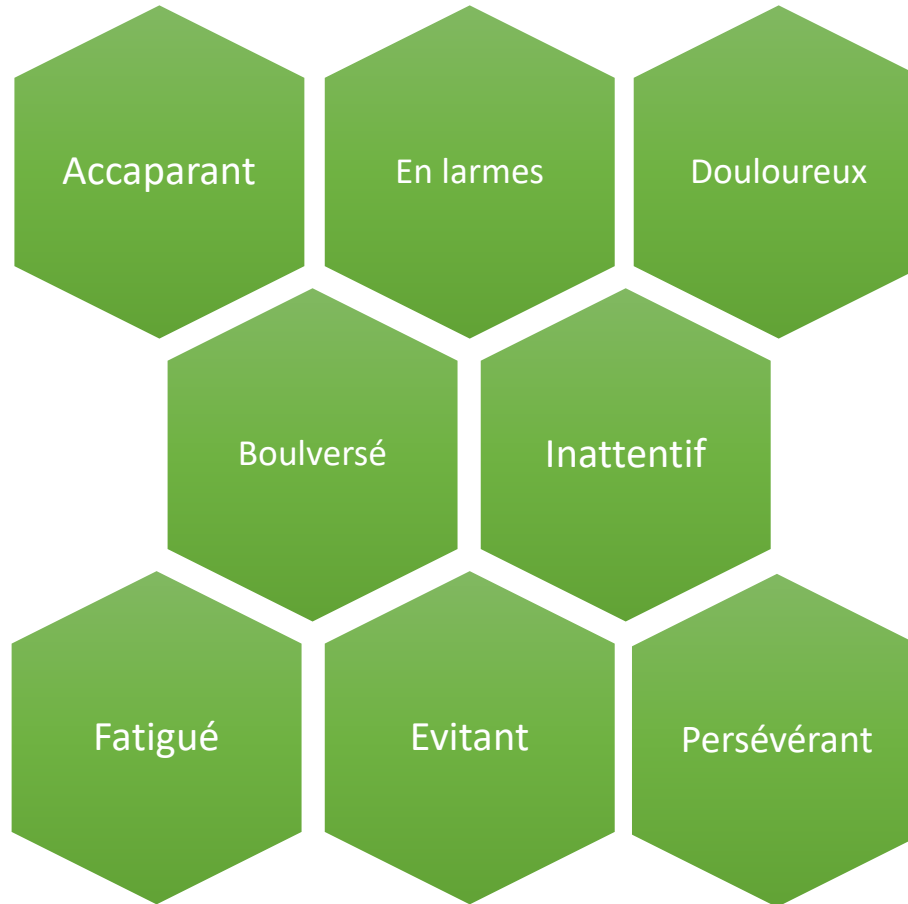
DSM-5 critère A : La personne a été exposée à : la mort, une menace de mort, des blessures graves réelles ou potentielles, ou des violences sexuelles réelles ou potentielles, de l'une ou plusieurs des manières suivantes :

- *Exposition directe*

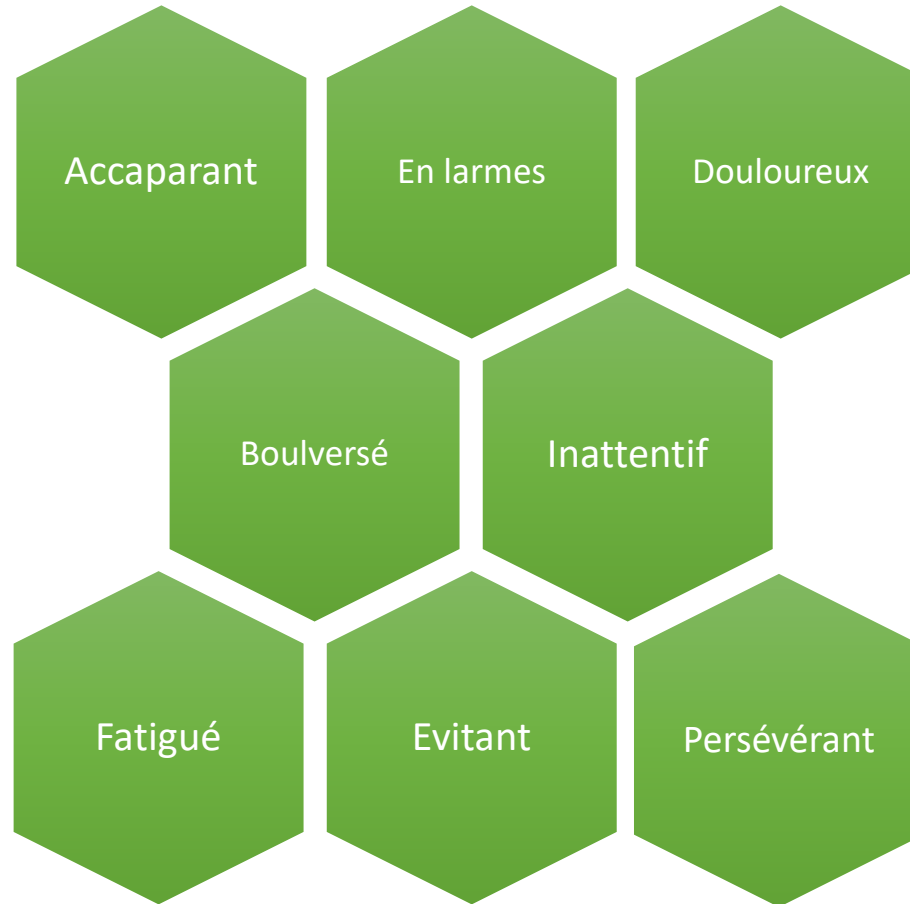
- *Témoin du traumatisme*

- *Traumatisme "indirect"* : Apprendre qu'un membre de la famille ou un ami proche a été exposé à un traumatisme, ou être exposé indirectement à des détails pénibles du traumatisme, généralement dans le cadre de fonctions professionnelles (p. ex. premiers intervenants, personnel médical)

REPONSES

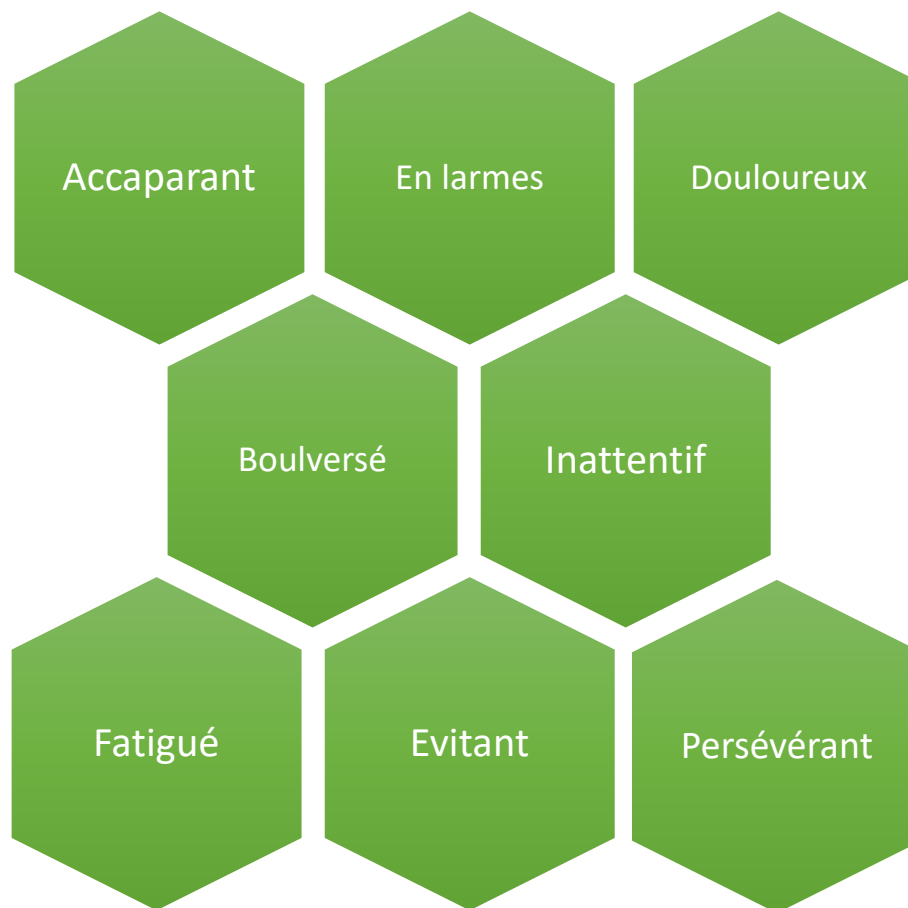


REPONSES



Ce sont des réactions émotionnelles courantes et normales à un traumatisme, et elles s'atténueront en quelques jours ou quelques semaines chez la plupart des enfants.

REPONSES



Ce sont des réactions émotionnelles courantes et normales à un traumatisme, et elles s'atténueront en quelques jours ou quelques semaines chez la plupart des enfants.

Lorsque les symptômes persistent pendant plus d'un mois et/ou altèrent le fonctionnement de l'enfant (par exemple ses résultats scolaires, sa capacité à socialiser avec ses pairs), les enfants peuvent répondre aux critères d'un diagnostic psychiatrique (p. ex. PTSD).

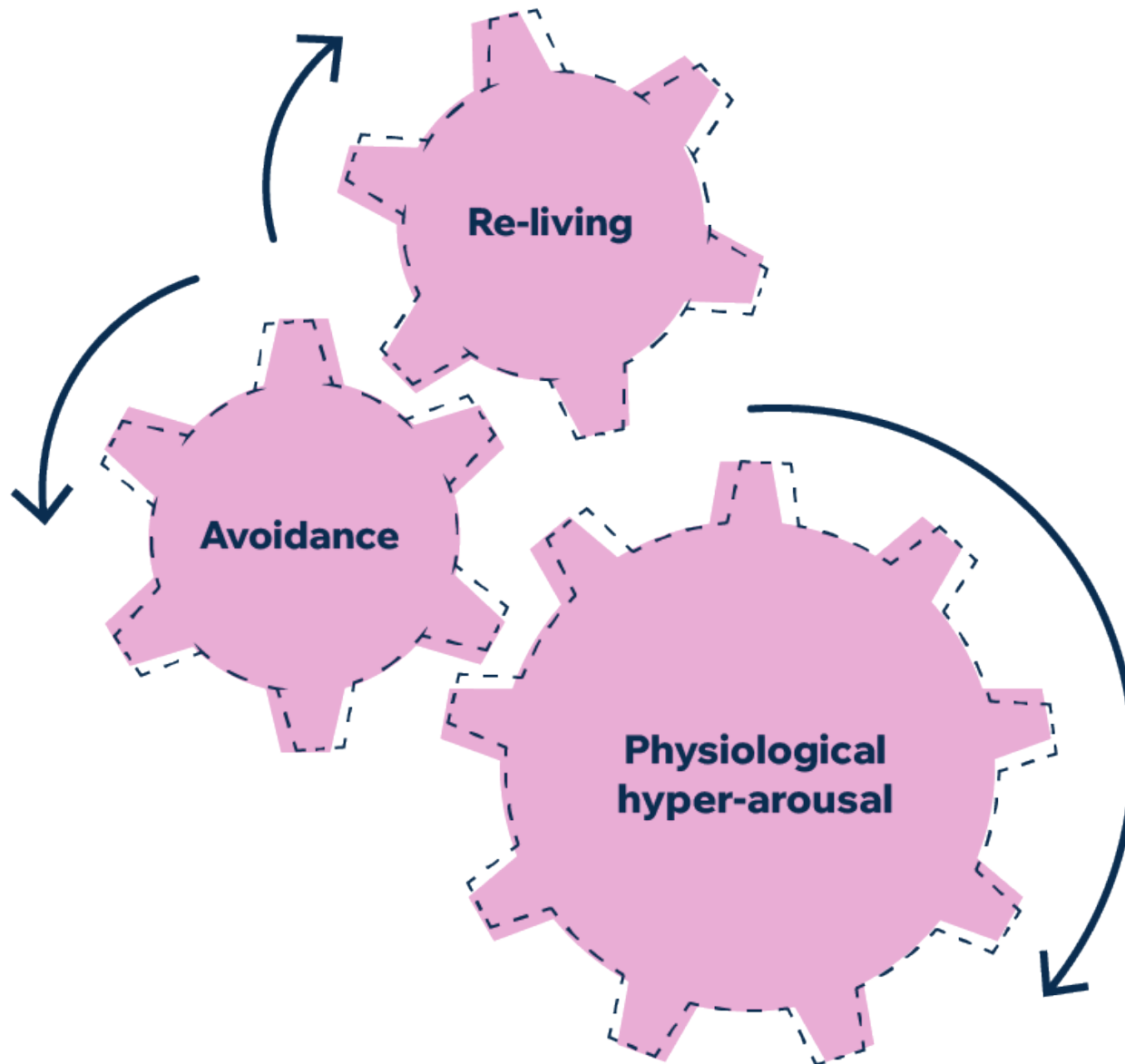
Réactions normatives au traumatisme

Psychopathologie liée au traumatisme

Traitement du PTSD

Dépistage

PTSD



PSYCHOPATHOLOGIE DESCRIPTIVE DU PTSD

1. REVIVISCENCE

Les enfants atteints d'un PTSD éprouvent des souvenirs persistants ou revivent l'événement traumatique. Par exemple, les enfants peuvent avoir des pensées ou souvenirs intrusifs et pénibles de l'événement qui leur viennent à l'esprit et, ainsi, avoir l'impression de ne plus contrôler leurs pensées. Les enfants peuvent également rapporter des cauchemars récurrents liés à l'événement ou des contenus associés. Plus rarement, les enfants peuvent présenter des symptômes dissociatifs francs (flashbacks) au cours desquels ils n'ont pas seulement des pensées ou souvenirs intrusifs, mais où ils perdent également la notion du temps : les enfants peuvent avoir l'impression que l'événement traumatique est en train de se reproduire dans le moment présent. La reviviscence peut survenir à tout moment, mais elle se manifeste plus fréquemment lorsque les enfants sont inoccupés, par exemple lorsqu'ils essaient de s'endormir. En outre, la reviviscence peut être accentuée lorsque les enfants sont exposés à des situations qui ressemblent ou sont associées au facteur de stress (**déclencheurs**; généralement des expériences sensorielles, telles qu'une image, un bruit ou une odeur). Bien que certains enfants puissent avoir conscience de ces déclencheurs, d'autres peuvent ne pas l'être et se sentir encore moins maîtres de leurs pensées.

