

21 Troubles de l'enfant et de l'adolescent

« *Les enfants sont des étrangers qui vivent chez les parents.* »
Christian Bobin, *L'Épuisement*

La méthodologie et les techniques de la TCC s'appliquent à la psychopathologie et à l'éducation de l'enfant et de l'adolescent mais dans un contexte différent de celui des adultes, car la demande de traitement provient des parents qui seront inclus dans la prise en charge en tant qu'observateurs et « éducateurs » lorsqu'ils auront appris à se servir des principes de la TCC. Ce chapitre sera bref et abordera quelques problèmes fréquemment rencontrés dans les consultations de TCC. Il peut être complété par la lecture de l'ouvrage de Luiz Véra (2014) et de celui de Gisèle George (2000). Un chapitre entier de cet ouvrage sera consacré au trouble du spectre autistique (cf. chapitre 22).

Clinique

Les troubles anxieux, les TOC et la dépression de l'enfant présentent dans le DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2013) quelques particularités par rapport à l'adulte, mais ils suivent dans l'ensemble la même critériologie *mutatis mutandis*.

Trois troubles plus spécifiques de l'enfant sont souvent vus en consultation et traités par les TCC :

- le trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH) : l'enfant instable et impulsif ;
- le trouble oppositionnel avec provocation : l'enfant irritable, coléreux, querelleur, vindicatif ;
- le trouble des conduites : il se traduit par des comportements délinquants, à savoir violences contre des personnes ou des animaux, destruction des biens matériels, violations graves des règles établies. L'âge doit être au moins de six ans et les épisodes de violence s'être déroulés au moins à trois reprises sur douze mois. Le trouble peut s'accompagner d'absence de remords ou d'empathie, d'insouciance ou de superficialité

des affects. Son taux en France serait de 2,8 % de formes sévères en milieu scolaire et de 5 à 9 % des garçons de quinze ans en population générale. Le taux d'héritabilité génétique est proche de 50 %. Des études ont permis d'évaluer l'influence des troubles parentaux, qu'il s'agisse des troubles du comportement du père, de la mère ou du couple, d'une personnalité antisociale chez les parents, de la dépression maternelle du *post-partum*, de l'alcool-dépendance et d'autres addictions chez les parents (INSERM, 2005).

Pratique des psychothérapies cognitives et comportementales

Les applications des TCC se sont établies dans des indications aussi variées que la dépression de l'enfant, l'autisme infantile, les enfants hyperactifs ou les troubles des conduites. Bien des techniques de TCC développées et utilisées chez l'adulte ont été également appliquées à l'enfant et/ou l'adolescent. Souvent, ces techniques ont été adaptées pour tenir compte des particularités développementales liées à l'âge et ont abouti à des manuels destinés aux enfants ou aux adolescents.

Traitement des troubles anxieux

Les troubles anxieux peuvent être traités par les mêmes méthodes que chez l'adulte : phobies scolaires et angoisse de séparation.

Les phobies scolaires sont curables par désensibilisation systématique, exposition en imagination, exposition avec renforcement par des récompenses et exposition graduée *in vivo* selon des tâches progressives. Les parents peuvent fonctionner au début comme modèles d'exposition. Le jeu de rôle permet de résoudre les phobies concernant les relations sociales à l'école.

Lazarus et Abramowitz (1962) ont décrit une technique particulière : l'imagerie émotive. Elle consiste à inhiber l'anxiété que peut ressentir l'enfant, vis-à-vis de certaines scènes imaginaires, en lui faisant imaginer les aventures de son « héros favori ». Il est supposé que l'évocation de ces aventures entraîne des réponses inhibitrices de l'anxiété. L'enfant imagine la scène anxiogène. S'il est trop angoissé, il lève le doigt, et une scène représentant le héros favori lui est alors suggérée. On peut ainsi remonter toutes les étapes d'une hiérarchie d'anxiété phobique.

