

15

Prise en charge psychosociale

La prise en charge du trouble des conduites doit, dans la mesure du possible, associer des modalités multiples – car complémentaires – de traitement, comme pour la majorité des troubles psychopathologiques. Les modalités de prise en charge dites « psychosociales » intègrent des interventions à la fois parentales, scolaires, et individuelles concernant l'enfant lui-même. Ces méthodes sont pour l'essentiel fondées sur les théories de l'apprentissage et utilisent des techniques cognitives et comportementales (appliquées à l'enfant lui-même ou à l'enfant et sa famille) pour modifier un comportement, en l'occurrence antisocial et agressif. D'autre part, les traitements pharmacologiques peuvent représenter un outil complémentaire utile, lorsque les manifestations du trouble des conduites sont très intenses et graves, ou lorsque ce trouble est comorbide d'autres troubles pouvant bénéficier d'un traitement spécifique.

Plusieurs programmes d'intervention psychosociale sont susceptibles de réduire les comportements antisociaux et les autres symptômes du trouble des conduites. En 1995, Chamberlain et Rosicky insistaient sur l'émergence et l'intérêt de prises en charge globales et « écologiques », c'est-à-dire intervenant sur les différents domaines d'interaction de l'enfant à problèmes, domaines eux-mêmes étroitement intriqués ; en premier lieu la famille, mais aussi les pairs, le cadre scolaire, le voisinage/quartier ou cadre de vie. De telles approches permettent d'ajuster une prise en charge à des problèmes multiples que rencontrent les familles d'enfant avec un trouble des conduites, où ces problèmes sont analysés et traités dans une perspective écologique. L'objectif général de ces modalités de prise en charge peut se décliner en quatre points :

- développer un système de soutien et d'étayage social pour l'ensemble de la famille ;
- favoriser les contacts de l'enfant présentant un trouble des conduites avec des pairs « prosociaux » ;
- limiter les contacts de l'enfant présentant un trouble des conduites avec des pairs « antisociaux » ;
- augmenter le soutien scolaire et les interactions avec les enseignants.

Globalement, il s'agit d'intervenir sur des facteurs multiples, en accord avec le consensus sur le caractère multidéterminé du trouble des conduites.

Une revue de littérature (Brestan et Eyberg, 1998) de l'ensemble de ces traitements a identifié, sur une trentaine d'années (de 1966 à 1995), 82 études concernant 5 272 jeunes présentant des symptômes de trouble des conduites. Les traitements qui apparaissent les plus efficaces au fil des années et des études contrôlées (essentiellement réalisées dans les pays anglosaxons et aux États-Unis) sont fondés sur la prise en charge de la globalité de la famille du jeune présentant un trouble des conduites : *Family based treatment* (FBT), ou encore *Behavioural family interventions* (BFI). Plus récemment, en 2001, dans le rapport « *Blueprints for Violence Prevention report* » (*National institute of mental health*, 2001a), plus de 500 programmes de traitement et de prévention ont été revus ; parmi ces programmes, trois seulement remplissaient les critères d'efficacité pour la réduction des comportements agressifs chez les adolescents (Mihalic et coll., 2001), c'est-à-dire des résultats statistiquement significatifs confirmés/répliqués dans de nombreuses études méthodologiquement contrôlées (Kazdin et Weisz, 1998).

Traitements fondés sur la famille

Il existe trois programmes fondés sur des modèles familiaux : la « *Functional Family Therapy* », la « *Multisystemic Therapy* » et l'« *Oregon Treatment Foster Care* » (Henggeler et Sheidow, 2003).

Les traitements fondés sur la famille (*Family Based Interventions*, FBI) ont également été cités et recommandés par le département de la santé nord-américain (*National institute of mental health* (2001a et b), ces traitements reposent sur les travaux des chercheurs prouvant l'efficacité de telles approches sur les comportements antisociaux graves des enfants et adolescents (Kazdin et Weisz, 1998).

Functional family therapy (FFT)

Cette technique, maintenant utilisée depuis plus de 25 ans, a été décrite par Alexander et ses collaborateurs (1982, 1998 et 2002). Le traitement est réalisé par un thérapeute formé et expérimenté, et se déroule sur une douzaine de sessions s'étalant sur une période de trois mois, souvent au domicile pour les cas les plus difficiles. Trois phases sont schématiquement décrites.