PSYCHOPATHOLOGIE DESCRIPTIVE DU PTSD

2. EVITEMENT

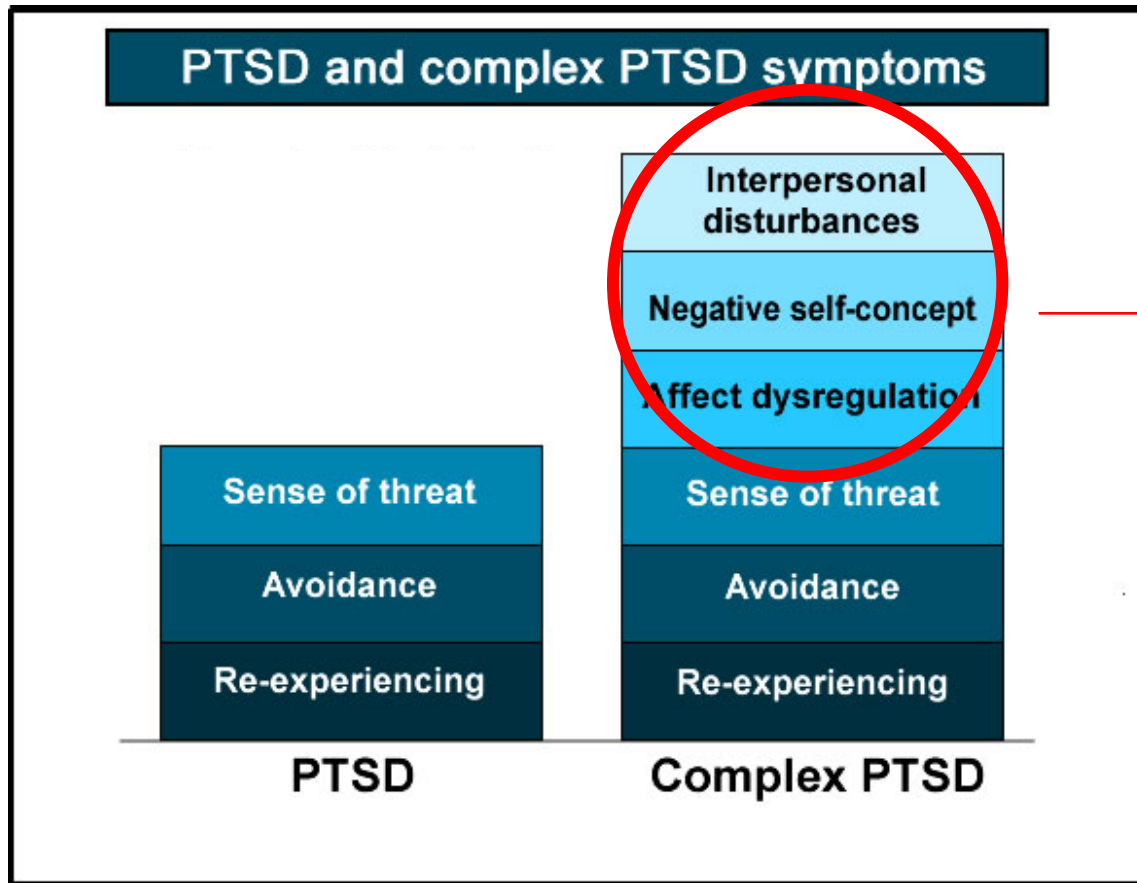
En raison de la détresse déclenchée par la reviviscence, les enfants peuvent développer toute une série de **stratégies d'adaptation inappropriées** afin l'éviter. Bien que les enfants puissent avoir l'impression que ces stratégies sont *utiles à court terme* pour réduire la détresse, ces stratégies sont généralement maladaptées ou *peu utiles à long terme pour diminuer la fréquence des épisodes de reviviscence*. Par exemple, les enfants peuvent chercher ouvertement à éviter des situations ressemblant au traumatisme ou qui y sont associées. Ainsi, les enfants peuvent refuser de se rendre dans certains endroits ou rencontrer certaines personnes. Ils peuvent aussi refuser de se coucher ou essayer de ne pas s'endormir dans le but de réduire les cauchemars. Par ailleurs, les enfants peuvent être très bouleversés s'ils perçoivent qu'on les oblige à revivre des situations évoquant ou associées au traumatisme. Les enfants peuvent s'engager *consciemment* dans ces comportements d'évitement lorsqu'ils identifient des déclencheurs contextuels. A d'autres moments, les enfants peuvent ignorer l'existence de tels déclencheurs et manifester ces comportements de manière non *inintentionnelle*. En plus de ces comportements d'évitement manifestes, les enfants adoptent souvent des stratégies d'évitement plus discrètes, comme le fait de rester occupés ou distraits, dans le but de réduire la fréquence de la reviviscence. Les adolescents peuvent recourir à l'abus de substances pour atténuer la reviviscence et la détresse qui l'accompagne.

PSYCHOPATHOLOGIE DESCRIPTIVE DU PTSD

3. HYPER-ACTIVATION PSYSHIOLOGIQUE

En raison du traumatisme vécu et du caractère souvent imprévisible des épisodes de reviviscence, les enfants peuvent avoir le **sentiment d'être en danger**. Par conséquent, ils peuvent être très vigilants et à l'affût du moindre danger potentiel, ou sursauter facilement. En raison de cet état d'hypervigilance, ils peuvent également être très irritables et réagir de manière excessive (y compris par de la colère) même lors d'événements peu stressant. De plus, en raison de cet état d'hypervigilance, ils peuvent avoir de la difficulté à se concentrer sur les tâches quotidiennes ou à s'endormir et à rester endormis durant la nuit. Comme les symptômes d'hyperactivation physiologique peuvent être liés à un large éventail de conditions, il est important de déterminer si les symptômes décrits reflètent une modification du fonctionnement et s'ils n'étaient pas déjà présents avant l'exposition au traumatisme.

DIAGNOSTIC DU PTSD COMPLEXE (CIM-11)



**PERTURBATIONS DE
L'AUTO-ORGANISATION
(PAO)**

E-RiSK

Environmental Risk
Longitudinal Twin Study

Cohorte de naissance représentative de la population
2,232 jumeaux nés en Angleterre et au Pays de Galles entre 1994-1995
Suivis jusqu'à l'âge de 18 ans (93% rétention)
Evaluation de la santé mentale à l'âge de 18 ans



PREVALENCE DU TRAUMA



Lewis SJ, et al. *Lancet Psychiatry* 2019, 6:247-56

PREVALENCE DU TRAUMA

Trauma exposition : 31.1%



PREVALENCE DU PTSD

Trauma exposition : 31.1%

PTSD: 7.8% (25% de trauma exposé)



PREVALENCE DU TRAUMATISME ET DU PTSD

Trauma exposition : 100%

PTSD: 25% (25% de trauma exposé)



PREVALENCE DU TRAUMATISME ET DU PTSD

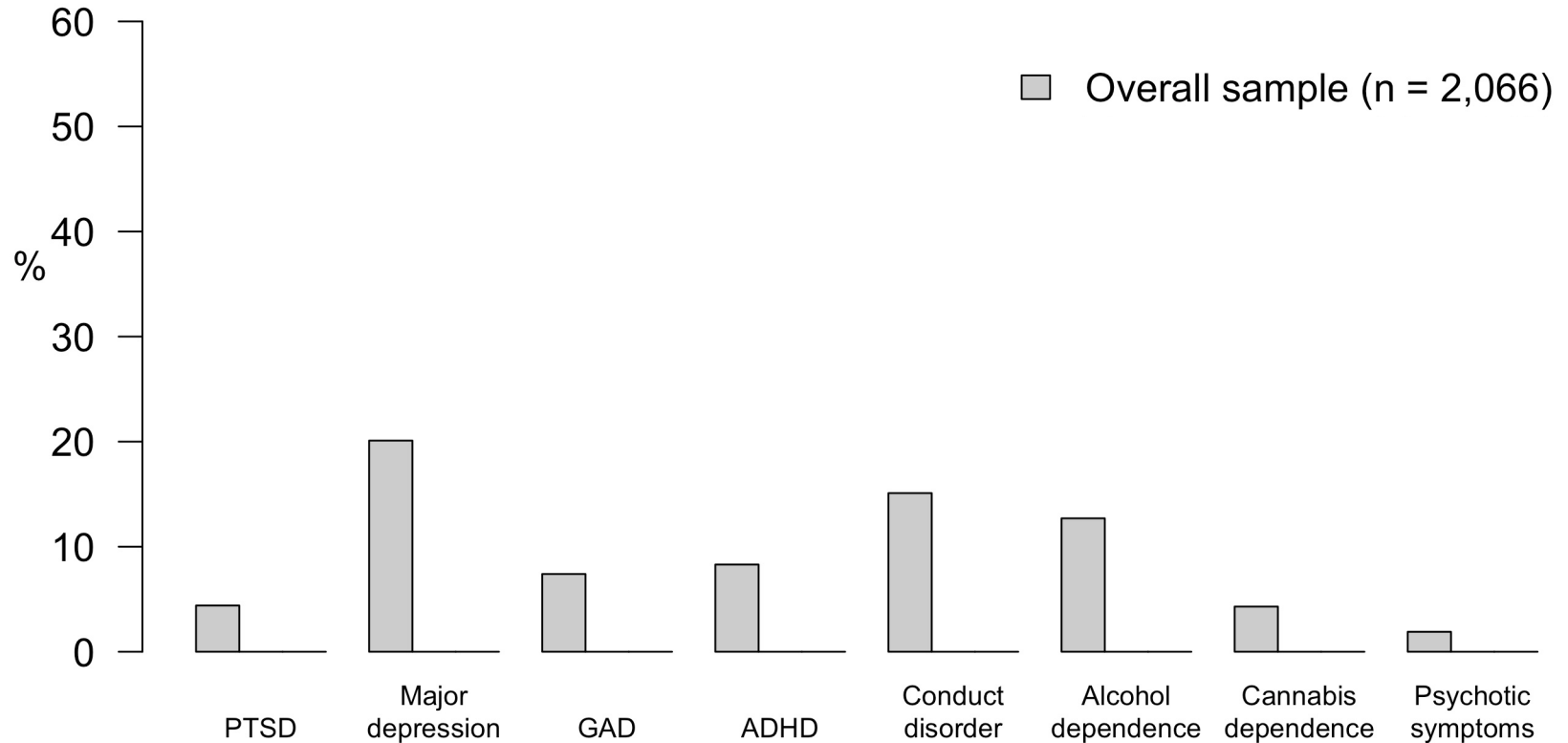
Trauma exposition : 100%

PTSD: 60% (60% de trauma exposé)



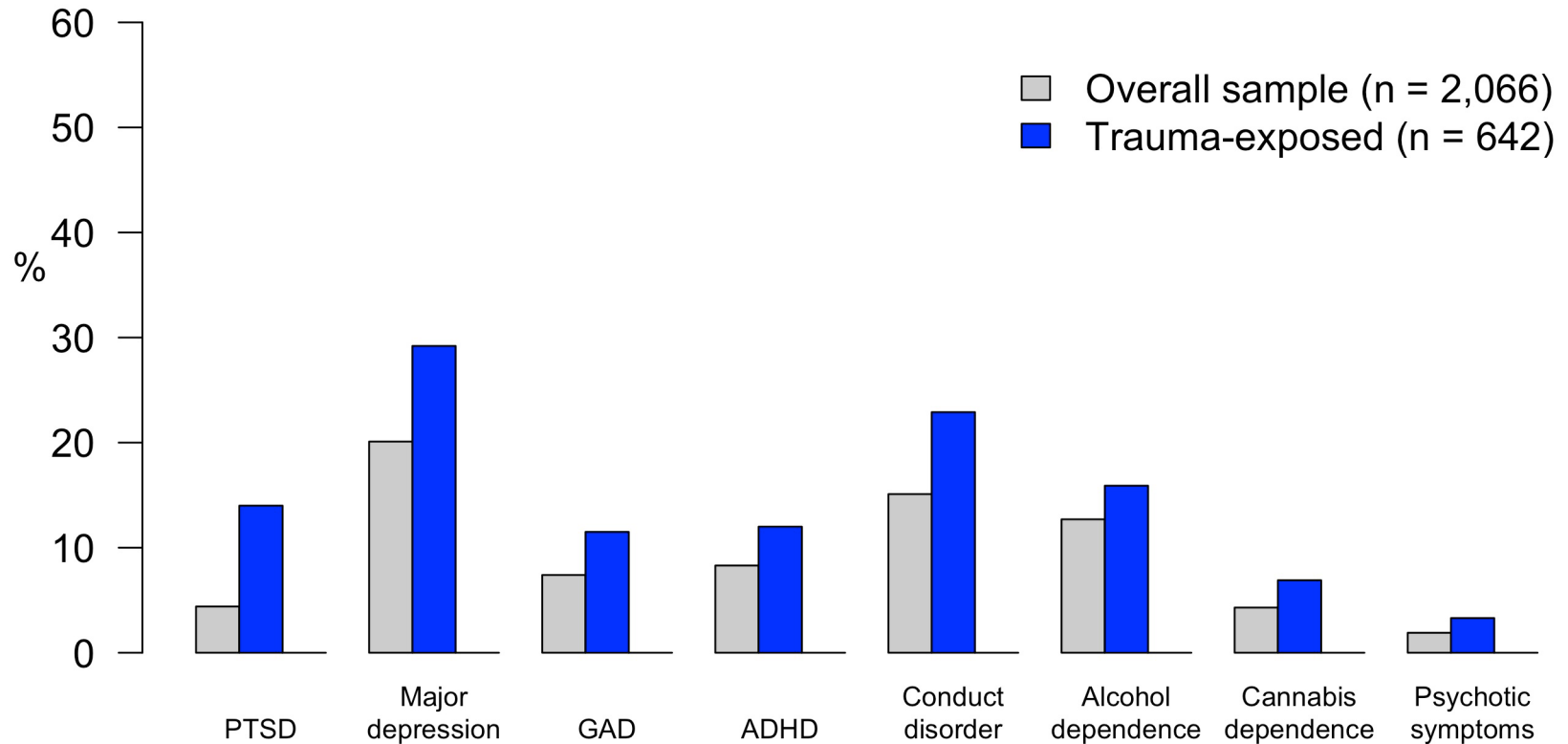
EVALUATION

PSYCHOPATHOLOGIE (PREVALENCE SUR 12 MOIS A 18 ANS)