L'affirmation de soi et le jeu de rôle sont utilisés pour les enfants socialement inhibés (cf. chapitre 9).

Troubles obsessionnels et compulsifs de l'enfant

Les techniques d'exposition en imagination et en réalité avec prévention de la réponse s'appliquent aux enfants présentant un TOC. Le traitement est conduit en présence de la mère ou des deux parents qui apprennent, en observant le thérapeute, à gérer les peurs de l'enfant et à l'aider dans ses expositions.

Histoire de cas

Little John

John vient des États-Unis. Il a 10 ans. Il est adressé par un psychologue américain qui l'a suivi en thérapie comportementale. Sa famille est pour quelques années en France où son père doit travailler.

Les entretiens préliminaires et la thérapie auront lieu en anglais, car John ne pratique pas bien le français, non plus que sa mère. Celle-ci assistera à toutes les séances de thérapie et prendra une part active dans le traitement de son fils. Son père et un neveu de son père ont présenté une personnalité compulsive, sans TOC véritable semble-t-il. Les troubles obsessionnels sont apparus à neuf ans. Il était constamment anxieux d'écrire des grossièretés dans l'air, de lever le troisième doigt en l'air (« fuck » américain), il avait aussi des pensées sexuelles et antireligieuses qu'ils refusaient. Il avait aussi peur que de la saleté lui saute dans la bouche et lavait ses mains cinq fois par jour à cause de la contamination possible par des germes. Il demandait sans cesse de la réassurance auprès des autres pour savoir ne s'était pas trompé en parlant et avait dits des grossièretés.

Il semble que ses troubles se soient déclenchés après que sa grand-mère a eu une tumeur bénigne des sinus : il était inquiet d'en avoir lui aussi une. Une tante était morte également d'un cancer deux ans auparavant, et il avait eu peur d'avoir lui aussi un cancer à cette époque. Il a été traité sept mois par une association de Prozac® et de dix séances de thérapie comportementale aux États-Unis. Ses troubles ont décliné de 85 % au cours de cette période thérapeutique.

Il vient pour un suivi attentif, car le fait de vivre en France pendant quelques années est un facteur de stress qui risque de compromettre le résultat. Effectivement, l'arrivée en France a eu un effet assez stressant : il présente à nouveau des obsessions qui sont essentiellement la peur d'avaler des objets par mégarde. Il regarde anxieusement les trombones qui sont sur mon bureau. Il a peur, chaque fois que sa mère prend de l'essence à la station-service, que l'essence lui saute dans la bouche. Cette peur s'est diffusée au football où il a peur d'avaler de la boue ou de la poussière, aux médicaments qu'il a peur d'avaler par mégarde, à l'alcool, aux autres qui peuvent lui cracher dans la bouche. Il a peur d'avaler de l'urine qui pourrait lui sauter dans la bouche quand il va aux toilettes. Il a également peur d'être au contact du sang des autres et de voir les médecins car ils sont porteurs de germes. Il continue de prendre un ►

- ▷ comprimé de Prozac® par jour. Une expérience particulièrement difficile a été une journée au Disneyland de Paris, où il n'a cessé de poser des questions à sa mère au sujet de la contamination. Il suit bien l'école en français et ne présente pas de tics, ni de syndrome de Gilles de la Tourette. Il a une sœur plus jeune que lui de quatre ans.

Devant la réapparition des troubles, il est décidé de reprendre la thérapie comportementale. Comme l'anxiété est assez diffuse je lui propose un programme de relaxation avec une audio-cassette. En parallèle sera effectué un traitement comportemental par exposition en réalité aux situations anxiogènes avec la collaboration de sa mère, qui se décrit elle-même comme une personne anxieuse mais sur un mode mineur. La relation est facile, car l'enfant et sa mère sont très coopératifs et déjà au courant des principes du traitement comportemental.