Une première phase dite d'« engagement et motivation » a, parmi ses principaux objectifs, pour but d'augmenter la perception par les membres de la famille de l'investissement et de la crédibilité du thérapeute. Ceci est le plus souvent réalisé en s'adaptant au mode de langage et/ou vestimentaire,

c'est-à-dire par une réduction des marques de distance (culturelles et/ou sociales), une grande disponibilité et une attitude respectueuse facilitant la confiance et favorisant les échanges. C'est le préalable à la réalisation d'une alliance thérapeutique avec chaque membre de la famille, qui implique un travail du thérapeute sur la colère ou la résignation, la honte ou encore d'autres comportements ou émotions négatives.

La deuxième phase consiste à changer les modalités d'interactions dans la famille en facilitant la communication et en développant les techniques de résolution de problème. L'entraînement des parents (*parent training*) est une technique couramment utilisée dans les thérapies travaillant sur les relations entre parents et enfants, souvent jeunes. L'entraînement à une communication plus efficace (directe, messages clairs et brefs, écoute active...) est également réalisé, de façon également non spécifique. Durant cette étape, les relations développées par le thérapeute ont pour but de restructurer les liens et interactions intrafamiliales, de manière à faciliter le changement de comportement.

Une troisième phase dite de « généralisation » vise à étendre ou élargir les changements interactionnels positifs obtenus dans la famille aux relations avec d'autres systèmes communautaires, de santé mentale, ou encore avec les autorités de justice. Le thérapeute travaille ici sur « l'ancrage » de la famille dans un système communautaire et étayant, ce qui suppose une très bonne connaissance des différents services sociaux, et également des rapports privilégiés avec ces services. L'ensemble des études et données montre que la FFT diminue de façon significative les récidives de comportements antisociaux graves chez les jeunes présentant un trouble des conduites, par rapport à des sujets témoins non traités ou traités par d'autres méthodes (Henggeler et Sheidow, 2003). La FFT diminue également la gravité des comportements antisociaux en cas de récidives. Enfin, l'amélioration obtenue est durable, avec des résultats stables observés jusqu'à 5 ans (Gordon et coll., 1988).

L'entraînement parental, une des composantes essentielles de la FFT, peut être utilisé de manière isolée ; cependant, il est moins efficace que la FFT dans le trouble des conduites, surtout chez les adolescents. En effet, ce programme pour parents est construit sur les théories de l'apprentissage comportemental et social de l'enfant, lesquelles sont de fait au mieux opérantes sur l'enfant jeune, c'est-à-dire quand les modalités relationnelles et de fonctionnement ne sont pas encore trop étendues à d'autres environnements. L'objectif de ce programme vise à modifier le comportement de l'enfant à la maison, en apprenant aux parents à pratiquer le renforcement positif avec leur enfant, à favoriser les comportements prosociaux, à modifier leurs propres attitudes et/ou réactions qui entretiennent voire aggravent les comportements agressifs et antisociaux de l'enfant. Ces techniques sont développées auprès des parents, dans des sessions individuelles ou en groupe, dans des centres spécialisés ou encore à la maison. Des livres comme *Living with Children* de Gerald Patterson (1976), ou encore les bandes vidéo de Webster-Stratton (1996), facilitent et

renforcent le travail quotidien des parents, et donc leur compliance au programme. Pour les situations les plus sévères, le *Videotape modeling group discussion* (GDVM) associant un travail sur bande vidéo avec un groupe de discussion supervisé par un thérapeute a montré une efficacité à long terme supérieure à la seule utilisation des bandes vidéo ou à un groupe de discussion sans le support vidéo. Le GDVM est un programme d'environ dix semaines portant sur dix bandes vidéo (*Basic program*), représentant 250 scènes (de 2 minutes chacune) montrant des interactions (appropriées ou non) entre parents et enfants (Webster-Stratton, 1996). Après chaque scène, le thérapeute supervise la discussion d'un groupe de parents sur ces interactions et sollicite leurs réponses. Les enfants ne participent pas à ces sessions, mais des exercices structurés et quotidiens au domicile permettent aux parents de généraliser et d'appliquer au domicile familial le comportement et les techniques qu'ils ont appris au centre thérapeutique : renforcement du comportement de l'enfant, application de limites, approche non violente du respect de la discipline et des règles, résolution de problèmes... Ce programme de base peut être complété par une autre série de six bandes vidéo (*Advance program*) axée plus spécifiquement sur les difficultés et la douleur des parents ; ceci les aide à améliorer leurs modalités relationnelles avec les autres membres de la famille, dont bien entendu l'enfant. Les parents apprennent à aider leur enfant à la résolution de problème et à développer de meilleurs outils de communication. Ce programme aide également les parents à mieux gérer les conflits, la colère, la résignation et la dépression...