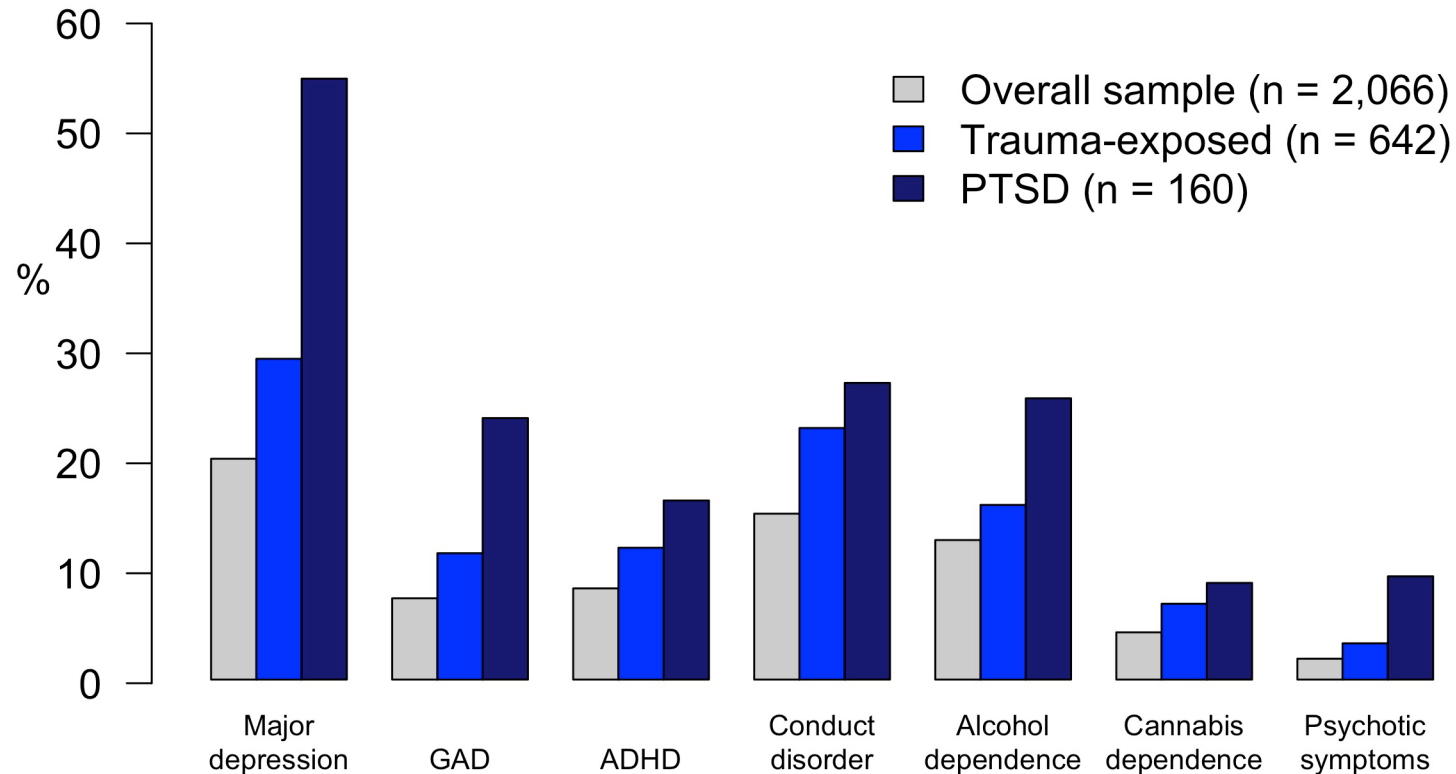
EVALUATION

PSYCHOPATHOLOGIE (PREVALENCE SUR 12 MOIS A 18 ANS)



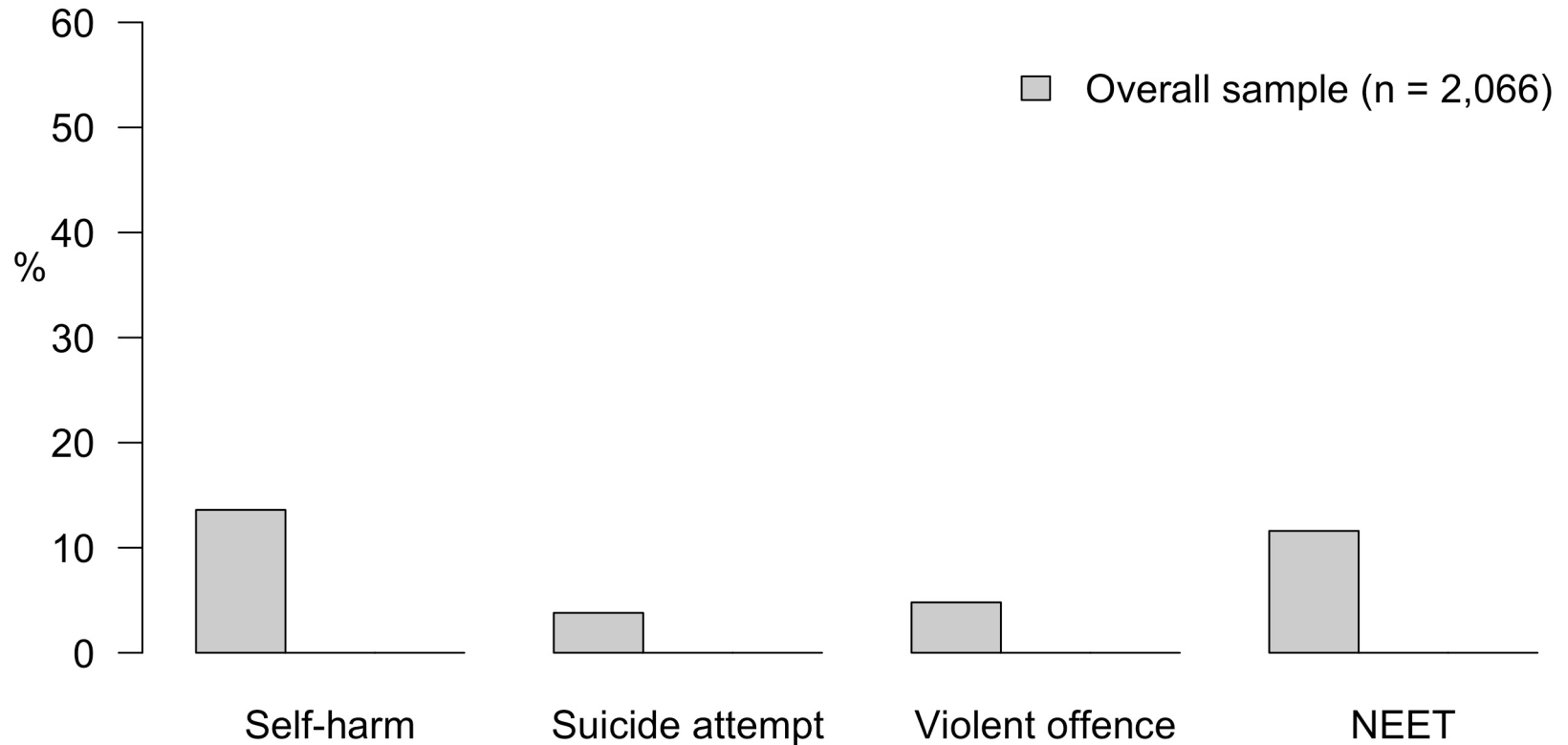
EVALUATION

PSYCHOPATHOLOGIE (PREVALENCE SUR 12 MOIS A 18 ANS)