L'analyse fonctionnelle du cas montre que la peur centrale est celle de perdre le contrôle de soi et de faire ou de dire des choses choquantes ou dangereuses. Le principe du traitement est donc de lui montrer que cette impulsivité qu'il perçoit comme dangereuse, ne peut pas aboutir aux résultats qu'il redoute, et qu'il a en réalité un parfait contrôle de lui-même.

Pendant six séances qui ont lieu sur trois mois, il effectuera des séances d'exposition prolongée et « en réalité ». Successivement, il prendra un comprimé puis un trombone qu'il tiendra dans sa main et approchera de sa bouche. L'anxiété monte rapidement puis descend en 20 minutes, lors de la première séance. Elle tombera en 5 minutes à la deuxième séance. Puis sera nulle lors des séances ultérieures.

Par ailleurs, il lui est conseillé de porter constamment un trombone dans sa poche, de donner les comprimés de vitamines que prennent sa sœur et ses parents chaque matin, et de mettre lui-même l'essence dans la voiture de sa mère chaque semaine. Les obsessions et les rituels disparaissent progressivement à tel point qu'il est possible d'arrêter le Prozac® en avril, à la demande de sa mère, qui ne souhaite pas qu'il soit sous traitement chimique indéfiniment.

Le retour aux États-Unis en juin pour les vacances semble avoir bouleversé ses habitudes encore une fois. Mais surtout, peu avant de partir, il a visité avec ses parents, dont une partie de la famille est d'origine juive, un musée français concernant l'holocauste. Il a été impressionné par les photographies. En rentrant aux États-Unis, des pensées intrusives l'ont submergé jusqu'à six heures par jour. Il voyait en imagination la guillotine, des pénis coupés avec un rasoir, des organes génitaux coupés avec la guillotine, une main complètement écorchée, etc. Il a alors revu le psychologue américain qui l'avait adressé. Celui-ci a effectué une seule séance d'exposition en imagination qui l'a amélioré : il conserve cependant une à deux heures de pensées intrusives. Il n'a pas repris de Prozac®.

Nous reprenons alors les séances d'exposition en imagination. Je commence par lui expliquer la règle suivante : il ne faut pas lutter contre les pensées les plus pénibles ou les plus saugrenues car cela va les renforcer. Les affronter permettra de s'y habituer. De toute manière, il ne s'agit que de simples fantasmes sans gravité et que tout le monde peut avoir. Puis nous reprenons des séances ▷

- ▷ d'exposition aux images de mutilation sur trois séances en trois mois, tout en lui conseillant de faire au moins une séance par jour sous la supervision de sa mère, qui ne s'effraie pas des images qui assaillent son fils et les prend plutôt sur un mode léger. Il effectuera deux séances d'exposition en imagination avec moi, à partir de deux de ses images intrusives les plus fréquentes : l'une où il imagine qu'on lui a greffé un troisième testicule ; l'autre où il imagine qu'un chien couché sur le côté est en train de cuire sur la plaque d'un fourneau. Il est rapidement soulagé : les images n'ont plus d'impact. La peur d'être atteint par l'essence ou contaminé a également disparu et il fête son onzième anniversaire sans traitement ni psychologique ni pharmacologique.

Cas publié dans : Cottraux, J. Les ennemis intérieurs. Obsessions et compulsions. Paris : Odile Jacob ; 1998.

Traitement de la dépression de l'enfant et de l'adolescent

L'ouvrage de Baron (1993), qui présente avant tout les modèles, les corrélats, les aspects cognitifs théoriques et les aspects épidémiologiques des dépressions de l'adolescent, a souligné l'importance de quatre thèmes principaux chez les adolescents :

- le premier thème a trait à l'apparence physique ;
- le deuxième est l'identité sexuelle ;
- le troisième est la compétence par rapport aux autres, en particulier les adultes ;
- le quatrième a trait à l'autonomie et au contrôle. C'est probablement l'enfant présentant cette organisation cognitive qui va se heurter au plus grand nombre d'obstacles sur la route du développement.