Webster-Stratton et Hammond (1997) décrivent un programme également basé sur des bandes vidéo, mais ciblé sur l'enfant lui-même, et visant à développer ses compétences sociales et ses aptitudes à la résolution de problème. Ce programme, assisté d'un thérapeute, travaille sur l'empathie, le contrôle de la colère, les relations amicales, la communication et également les rapports avec l'école et les enseignants. Il est réalisé par petits groupes de jeunes (âgés de 4 à 8 ans) pendant environ six mois, avec des sessions d'au moins 2 heures. L'association de ce programme « enfant » au programme « parent » améliore à moyen terme (1 an) les résultats de chaque programme individuel en termes de capacités d'adaptation, de comportement et de résolution de problème.

L'ensemble de ces traitements faisant appel à des bandes vidéo, en particulier basés sur le « *training* » des parents, a montré son efficacité à la fois aux États-Unis mais aussi en Grande-Bretagne (pour revue, voir Fonagy et Kurtz, 2002).

Thérapie multisystémique

Les thérapies multisystémiques (*Multisystemic therapy*, MST) sont probablement le modèle d'intervention qui a été le plus étudié (Henggeler et Borduin, 1990 ; Henggeler et coll., 1993). Les problèmes comportementaux sont

interprétés comme étant liés d'une part à des déterminants caractéristiques de l'individu, et d'autre part à des aspects divers des systèmes multiples et du milieu dans lesquels vit et évolue le jeune : la famille, l'établissement scolaire, mais aussi le cercle des copains ou des pairs, le voisinage et le quartier d'habitation. Ces systèmes multiples sont étroitement liés les uns aux autres. Les thérapies multisystémiques interviennent sur tous ces plans par le biais de techniques visant à :

- promouvoir l'éloignement des pairs « déviants » (mauvais exemple...) ;
- renforcer les liens avec les groupes conventionnels tels que la famille et l'école ;
- augmenter les compétences familiales favorisant la discipline et la surveillance ;
- augmenter les compétences sociales et académiques de l'adolescent.

Les techniques spécifiques utilisées dans des cas particuliers sont individualisées pour répondre aux spécificités et aux besoins de chaque jeune et/ou de sa famille. Le programme est basé sur l'évaluation la plus précise possible de tous les systèmes et de leurs interactions pour aider à identifier les facteurs déterminants inhérents aux problèmes. Les thérapeutes utilisent des techniques variées et éprouvées, qui ont montré leur capacité à modifier les systèmes maintenant le trouble des conduites : thérapie familiale, interventions dans les établissements scolaires, techniques cognitives et/ou comportementales. Les résultats obtenus à partir d'études portant sur des jeunes très agressifs et antisociaux ont démontré que les thérapies multisystémiques étaient supérieures aux habituels services du juge, ou aux traitements communautaires en diminuant les problèmes de comportement et en améliorant le fonctionnement familial. Les études de suivi sur 5 ans indiquent que ces jeunes présentent également moins de taux d'arrestations que ceux n'ayant pas bénéficié de ce programme.

Dans des études contrôlées, les thérapies multisystémiques ont montré leur efficacité et la réduction à long terme de l'activité criminelle, des actes violents, des arrestations pour abus de substance ou encore des placements voire des incarcérations chez les jeunes présentant un trouble des conduites (Borduin et coll., 1995 ; Tate et coll., 1995 ; Borduin, 1999). De façon similaire, les récidives sont fortement diminuées.

La thérapie multisystémique est réalisée par une équipe de 3-4 thérapeutes formés et étroitement supervisés. Ils sont disponibles et peuvent intervenir 24h/24, sept jours sur sept. La durée du programme varie de trois à cinq mois en moyenne ; elle représente environ une soixantaine d'heures d'interventions directes, auprès de la famille et du jeune essentiellement, mais aussi auprès du réseau social. Différentes techniques cognitives et comportementales de thérapie familiale sont utilisées, dont le *training* parental, mais aussi des thérapies individuelles peuvent être engagées, associées parfois à un trai-

tement psychopharmacologique lorsque des facteurs biologiques sont identifiés. L'intervention au niveau des relations avec les pairs est également très importante ; elle vise à diminuer l'immersion et/ou l'engagement du jeune avec des pairs délinquants ou qui se droguent. Cela se réalise grâce à une aide active du thérapeute pour favoriser, créer, et renforcer des liens avec des pairs « sans problèmes », mais aussi pour dissuader ou décourager les associations avec des délinquants en appliquant des sanctions significatives. Les parents et adultes s'occupant habituellement du jeune sont fortement impliqués par le thérapeute dans ce travail auprès de ce dernier.