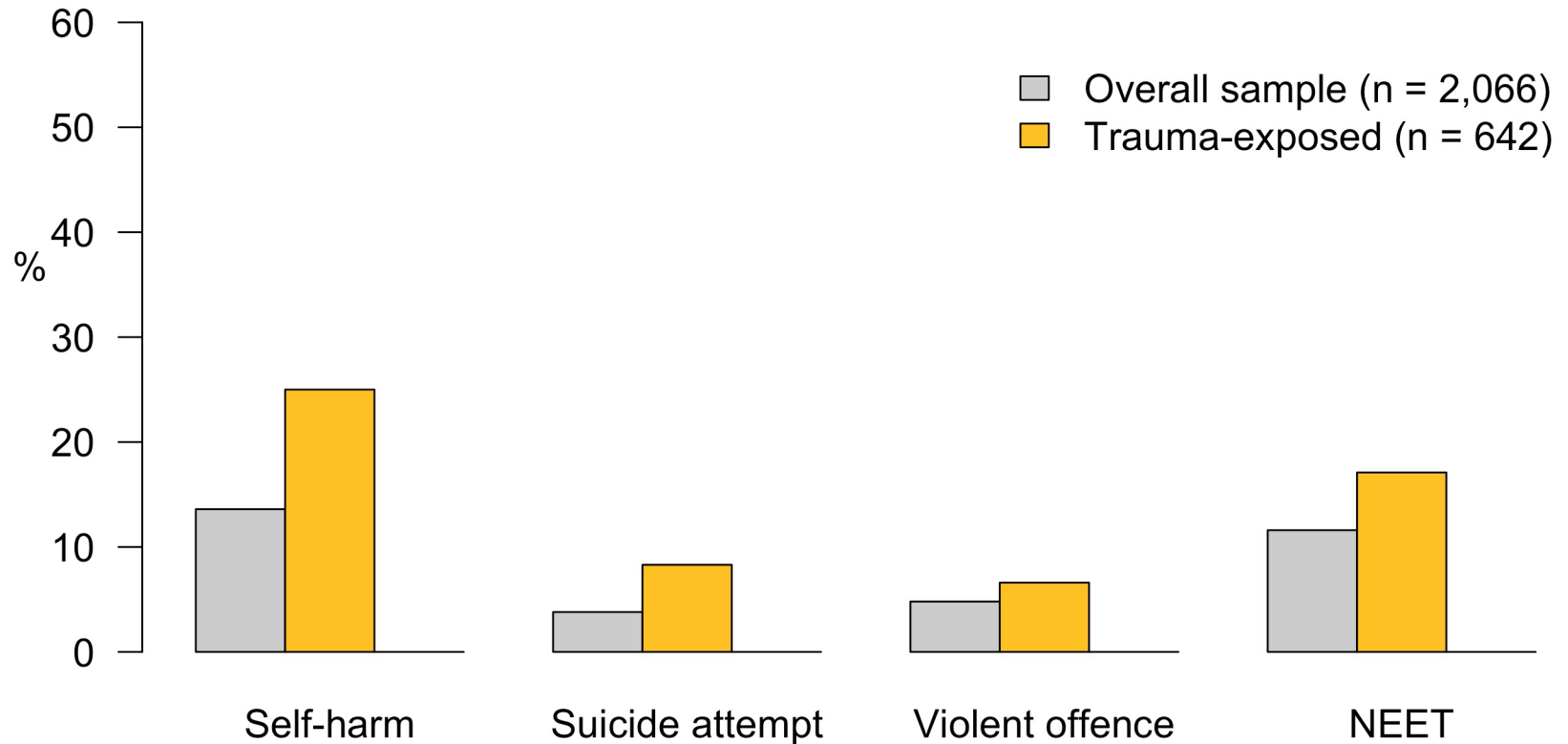
EVALUATION

RISQUE ET ALTERATION DU FONCTIONNEMENT



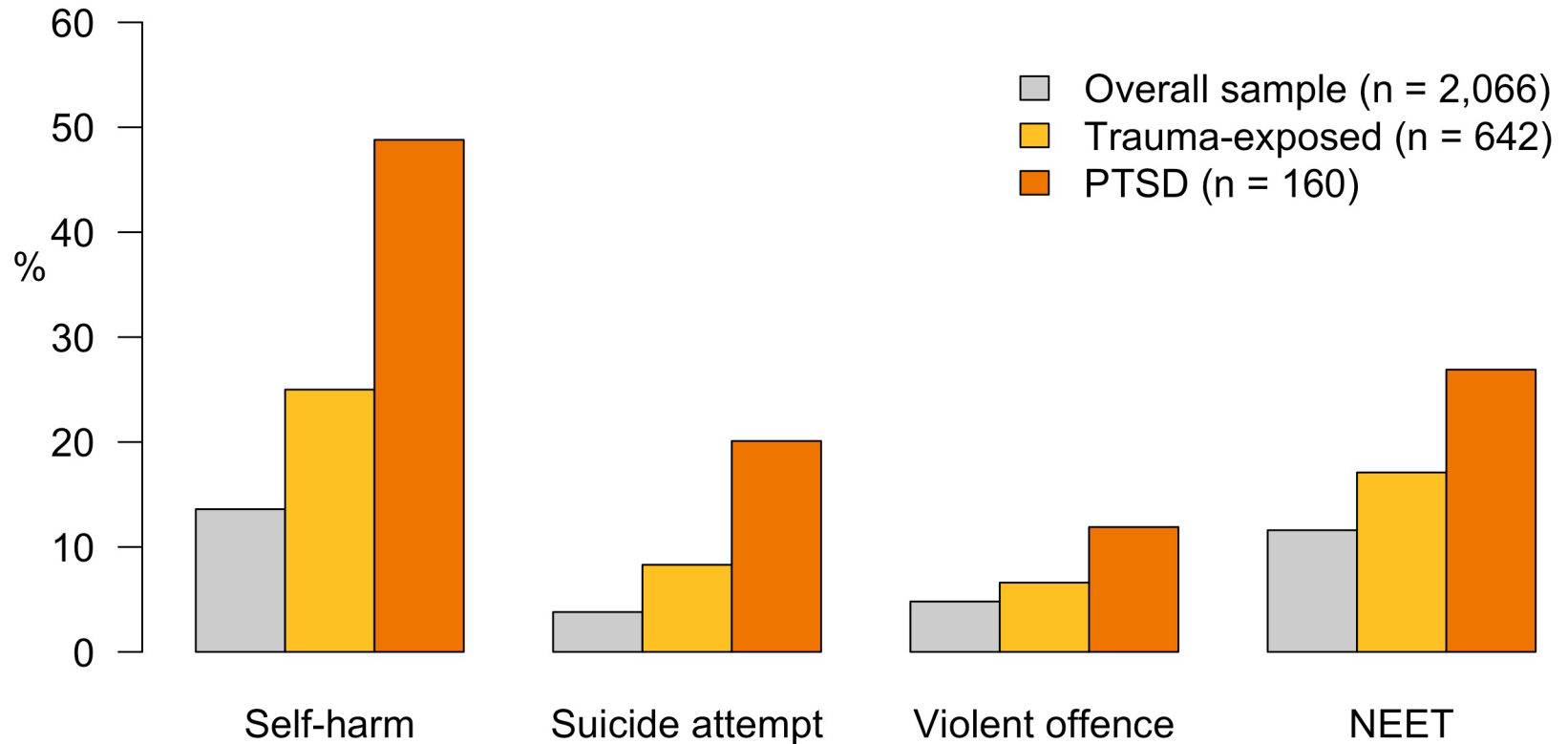
EVALUATION

RISQUE ET ALTERATION DU FONCTIONNEMENT



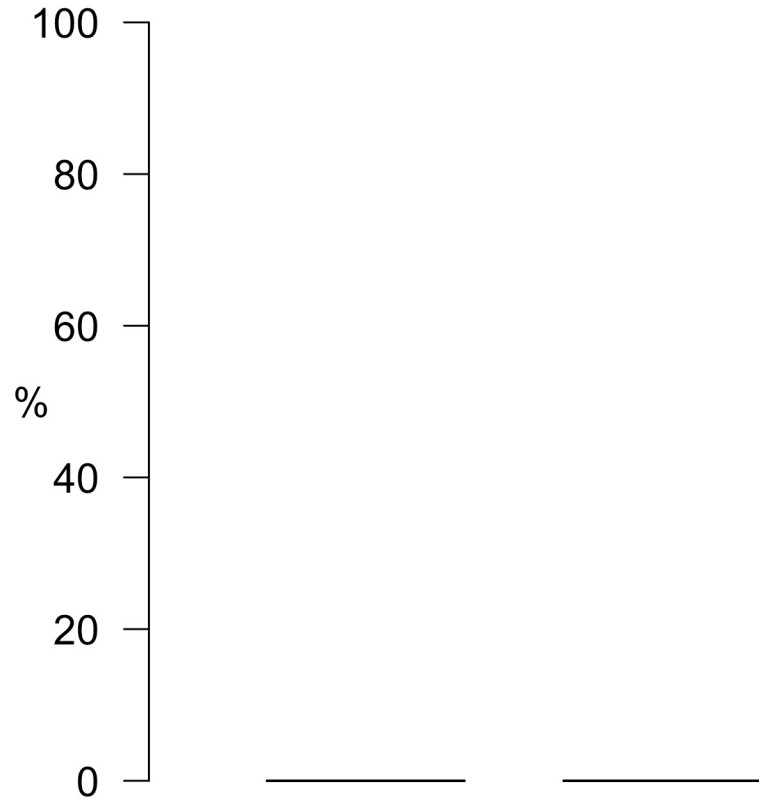
EVALUATION

RISQUE ET ALTERATION DU FONCTIONNEMENT



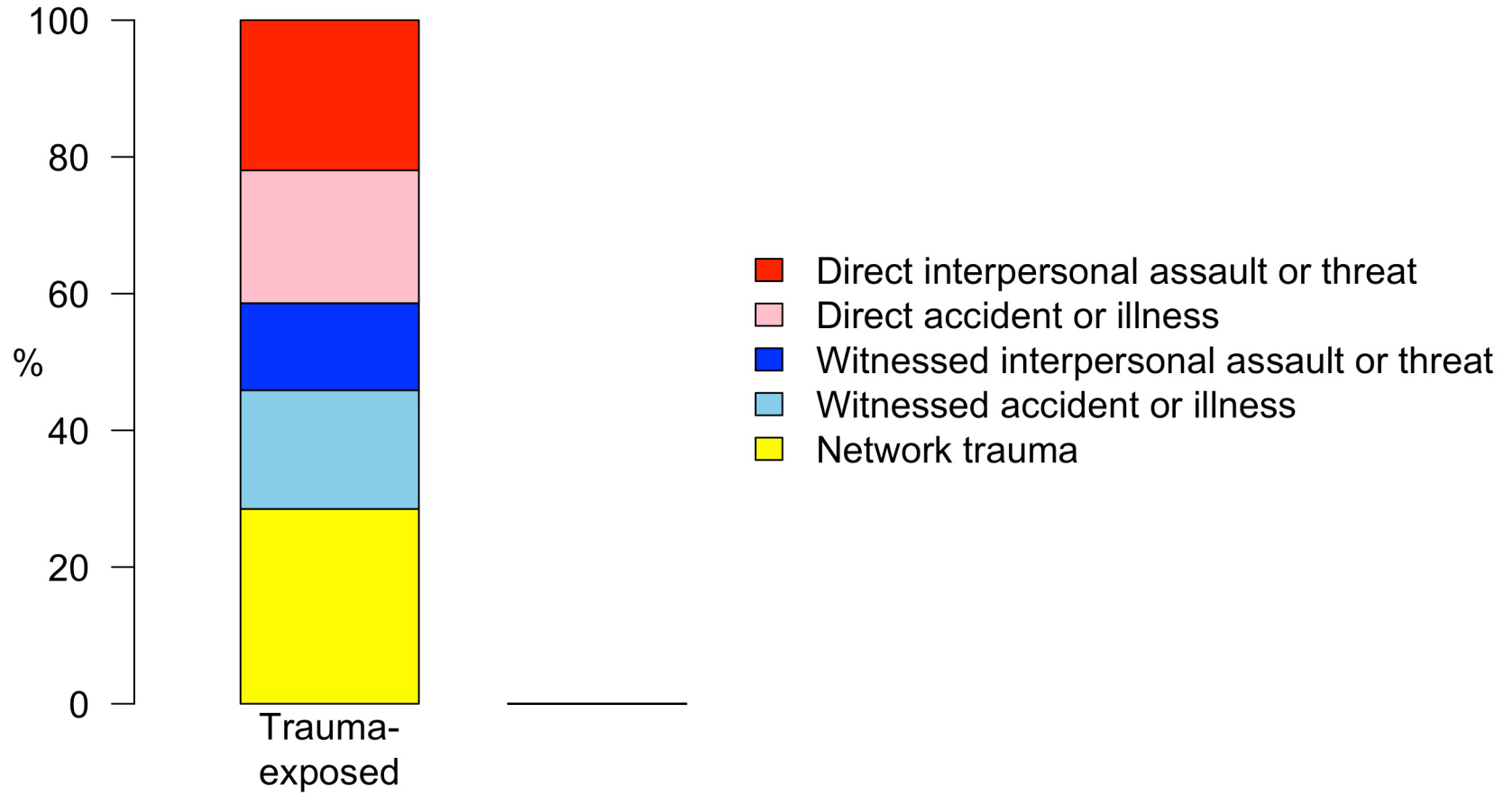
EVALUATION

TYPE DE TRAUMATISME : PTSD



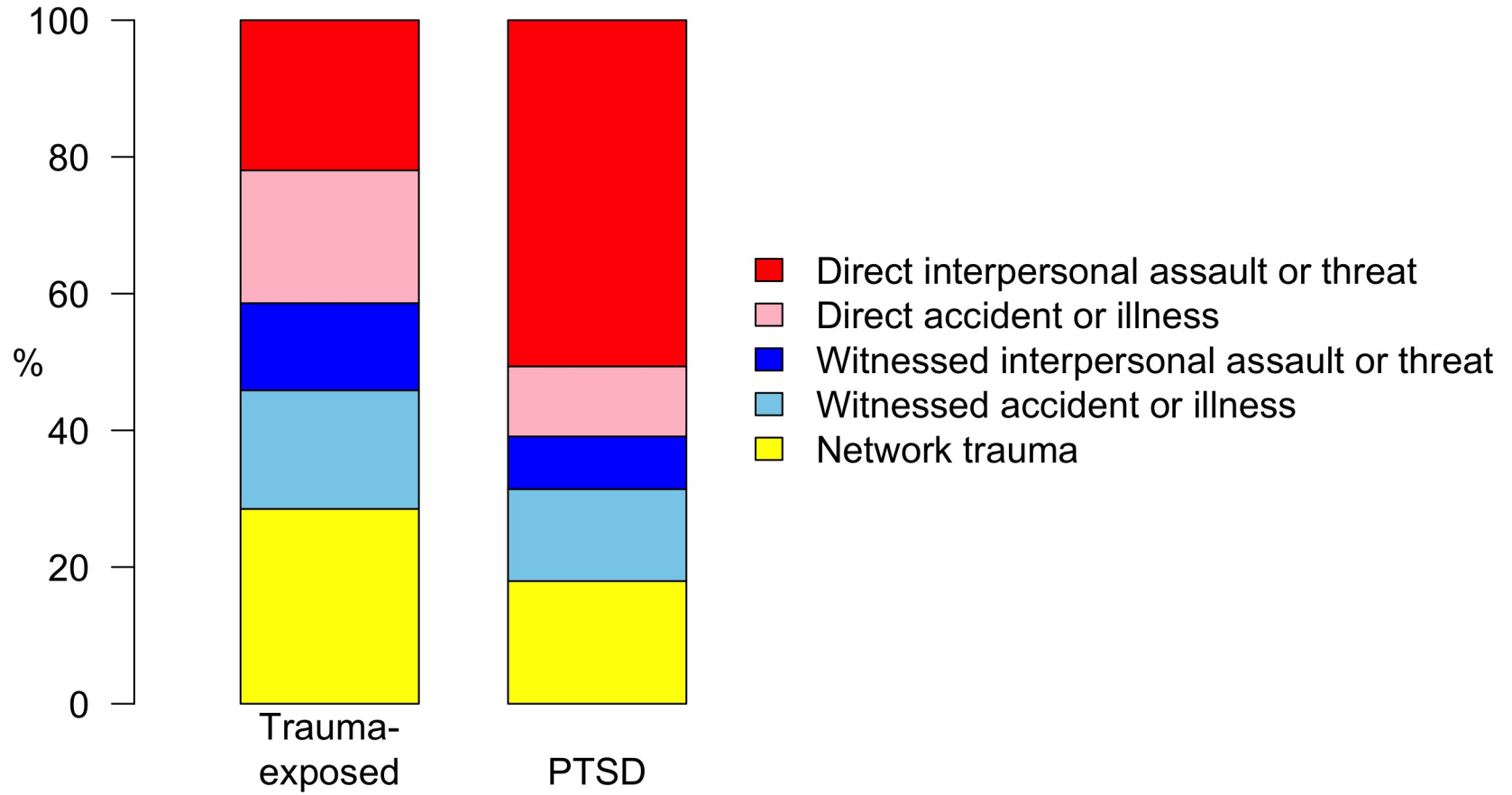
EVALUATION

TYPE DE TRAUMATISME : PTSD



EVALUATION

TYPE DE TRAUMATISME : PTSD



EVALUATION

TYPE DE TRAUMATISME : PSYCHOPATHOLOGIE

 No trauma  Non-complex trauma  Complex trauma

EVALUATION

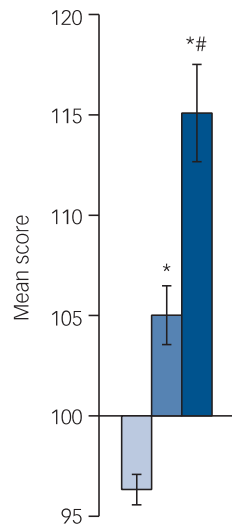
TYPE DE TRAUMATISME : PSYCHOPATHOLOGIE

■ No trauma ■ Non-complex trauma ■ Complex trauma

* $P < 0.05$: Complex trauma or non-complex trauma vs versus no in all participants

$P < 0.05$: Complex trauma versus non-complex trauma in trauma-exposed participants

(a) 'p', general psychopathology



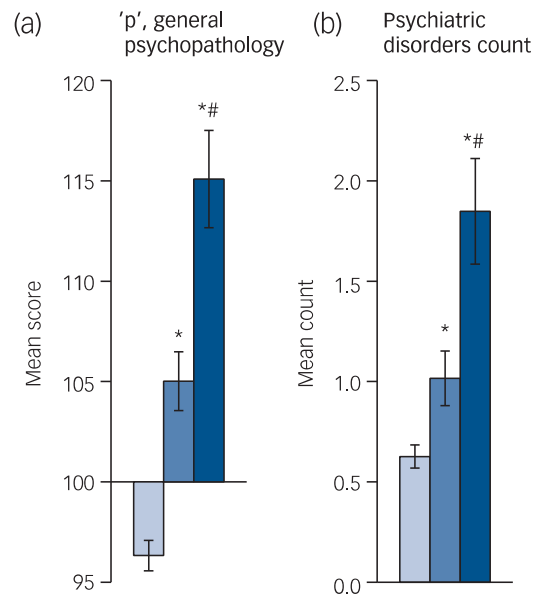
EVALUATION

TYPE DE TRAUMATISME : PSYCHOPATHOLOGIE

■ No trauma ■ Non-complex trauma ■ Complex trauma

* $P < 0.05$: Complex trauma or non-complex trauma vs versus no in all participants

$P < 0.05$: Complex trauma versus non-complex trauma in trauma-exposed participants