De plus, l'origine infantile de la vulnérabilité à la dépression a été explorée pour essayer de déterminer l'origine des schémas cognitifs. Garber et Robinson (1997) ont comparé deux groupes d'enfants : un premier groupe ($n = 144$) dont les mères présentaient un trouble dépressif non bipolaire dans leur histoire a été comparé à un autre groupe ($n = 55$) dont les parents n'avaient jamais présenté une telle pathologie.

Les résultats ont montré que les enfants à haut risque avaient un style cognitif nettement plus négatif que les enfants à bas risque. Cette différence persistait même si le fait que les enfants à haut risque soient déprimés était pris en compte.

Trois explications qui ne sont pas mutuellement exclusives peuvent être proposées :

- l'interaction avec une mère dépressive et de ce fait caractérisée, comme l'ont montré plusieurs études, par la critique, le rejet, l'hostilité et l'excès de contrôle, peut diminuer l'estime de soi et établir une vue négative de soi permanente ;

- le style cognitif négatif de la mère et de l'enfant pourrait être l'expression phénotypique d'une vulnérabilité génétique ;
- la mère et l'enfant sont soumis aux mêmes événements de vie négatifs, qui les conduisent tous deux vers la dépression et l'établissement d'un style cognitif dépressif stable.

Cette étude souligne l'importance de la prévention précoce de la dépression ; aussi la prévention de la dépression de l'adulte par des *cliniques de l'optimisme* pour les enfants et les adolescents a-t-elle été proposée par Martin Seligman, l'un des fondateurs de la psychologie positive. Les méthodes de thérapie TCC sont donc utilisées dans le but d'accroître les forces du caractère chez des personnes qui ne présentent pas de maladie mentale mais sont à risque.

Le programme consiste à développer des compétences cognitives qui sont déjà présentes, discuter les pensées négatives, instiller l'espoir, accroître le sentiment d'efficacité personnelle, développer l'affirmation de soi, pratiquer la résolution de problèmes, mettre en place des tâches pratiques graduées de plaisir et maîtrise et apprendre la gestion du stress, pour savoir la pratiquer en cas d'événements de vie adverses qui ne sauraient manquer de survenir tout au long de la vie. Le bon moment pour mettre en place ces programmes se situe avant la puberté mais suffisamment tard pour que l'adolescent présente des « métacognitions », autrement dit des cognitions sur les cognitions, qui lui permettent de se forger une vue optimiste du futur. Cinq études contrôlées (Seligman, 2011) ont montré que des enfants à risque de dépression présentaient moins d'états dépressifs s'ils avaient eu un programme de développement de l'optimisme qu'un groupe de comparaison non traité.

Troubles des conduites : enfants impulsifs et coléreux

« Apprendre aux enfants impulsifs à se parler à eux-mêmes »

L'un des premiers programmes d'auto-instruction pour les enfants impulsifs a été mis au point par Meichenbaum (1977). Il visait à l'*internalisation du discours*, comparable à ce qui se passe pour un enfant au cours du développement normal, et qui comporte cinq phases ;

1. Un adulte présente un modèle en se parlant à lui-même à haute voix (modèle cognitif). Dans la première phase, le modèle décrit la tâche et la divise en différentes parties, structurant un plan d'action dont chacun des éléments est autorenforcé (« c'est bien », etc.).
2. L'enfant réalise la même chose en étant guidé par le modèle (guidage externe).

3. L'enfant réalise la même tâche en se donnant à lui-même des instructions à haute voix (autoguidage externe).
4. L'enfant se murmure les instructions à lui-même durant la tâche (guidage externe effacé progressivement).
5. L'enfant réalise la tâche en guidant sa performance par un monologue intérieur (auto-instruction couverte).