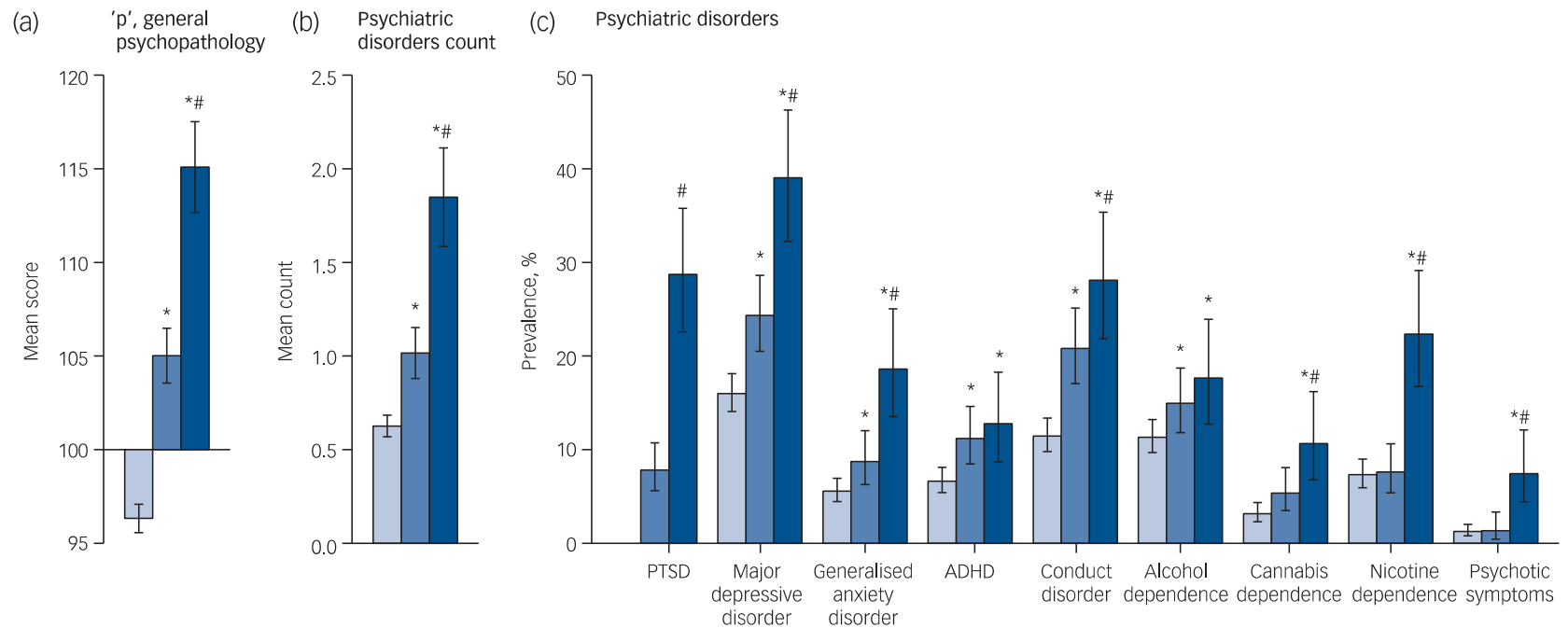
EVALUATION

TYPE DE TRAUMATISME : PSYCHOPATHOLOGIE

No trauma
 Non-complex trauma
 Complex trauma

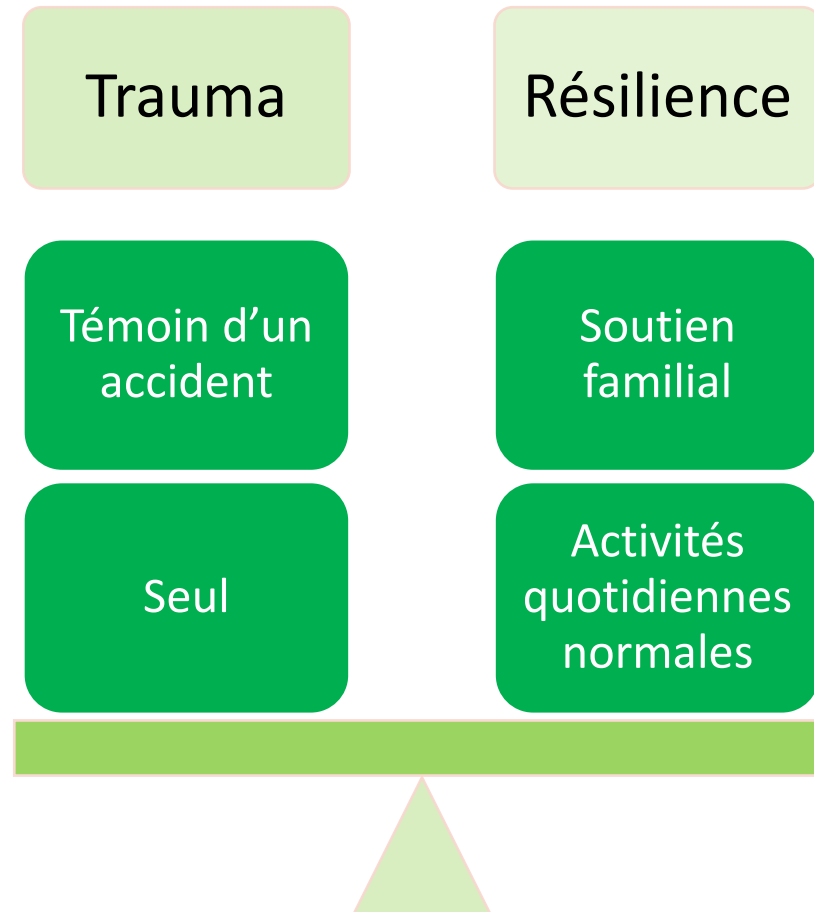
* $P < 0.05$: Complex trauma or non-complex trauma vs versus no in all participants

$P < 0.05$: Complex trauma versus non-complex trauma in trauma-exposed participants



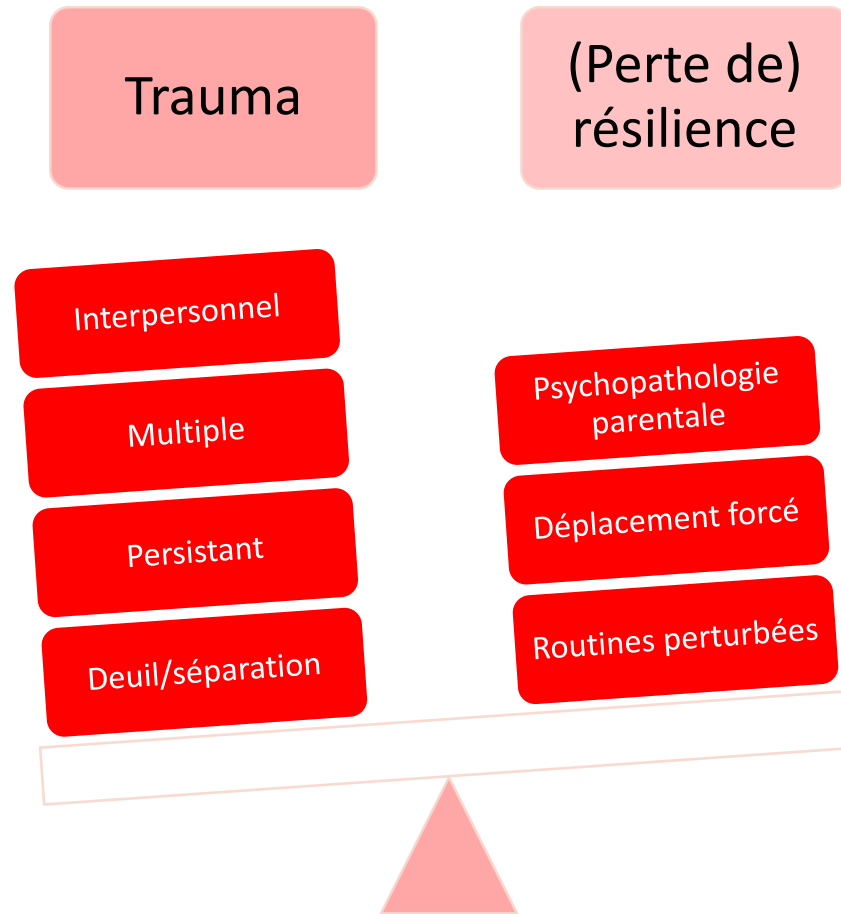
EVALUATION

RESILIENCE ET VULNERABILITE



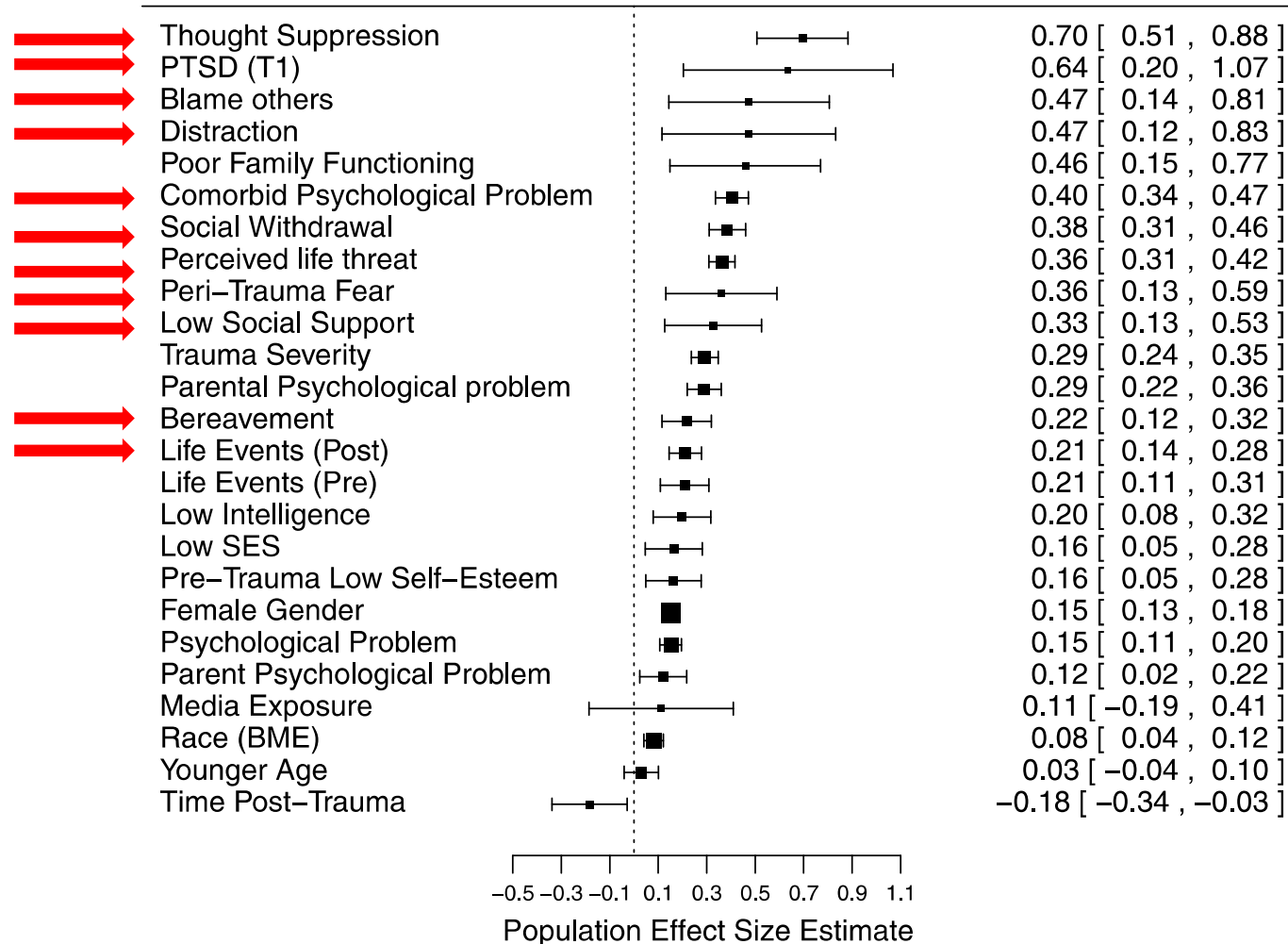
EVALUATION

RESILIENCE ET VULNERABILITE



EVALUATION

RESILIENCE ET VULNERABILITE



EVALUATION

DEFIS DE LA PREDICTION INDIVIDUELLE DU RISQUE

Réactions normatives au traumatisme

Psychopathologie liée au traumatisme

Traitement du PTSD

Dépistage

TRAITEMENT

ECHANTILLON DU MIDWEST DES ETATS-UNIS DE WIDOM

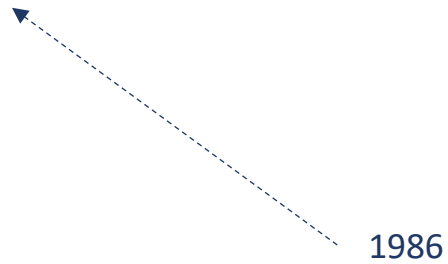
TRAITEMENT

ECHANTILLON DU MIDWEST DES ETATS-UNIS DE WIDOM

1986

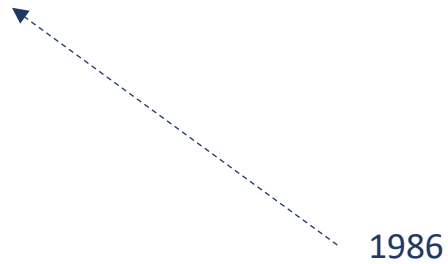
TRAITEMENT

ECHANTILLON DU MIDWEST DES ETATS-UNIS DE WIDOM



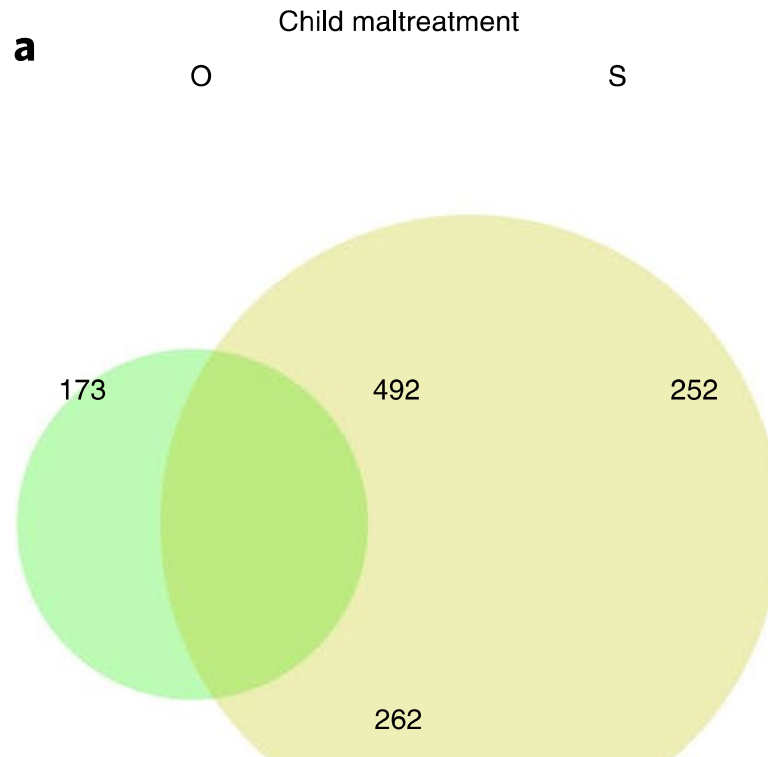
TRAITEMENT

ECHANTILLON DU MIDWEST DES ETATS-UNIS DE WIDOM



TRAITEMENT

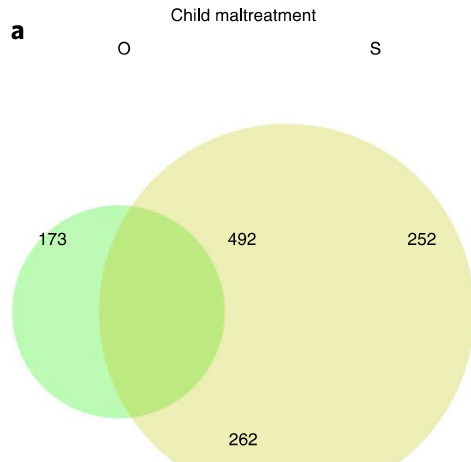
EXPERIENCE OBJECTIVE vs EXPERIENCE SUBJECTIVE



Cohen's $\kappa=0.25$

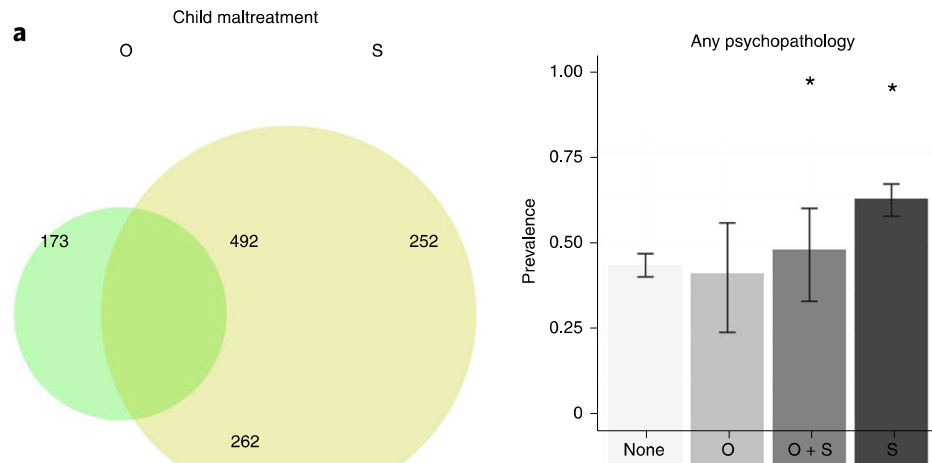
TRAITEMENT

EXPERIENCE OBJECTIVE vs EXPERIENCE SUBJECTIVE



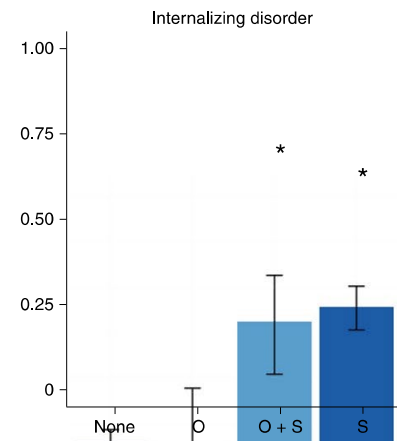
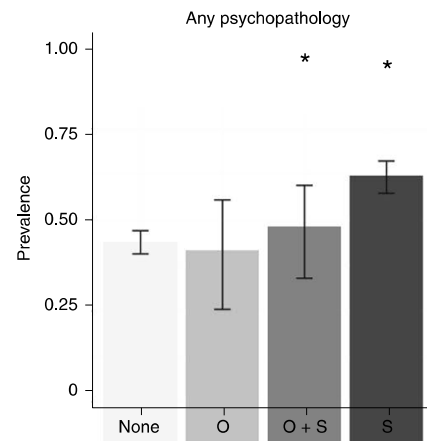
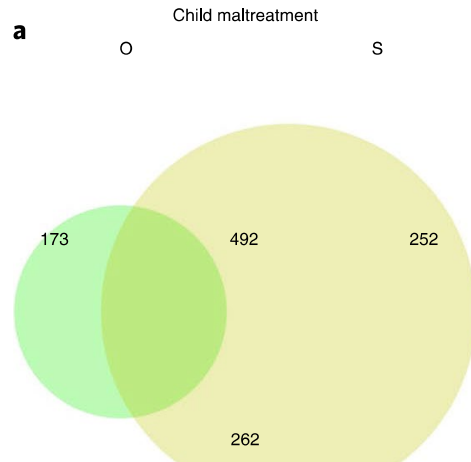
TRAITEMENT

EXPERIENCE OBJECTIVE vs EXPERIENCE SUBJECTIVE



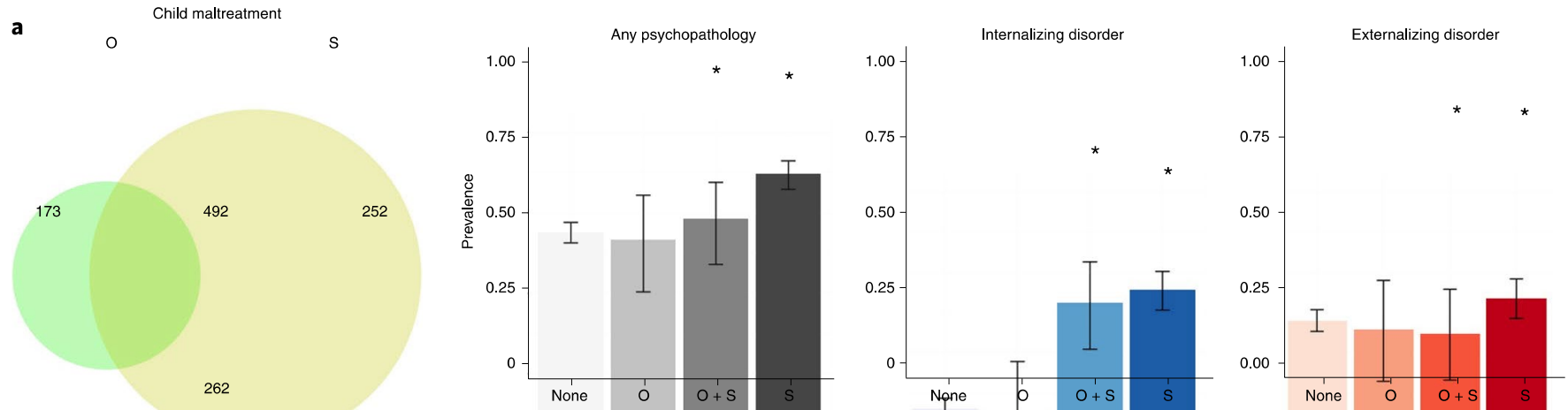
TRAITEMENT

EXPERIENCE OBJECTIVE vs EXPERIENCE SUBJECTIVE



TRAITEMENT

EXPERIENCE OBJECTIVE vs EXPERIENCE SUBJECTIVE



TRAUMA – THERAPIES CENTREES

*Thérapie cognitive-comportementale centrée sur le traumatisme (TCC - CT),
Thérapie d'exposition narrative (TEN),
Désensibilisation et Retraitement par Mouvements Oculaires (EMDR)*

TRAUMA – THERAPIES CENTREES

*Thérapie cognitive-comportementale centrée sur le traumatisme (TCC - CT),
Thérapie d'exposition narrative (TEN),
Désensibilisation et Retraitement par Mouvements Oculaires (EMDR)*

Les éléments *cognitifs* visent à remettre en question les croyances inadaptées concernant l'événement, soi-même (p.ex. La culpabilité) et les autres (p.ex. La perception d'une menace persistante).

TRAUMA – THERAPIES CENTREES

*Thérapie cognitive-comportementale centrée sur le traumatisme (TCC - CT),
Thérapie d'exposition narrative (TEN),
Désensibilisation et Retraitement par Mouvements Oculaires (EMDR)*

Les éléments *cognitifs* visent à remettre en question les croyances inadaptées concernant l'événement, soi-même (p.ex. La culpabilité) et les autres (p.ex. La perception d'une menace persistante).

Les éléments *comportementaux* visent à réduire l'évitement des souvenirs traumatiques afin d'en faciliter le traitement.

TRAUMA – THERAPIES CENTREES

*Thérapie cognitive-comportementale centrée sur le traumatisme (TCC - CT),
Thérapie d'exposition narrative (TEN),
Désensibilisation et Retraitement par Mouvements Oculaires (EMDR)*

Les éléments *cognitifs* visent à remettre en question les croyances inadaptées concernant l'événement, soi-même (p.ex. la culpabilité) et les autres (p.ex. La perception d'une menace persistante).

Les éléments *comportementaux* visent à réduire l'évitement des souvenirs traumatiques afin d'en faciliter le traitement.

Les éléments généraux incluent des compétences de régulation émotionnelle ainsi qu'un travail centré sur les relations.

TRAUMA – TCC CENTREE

P - Psychoéducation & Parentalité : Fournir une éducation sur le traumatisme et ces impacts afin de normaliser les expériences et réduire la stigmatisation. Renforcer le soutien des aidants en développant les compétences parentales et leur implication.

R – Relaxation : Enseigner des techniques de relaxation telles que la respiration profonde et la relaxation musculaire. Celles-ci aident l'enfant à gérer les symptômes physiques de stress et d'anxiété.

A – Modulation affective (Affective Modulation) : Aider l'enfant dans l'identification, l'expression et la régulation des émotions. Cela renforce la conscience émotionnelle et sa capacité d'adaptation.

C – Adaption cognitive (Cognitive Coping) : Présenter la relation entre les pensées, les émotions et les comportements. Aide l'enfant à reformuler les pensées inutiles ou déformées pour les rendre plus adaptées.

T – Narration et traitement du traumatisme (Trauma Narrative & Processing) : Accompagner l'enfant dans la création d'un récit de son traumatisme afin de traiter progressivement l'expérience et de l'intégrer. Cela réduit l'évitement et la détresse émotionnelle associée aux souvenirs traumatiques.

I – Exposition in vivo (In Vivo Exposure) : Soutenir une exposition progressive aux éléments réels rappelant le traumatisme que l'enfant a tendance à éviter. Cela permet de réduire la peur et les comportements d'évitement, dans un cadre sécurisé et accompagné.

C – Séances conjointes parent – enfant (Conjoint Parent-Child Sessions) : Faciliter les séances au cours desquelles l'enfant partage son récit traumatique avec son aidant. Cela renforce la communication et soutient le développement du soutien parental.

E – Renforcement de la sécurité et du développement futur (Enhancing Safety & Future Development) : Enseigner des compétences de sécurité personnelle et des stratégies pour réduire les risques à l'avenir. Renforcer l'autonomisation de l'enfant et de l'aidant afin qu'ils puissent planifier une croissance continue et développer leur résilience.

THERAPIE “EVIDENCE-BASED” POUR PTSD



NICE, 2018:

- PROPOSER thérapie TCC centrée sur le traumatisme
- ENVISAGER EMDR

NICE National Institute for
Health and Care Excellence



ISTSS, 2019:

- TCC-T (enfant): **Forte recommandation**
- TCC-T (enfant) en groupe : Intervention avec des données émergentes
- TCC-T (parent et enfant): **Forte recommandation**
- EMDR: **Forte recommandation**
- Groupe de psychoéducation: Intervention avec des données émergentes

ISTSS International Society
for Traumatic Stress Studies

**AMERICAN
PSYCHOLOGICAL
ASSOCIATION**

THERAPIE “EVIDENCE-BASED” POUR PTSD

THERAPIE “EVIDENCE-BASED” POUR PTSD

Efficacité

THERAPIE “EVIDENCE-BASED” POUR PTSD

Efficacité

Plusieurs méta-analyses ont mis en évidence un effet sur la réduction des symptômes de PTSD : p. ex. $g=1.06$ (TCC-CT) et $g=0.86$ (EMDR) vs *passive control*, et $g=0.55$ (TCC-CT; ns for EMDR) vs *active control* [compared to $d=0.29$ pour les psychothérapies de dépression et $d=0.61$ pour les psychothérapies de l'anxiété (Weisz J, 2017, *Am Psychol*)]

THERAPIE “EVIDENCE-BASED” POUR PTSD

Efficacy

Plusieurs méta-analyses ont mis en évidence un effet sur la réduction des symptômes de PTSD : p. ex. $g=1.06$ (TCC-CT) et $g=0.86$ (EMDR) vs *passive control*, et $g=0.55$ (TCC-CT; ns for EMDR) vs *active control* [Comparé $d=0.29$ pour les psychothérapies de dépression et $d=0.61$ pour les psychothérapies de l'anxiété (Weisz J, 2017, *Am Psychol*)]

Une méta-analyse a mis en évidence un effet sur le taux de réponse au PTSD (50% d'amélioration des symptômes du PTSD) : 48% avec TCC-CT [Comparé 39% taux de réponse en dépression (Cuijpers P, 2021, *ECAP*)]