Méthodes d'affirmation de soi et de développement des compétences sociales

Elles peuvent être utilisées pour façonner des comportements respectueux de autres, apprendre aussi la négociation et la verbalisation en lieu et place d'une imposition brutale de sa personne.

Thérapie comportementale familiale

La thérapie comportementale familiale représente un autre axe de traitement des enfants en dehors de situations de dépendance institutionnelle. La notion essentielle est que le thérapeute fonctionne à la fois comme un renforçateur social et un médiateur dans les conflits familiaux.

Le thérapeute doit aider à clarifier les problèmes en analysant les réseaux de communication et à définir des contrats familiaux.

Ces contrats ont pour but de remédier aux situations punitives qui se développent dans les familles et également de modifier les systèmes de communication. Les techniques de jeu de rôle précisent les problèmes et augmentent l'empathie des membres de la famille les uns par rapport aux autres.

Les dix règles de base des contrats familiaux

1. Une alliance thérapeutique doit s'instaurer entre le thérapeute et tous les membres de la famille.
2. La famille doit être éclairée sur deux règles de base : le consultant s'intéresse seulement à faciliter le processus de négociation ; l'arrangement spécifiera ce que l'on veut l'un de l'autre et ce que l'autre veut donner en retour.
3. Les contrats décrivent qui doit faire quoi pour qui et dans quelles circonstances.
4. Le contrat se sert d'une compréhension de l'ici et maintenant pour projeter une meilleure vie future ensemble.
5. L'approche ne s'intéresse pas à ce que la famille a pu faire dans le passé.
6. Il n'y aura pas d'incriminations de fautes, ni d'accusations, ni de récriminations.
7. La négociation d'un contrat doit être ouverte et franche, libre de coercition explicite ou subtile.





8. Les termes doivent en être exprimés dans des mots simples, explicites et clairs à comprendre.
9. Pour qu'un contrat soit efficace, il doit susciter une occasion pour chaque participant d'obtenir un niveau maximal de bénéfices et de diminuer ses coûts et ses pertes dans la partie de sa vie couverte par le contrat.
10. Les comportements inclus dans le contrat doivent appartenir au répertoire de la personne qui est d'accord pour les effectuer.

Formation des parents à la modification du comportement

La famille est le creuset de l'apprentissage social. Les principes de l'apprentissage opérant et de l'apprentissage social à partir de l'observation de modèles ont été utilisés avec succès chez les enfants présentant des troubles du comportement. Ces principes peuvent être mis en œuvre par la formation des parents, qui a lieu essentiellement en groupe pour les parents qui ont des problèmes d'éducation vis-à-vis des enfants. Le but est de permettre à des parents « débordés » d'avoir un comportement plus adéquat face à leurs enfants. L'efficacité de cette procédure a été démontrée pour les familles où un enfant présente un trouble des conduites ou un trouble oppositionnel. Le programme de formation des parents comprend le travail en groupe sur les sujets suivants :

- alliance avec les thérapeutes et soutien des parents ;
- information sur les notions de base de l'apprentissage social ;
- apprendre à différencier, à évaluer et enregistrer les comportements ;
- manier des contingences de renforcement à la maison et appliquer aussi à l'école avec la collaboration des enseignants.

Le jeu de rôle et la discussion en groupe peuvent apprendre en particulier aux parents à renforcer les comportements positifs des enfants. En effet, les comportements positifs sont en général ignorés, alors que toute l'attention se concentre sur le comportement agressif qui est puni hors de proportion et se trouve ainsi renforcé. Bien souvent, il suffit d'apprendre aux parents à accorder de l'attention aux comportements positifs et eux seuls, pour voir décliner les comportements déviants, seuls moyens jusque-là d'attirer l'attention et donc l'affection des parents.

Les comportements cibles doivent être définis en présence des parents et de l'enfant en termes objectifs et être compréhensibles de tous.

Il faut également définir avec les parents et l'enfant les comportements désirables, les renforçateurs, les critères de succès, comment le programme sera évalué, et définir les règles pour les récompenses, les amendes (coût de la réponse) et la thésaurisation.

On se sert, comme renforçateurs symboliques, de points et de jetons et, comme renforçateur social, de la louange. Pour les enfants en bas âge et agressifs, on utilise le coût de la réponse, les programmes de renforcement différentiel des comportements incompatibles avec l'agressivité, et le retrait des situations qui renforcent l'agressivité (isolement temporaire ou *time-out*).

Le chapitre 2 de cet ouvrage a présenté en détail les principes de l'apprentissage opérant.

Programmes de prévention de la délinquance dans la communauté

On trouvera dans l'ouvrage de Goldstein et al. (1989) la description de programmes dans la communauté destinés à prévenir les facteurs de rechute de la délinquance. Ils combinent trois interventions parallèles :

- un programme de remplacement des comportements agressifs fondé sur le *développement de la compétence sociale et le contrôle cognitif de la colère*, comme celui de Meichenbaum proposé ci-dessus ;
- un programme de conseils pour les jeunes : ils se servent fréquemment des méthodes de *résolution de problèmes*, où les enfants et les adolescents ne se voient pas imposer de solution mais apprennent les étapes d'un raisonnement réaliste et qui se traduit par des résultats concrets (cf. chapitre 13 consacré à la dépression pour la méthode de résolution de problèmes) ;
- un programme de *thérapie familiale*.

Déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)

On peut, dans cette indication, également mettre en place un programme intensif sur dix semaines pour des enfants âgés de 7 à 12 ans comprenant des stratégies d'auto-instruction, de résolution de problème, de gestion de la colère et des habiletés sociales. Ce programme améliore de manière significative les différentes fonctions exécutives chez les enfants, ainsi que les symptômes du TDAH. D'autres programmes ont fait aussi leurs preuves.

Résultats

Une méta-analyse (Weisz et al., 2013) qui incluait cinquante-deux études contrôles portant sur divers problèmes de l'enfant, principalement des programmes de TCC, a montré la supériorité des thérapies fondées sur des preuves par rapport aux conditions contrôles. Sur les cinquante-deux études, trente-trois relevaient de la TCC au sens strict du terme, les autres études correspondaient à des thérapies familiales systémiques ou des thérapies interpersonnelles principalement. La taille d'effet était modeste (0,29).

L'Académie américaine de pédiatrie (2011) considère que la TCC est la première ligne de traitement à essayer avant les médicaments dans le déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH).

Les processus de la montée de la haine entre groupes et idéologies rivales ont été décrits dans un ouvrage d'A.T. Beck (2002), *Les Prisonniers de la haine*, qui retranscrit en termes cognitifs les phénomènes communautaristes. L'appartenance à une communauté peut donner aux individus une telle sensation de pouvoir qu'elle neutralise leurs sentiments d'infériorité et étouffe la compassion pour leurs victimes. À cette croyance « groupiste », Beck oppose l'universalisme qui pourrait établir une barrière aux violences religieuses, raciales ou ethniques. Une autre thèse centrale de Beck est que la prévention de la délinquance et de la violence pourrait résider dans la modification des prédispositions cognitives chez des enfants d'âge préscolaire.

Les résultats d'un projet de l'université de Pennsylvanie qui portait sur les troubles des conduites, la « voie rapide » (*fast track*), suggèrent que les déficits précoces de la cognition sociale peuvent être améliorés chez l'enfant, ce qui préviendrait la violence. Un suivi contrôlé de dix ans du programme *fast track* a montré un bon rapport coût/efficacité mais seulement chez les sujets qui étaient le plus à risque (Foster et al, 2006). Ce programme était en effet coûteux car il comprenait quarante-quatre séances de deux heures réparties sur quatre années et enseignait les stratégies parentales de gestion des enfants difficiles, proposait des activités amicales en groupe entre enfants et parents et un tutorat pour la lecture. Mais il faudrait mettre en balance ces coûts avec les conséquences personnelles et sociales de la violence au très long cours.