THERAPIE “EVIDENCE-BASED” POUR PTSD

Efficacy

Plusieurs méta-analyses ont mis en évidence un effet sur la réduction des symptômes de PTSD : p. ex. $g=1.06$ (TCC-CT) et $g=0.86$ (EMDR) vs *passive control*, et $g=0.55$ (TCC-CT; ns for EMDR) vs *active control* [compared to $d=0.29$ pour les psychothérapies de dépression et $d=0.61$ pour les psychothérapies de l'anxiété (Weisz J, 2017, *Am Psychol*)]

Une méta-analyse a mis en évidence un effet sur le taux de réponse au PTSD (50% d'amélioration des symptômes du PTSD) : 48% avec TCC-CT [Comparé 39% taux de réponse en dépression (Cuijpers P, 2021, *ECAP*)]

Effets indépendants de l'âge, du sexe, du type de traumatisme, de la sévérité initiale du PTSD, de la sévérité initiale de la dépression et de l'implication du parent / du proche aidant

THERAPIE “EVIDENCE-BASED” POUR PTSD

Efficacité

Plusieurs méta-analyses ont mis en évidence un effet sur la réduction des symptômes de PTSD : p. ex. $g=1.06$ (TCC-CT) et $g=0.86$ (EMDR) vs *passive control*, et $g=0.55$ (TCC-CT; ns for EMDR) vs *active control* [compared to $d=0.29$ pour les psychothérapies de dépression et $d=0.61$ pour les psychothérapies de l'anxiété (Weisz J, 2017, *Am Psychol*)]

Une méta-analyse a mis en évidence un effet sur le taux de réponse au PTSD (50% d'amélioration des symptômes du PTSD) : 48% avec TCC-CT [Comparé 39% taux de réponse en dépression (Cuijpers P, 2021, *ECAP*)]

Effets indépendants de l'âge, du sexe, du type de traumatisme, de la sévérité initiale du PTSD, de la sévérité initiale de la dépression et de l'implication du parent / du proche aidant

Effets sur les symptômes comorbides de dépression et d'anxiété

THERAPIE “EVIDENCE-BASED” POUR PTSD

Efficacité

Plusieurs méta-analyses ont mis en évidence un effet sur la réduction des symptômes de PTSD : p. ex. $g=1.06$ (TCC-CT) et $g=0.86$ (EMDR) vs *passive control*, et $g=0.55$ (TCC-CT; ns for EMDR) vs *active control* [compared to $d=0.29$ pour les psychothérapies de dépression et $d=0.61$ pour les psychothérapies de l'anxiété (Weisz J, 2017, *Am Psychol*)]

Une méta-analyse a mis en évidence un effet sur le taux de réponse au PTSD (50% d'amélioration des symptômes du PTSD) : 48% avec TCC-CT [Comparé 39% taux de réponse en dépression (Cuijpers P, 2021, *ECAP*)]

Effets indépendants de l'âge, du sexe, du type de traumatisme, de la sévérité initiale du PTSD, de la sévérité initiale de la dépression et de l'implication de l'aidant

Effets sur les symptômes comorbides de dépression et d'anxiété

Effets neurodivergents chez les enfants et adolescents ?

THERAPIE “EVIDENCE-BASED” POUR PTSD

Efficacité

Plusieurs méta-analyses ont mis en évidence un effet sur la réduction des symptômes de PTSD : p. ex. $g=1.06$ (TCC-CT) et $g=0.86$ (EMDR) vs *passive control*, et $g=0.55$ (TCC-CT; ns for EMDR) vs *active control* [compared to $d=0.29$ pour les psychothérapies de dépression et $d=0.61$ pour les psychothérapies de l'anxiété (Weisz J, 2017, *Am Psychol*)]

Une méta-analyse a mis en évidence un effet sur le taux de réponse au PTSD (50% d'amélioration des symptômes du PTSD) : 48% avec TCC-CT [Comparé 39% taux de réponse en dépression (Cuijpers P, 2021, *ECAP*)]

Effets indépendants de l'âge, du sexe, du type de traumatisme, de la sévérité initiale du PTSD, de la sévérité initiale de la dépression et de l'implication du parent / du proche aidant

Effets sur les symptômes comorbides de dépression et d'anxiété

Effets neurodivergents chez les enfants et adolescents ?

Effets chez les enfants et les adolescents présentant une psychose, un trouble de la personnalité émotionnelle instable, EUPD, etc. ? in children and adolescents with psychosis (EUPD), etc ?

THERAPIE “EVIDENCE-BASED” POUR PTSD

Acceptabilité

1% montre une détérioration fiable dans le groupe TCC-CT contre 13% dans la condition contrôle

Faible taux d'abandon dans le groupe TCC-CT (10.6%; comparé à 15.7% en dépression [Wright I, 2021, *J Affect Disord*])

THERAPIE “EVIDENCE-BASED” POUR PTSD

Acceptabilité

1% montre une détérioration fiable dans le groupe TCC-CT contre 13% dans la condition contrôle

Faible taux d'abandon dans le groupe TCC-CT (10.6%; comparé à 15.7% en dépression [Wright I, 2021, *J Affect Disord*])

Faisabilité / Extensibilité

La TCC centrée sur le trauma peut être dispensée par un large éventail de thérapeutes.

Efficacité observée pour les interventions de groupe ($g=0.71$ vs passive control and $g=0.25$ vs active control)

Efficacité de l'intervention numérique ? (Danese A, 2025, *JAACAP*)

PSYCHOPHARMACOLOGIE

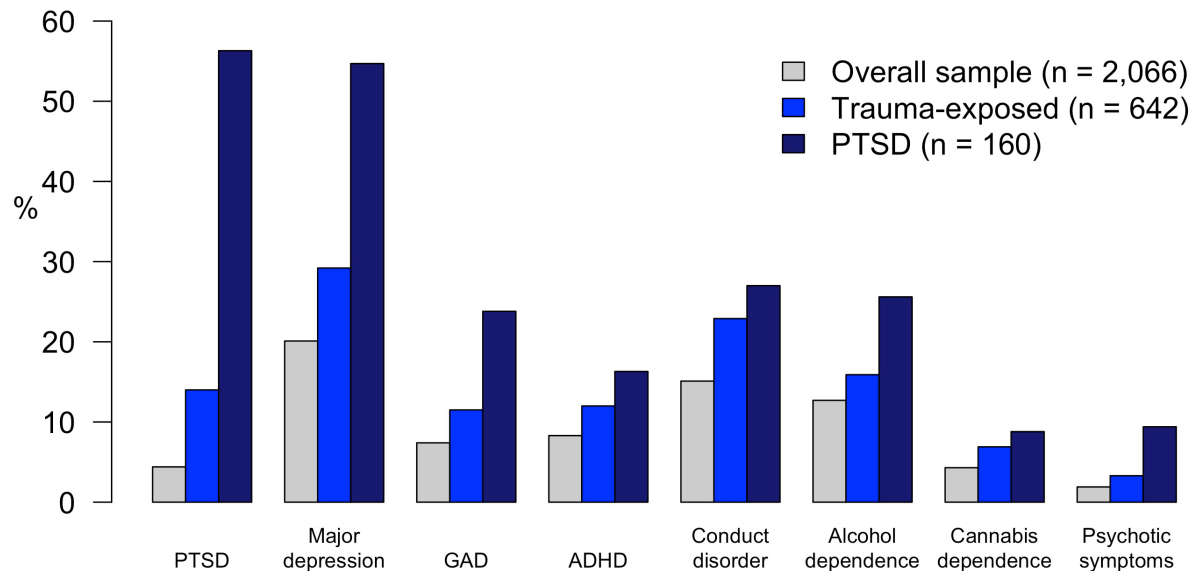
PSYCHOPHARMACOLOGIE

Aucune preuve d'efficacité de la psychopharmacologie dans le traitement du PTSD chez les jeunes.

PSYCHOPHARMACOLOGIE

Aucune preuve d'efficacité de la psychopharmacologie dans le traitement du PTSD chez les jeunes

Preuve d'efficacité de la psychopharmacologie pour le traitement des troubles émotionnels (y compris comorbidité du PTSD)



PSYCHOPHARMACOLOGIE

Aucune preuve d'efficacité de la psychopharmacologie dans le traitement du PTSD chez les jeunes.

Preuve d'efficacité de la psychopharmacologie pour le traitement des troubles émotionnels (y compris comorbidité du PTSD).

L'utilisation de médicaments à effet "sédatif" et "hypnotique" ne devrait être faite que de manière pragmatique, pour une courte durée, avec une surveillance active, et il n'existe aucune preuve qu'ils améliorent les résultats à long terme.