Plus récemment, au Royaume-Uni, Scott (2014) a publié une étude contrôlée randomisée, avec un long suivi, portant sur la formation des parents à la gestion comportementale des enfants à risque car présentant des comportements antisociaux et/ou défiants-opposants. Il a comparé deux cohortes : l'une de cent vingt enfants vus entre 3 et 7 ans et revus entre 10 et 17 ans : ils ont reçu pour quatre-vingt-quatorze sujets la formation des parents contre vingt-six assignés au traitement habituel ; une deuxième cohorte de cent neuf vus entre 4 et 6 ans et revus entre 9 et 13 ans : ils ont eu pour cinquante-huit sujets la formation des parents contre cinquante et un qui recevaient le traitement habituel. Les résultats sont très positifs pour la TCC car il y eut une diminution de la fréquence des comportements et des traits de caractère antisociaux, et une amélioration de la lecture, significativement plus importante dans les groupes qui recevaient la formation des parents par rapport aux groupes qui recevaient le traitement habituel. *La TCC avait donc, dans cette étude, un effet de prévention à long terme de la personnalité antisociale.*

Conclusion

La TCC de l'enfant et de l'adolescent, autrefois le parent pauvre de la TCC, est en train de se développer rapidement mais, plus que la thérapie, le champ de la prévention primaire de la dépression et du trouble des conduites apparaît de la plus grande importance, étant donné que ces troubles de l'adulte prennent racine pour 50 % dans l'éducation et les dysfonctionnements familiaux et sociaux.

Bibliographie

- American Academy of Pediatrics (2011). Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-2654.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual, 5th edition, A.P.A, Washington, DC. DSM-5 Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française, coordination : Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D. Paris: Elsevier Masson; 2015.
- Baron, P. (1993). *La dépression chez l'adolescent*. Québec: Edisem Maloine.
- Beck, A.T. (2002). Prisoners of Hate. Prisonniers de la haine. (Traduction : Cottraux, J., Dupont H., Millierey, M.). Paris: Masson.
- Cottraux, J. (1998). *Les ennemis intérieurs. Obsessions et compulsions*. Paris: Odile Jacob, p. 192-195.
- Foster, E. M., & Jones, D. (2006). Conduct Problems Prevention Research Group Can a costly intervention be cost-effective? An analysis of violence prevention. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 1284-1291.
- George, G. (2000). *Mon enfant s'oppose. Que dire ? Que faire ?* Paris: Odile Jacob.
- Goldstein, A., Glick, B., Pask-MacCartney, C., & Rubama, I. (1989). *Reducing delinquency. Intervention in the community*. New York: Pergamon Press.
- Garber, J., & Robinson, N. S. (1997). Cognitive vulnerability in children at risk for depression. *Cognition and Emotion*, 11, 619-635.
- INSERM (2005). Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. <http://www.inserm.fr/content/download/7154/55249/file/troubles+des+conduites.pdf>.
- Lazarus, A. A., & Abramowitz, A. (1962). The use of emotive imagery in the treatment of children's phobias. *Journal of Mental Science*, 108, 191-195.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification. An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Scott, S., Briskman, J., & O'Connor, T. G. (2014). Early prevention of antisocial personality : long-term follow-up of two randomized controlled trials comparing indicated and selective approaches. *Am J Psychiatry*, 171, 649-657.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Learned Optimism. How to change your mind and your life*. New York: Simon & Schuster.
- Vera, L. (2014). *TCC chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: Elsevier Masson.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Hawley, K. M., & Jensen-Doss, A. (2013). Performance of evidence-based youth psychotherapies compared with usual clinical care : a multilevel meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 70, 750-761.