Traumatisme

Réactions normatives au traumatisme

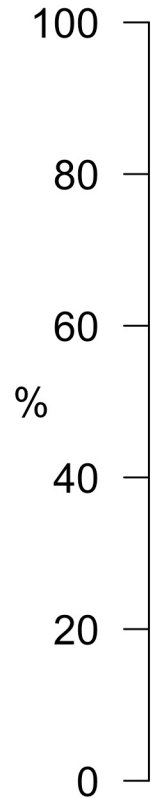
Psychopathologie liée au traumatisme

Traitement du PTSD

Dépistage

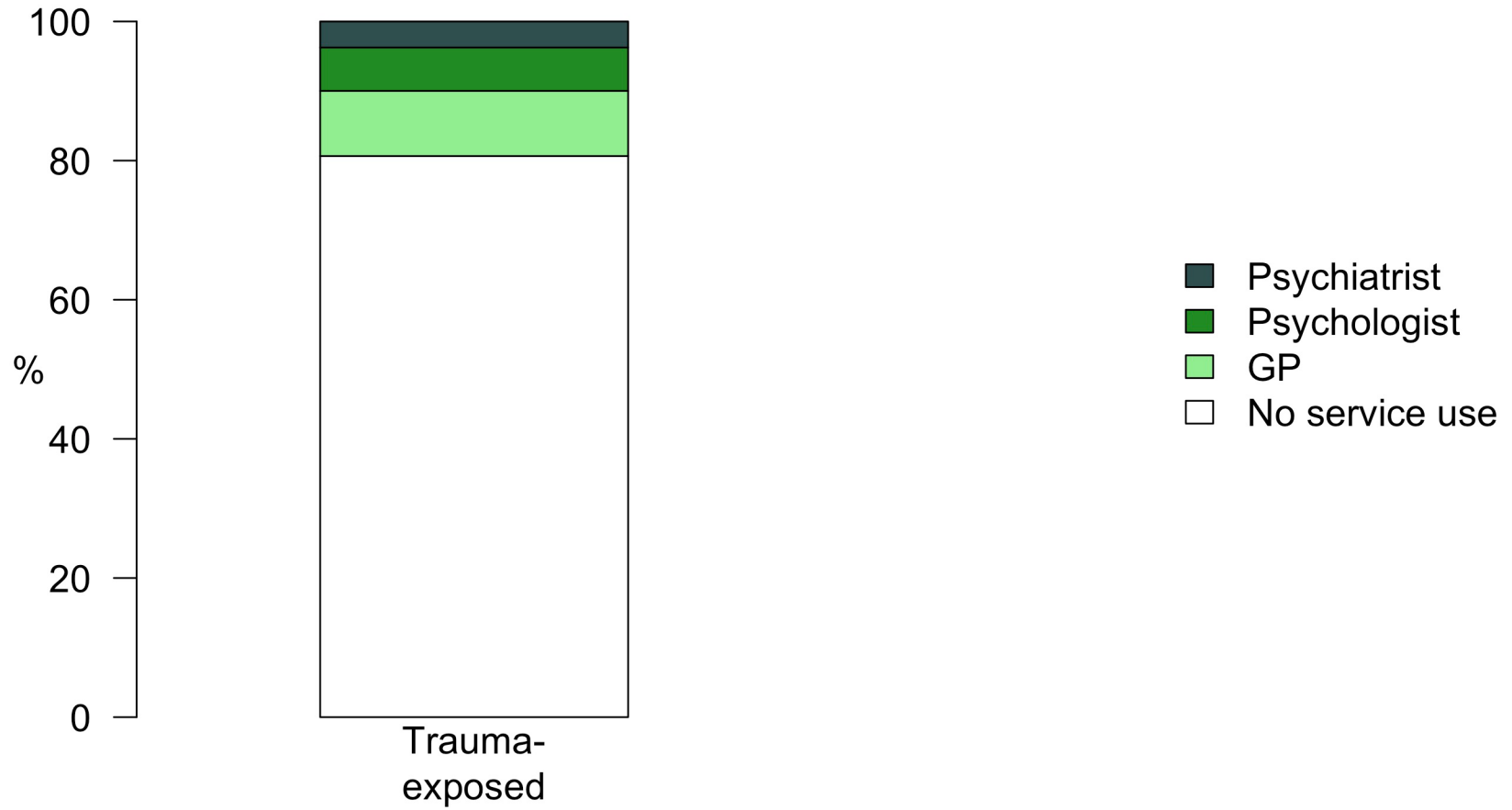
DETECTION

UTILISATION DES SERVICES DE SANTE



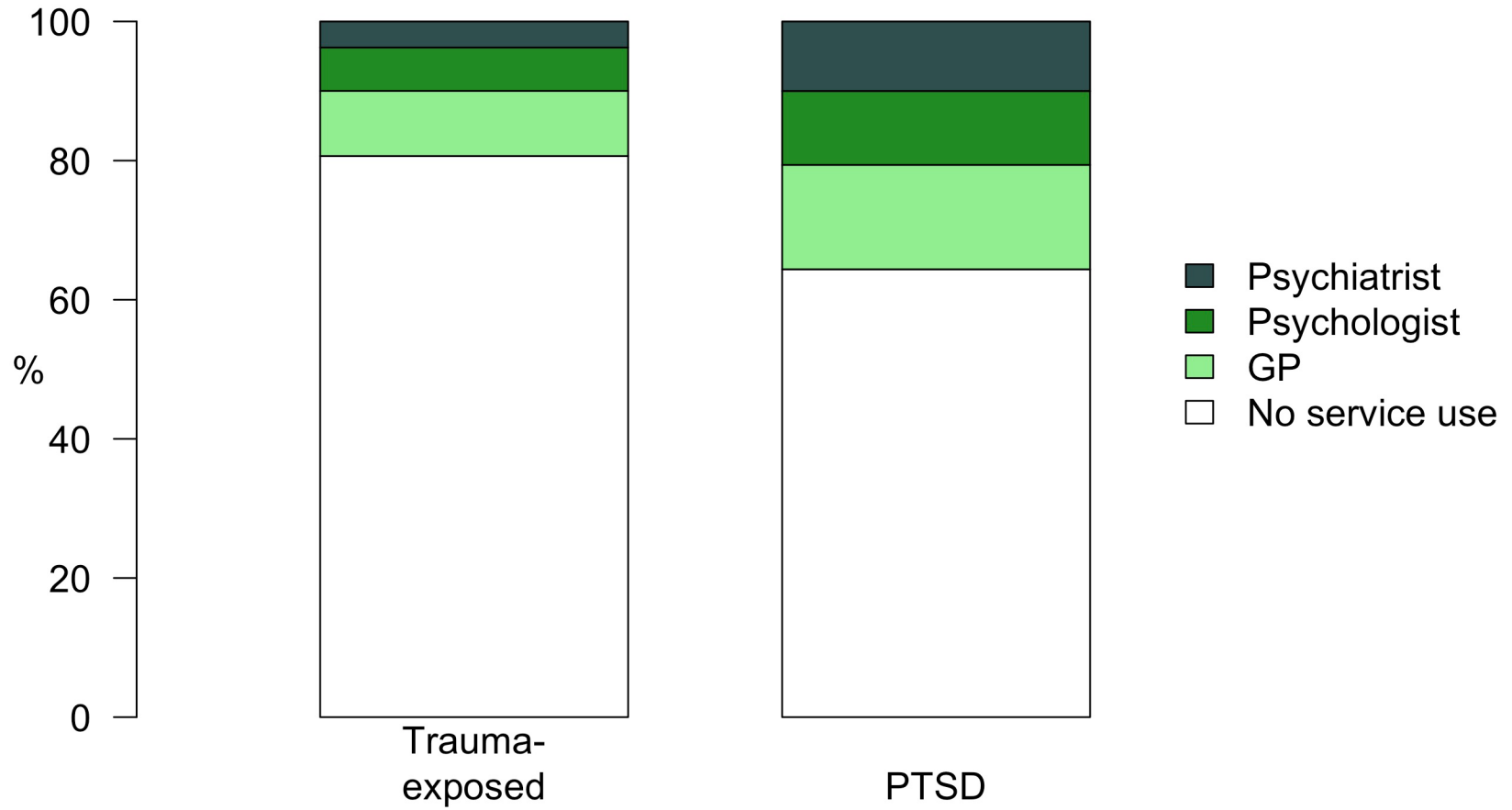
DETECTION

UTILISATION DES SERVICE DE SANTE



DETECTION

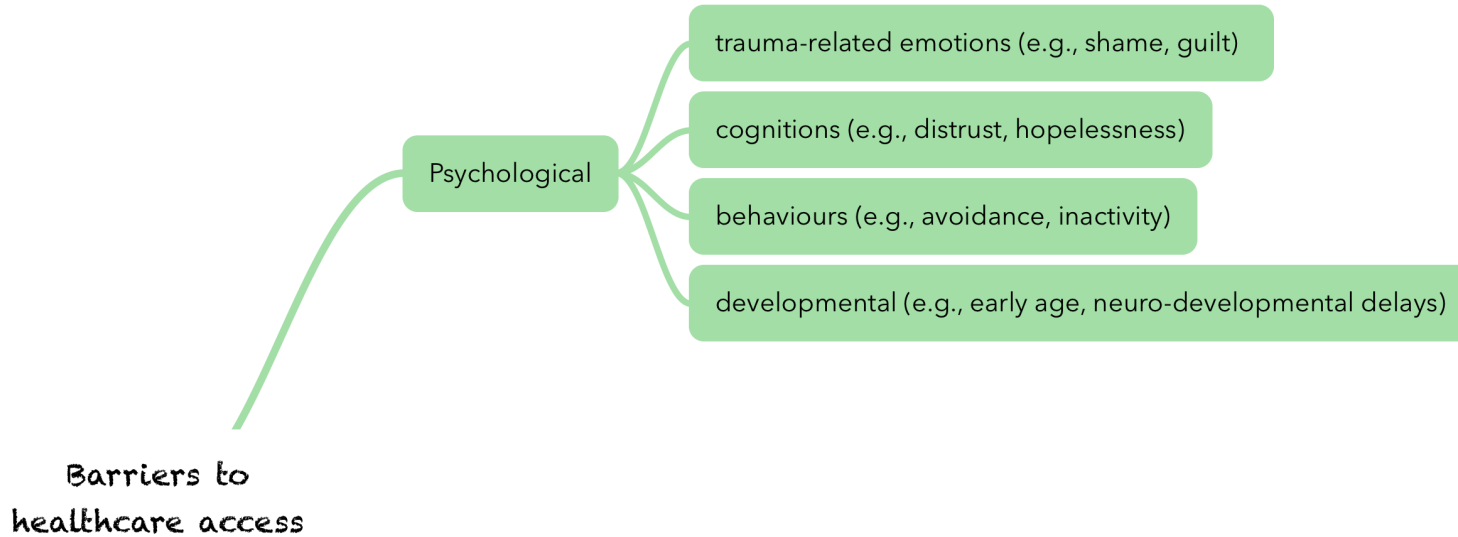
UTILISATION DES SERVICES DE SANTE



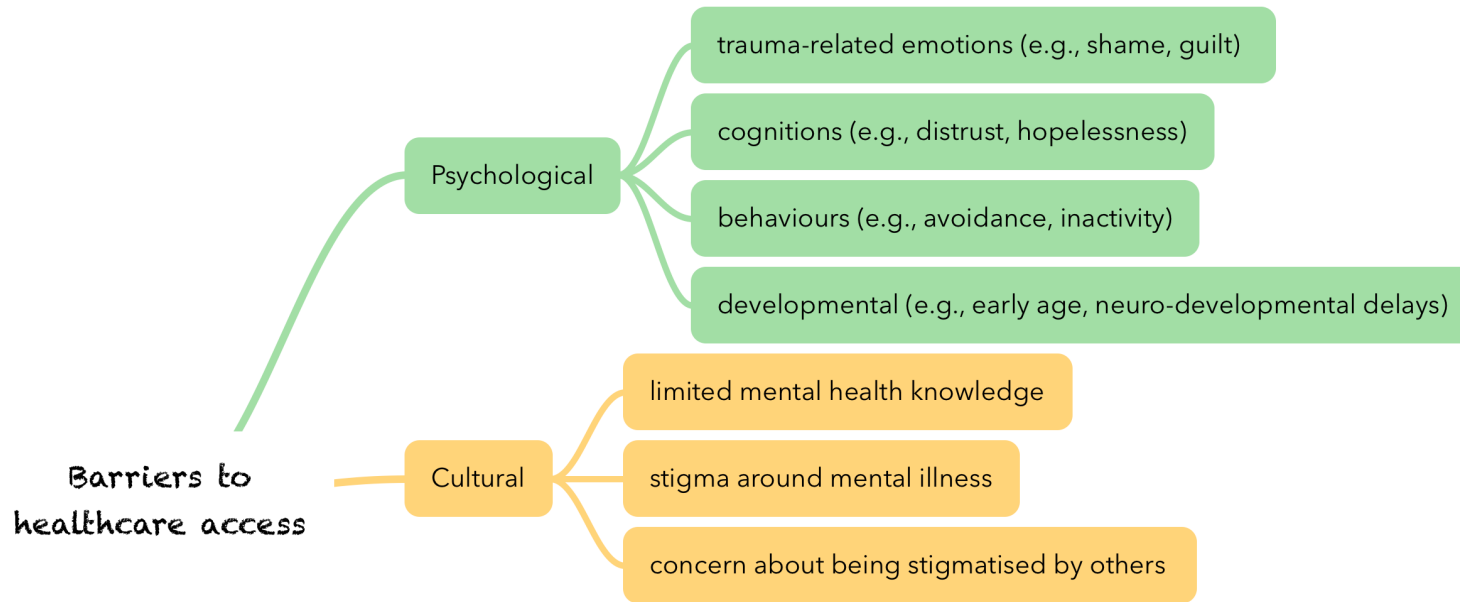
DETECTION

Barriers to
healthcare access

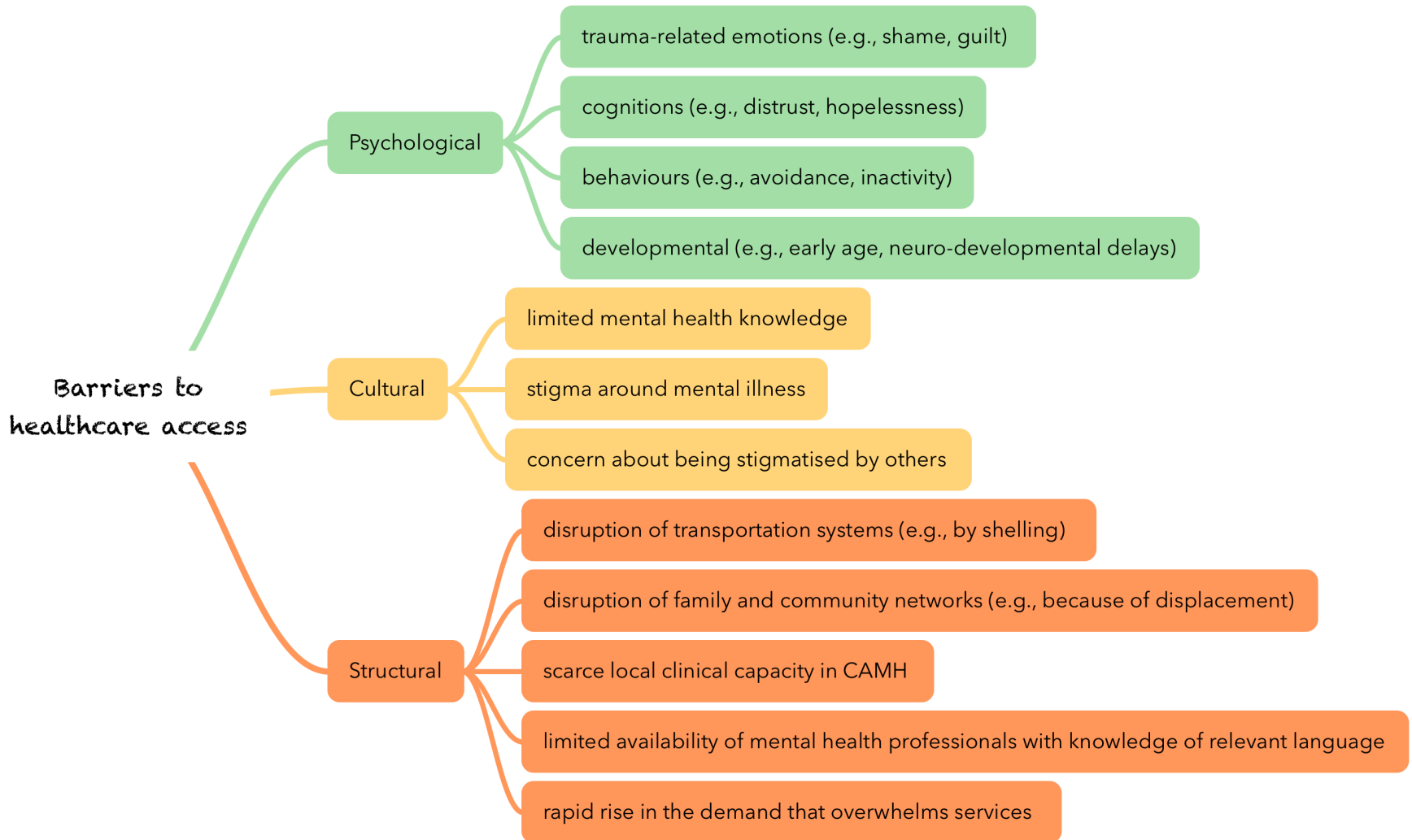
DETECTION



DETECTION



DETECTION



DETECTION

PRAGMATIC APPROACHES TO SCREENING

Trauma screening

Trauma exposure (i.e., DSM-5 PTSD Criterion A)

Symptom severity (e.g., the Child Revised Impact of Events Scale [CRIES], the Revised Children's Anxiety and Depression Scale [RCADS], and the Strengths and Difficulties Questionnaire [SDQ])

normative responses to trauma

trauma-related psychopathology

PTSD treatment

detection

FURTHER READINGS

Lewis S & Danese A. *Trauma-related psychopathology in children and adolescents*. In: Hodes M & De Vries P (eds) **IACAPAP Shaping the Future of Child and Adolescent Mental Health**. Elsevier, 2022. PDF here: <https://iacapap.org/Resources/Persistent/0a5ca6eabc5af066a175e7e981741b32745d51aa/Shaping%20the%20Future%20of%20Child%20and%20Adolescent%20Mental%20Health%202022%20complete%20book.pdf>

Berliner L, Meiser-Stedman R, & Danese A. *Screening, Assessment, and Diagnosis of PTSD in Children and Adolescents*. In: Forbes, D., Bisson, J., Monson. C., & Berliner, L. (eds) **Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies** (ISTSS, Third Edition). Guilford Press, 2020 <https://www.guilford.com/books/Effective-Treatments-for-PTSD/Forbes-Bisson-Monson-Berliner/9781462543564/summary>

Danese A, McLaughlin KA, Samara M, & Stover CS. (2020). *Psychopathology in children exposed to trauma: detection and intervention needed to reduce downstream burden*. **BMJ**, 371, m3073. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3073>



Institute of
Psychiatry,
Psychology &
Neuroscience

South London and Maudsley 
NHS Foundation Trust

 | Maudsley Biomedical
Research Centre

PTSD chez les jeunes

Andrea Danese, M.D. Ph.D.

Centre de psychiatrie sociale, génétique et du développement (SGDP)
et Département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Clinique nationale et spécialisée CAMHS
pour les traumatismes, l'anxiété et la dépression

 [@andrea_danese](https://twitter.com/andrea_danese)