Les interventions dans le cadre du collège ou de l'école font également partie du programme. Le thérapeute guide les parents ou tuteurs pour qu'ils surveillent, contrôlent, et encouragent les performances scolaires ou l'apprentissage professionnel du jeune. Il les aide à développer puis à maintenir des stratégies de communication positive avec les enseignants, mais aussi à réorganiser l'emploi du temps péri- et post-scolaire pour favoriser le travail et les acquisitions scolaires. Il est très important d'établir une relation collaborative entre les parents et les enseignants.

Les thérapies multisystémiques impliquent donc les parents de façon à leur donner un rôle clé dans les objectifs de soin ; elles interviennent non seulement auprès des familles mais aussi dans les systèmes sociaux. Le temps global et l'investissement très large sur le plan thérapeutique font de la thérapie multisystémique le traitement le plus coûteux (1,5 à 2,5 fois plus que l'OFTC et le FFT respectivement) (Henggeler et Sheidow, 2003).

Oregon treatment foster care (OFTC) et Community systems based interventions

De nombreuses situations et conditions ne permettent pas toujours le maintien du jeune à domicile ou dans son environnement habituel. On peut même dire que l'éloignement du jeune délinquant de son cadre de vie et/ou cadre familial a longtemps été la règle. Des systèmes/programmes de pensionnats ou « centres » spécialisés, souvent dans des endroits reculés et isolés, ont ainsi été proposés pendant des décennies comme réponse « thérapeutique » et sociale de choix pour les jeunes adolescents délinquants et agressifs. Peu de ces systèmes ont cependant été évalués en termes d'efficacité ; de plus, ce type de prise en charge en « centre » est de plus en plus critiqué et remis en question. Outre l'aspect économique lui-même (coût très élevé, nécessité d'un personnel de surveillance et de sécurité), il apparaît que cette stratégie de regroupement d'adolescents délinquants, au lieu de diminuer les problèmes de comportement, a plutôt tendance à élargir le répertoire des comportements agressifs au contact des pairs « déviants ». Enfin, quand des améliorations comportementales sont notées, elles sont rarement généralisées aux environnements naturels, c'est-à-dire hors du centre, et elles ne se maintiennent pas à long terme. Ces résultats décevants ont

conduit à plutôt développer des programmes de prise en charge des jeunes avec trouble des conduites, dans des familles d'accueil : les « *Treatment foster care* » (FTC) (Chamberlain, 1996 ; Chamberlain et Mihalic, 1998).

Les programmes *Treatment foster care* utilisent les techniques de « *training* » parental, à la fois pour la famille biologique et la famille d'accueil, avec un encadrement par une équipe composée de thérapeutes et d'un superviseur expérimenté à temps plein. Le traitement est intensif. Les familles recrutées reçoivent une formation d'une vingtaine d'heures avant de pouvoir accueillir un jeune. Un seul jeune à la fois est reçu par famille d'accueil. Elles sont ensuite étroitement supervisées et accompagnées, avec des entretiens individualisés mais aussi des groupes hebdomadaires de familles d'accueil, et des services d'aide de garde 24h/24 et sept jours sur sept. Il existe également un soutien quotidien possible par téléphone ou dans des centres référents. La famille d'accueil est contactée chaque jour par le superviseur pour faire le point du comportement de la journée et éventuellement ajuster le traitement. Comme pour les thérapies multisystémiques citées précédemment, un ensemble de procédures est proposé pour obtenir une modification durable du comportement du jeune. On apprend également aux familles à travailler en collaboration et en relation avec l'école. Elles participent à des thérapies avec la famille biologique lorsque cela est possible car le but du programme reste le retour dans la famille biologique (ou adoptive).

Parmi les trois grands types de modèles de traitement exposés jusqu'à présent, l'OFTC (*Oregon FTC*) est le plus récent, et seules deux études méthodologiquement contrôlées ont testé à ce jour son efficacité. Les jeunes placés dans ces programmes avaient un trouble des conduites ancien, avec des manifestations agressives chroniques et sévères. La première étude (Chamberlain, 1990) comparait ainsi 16 jeunes âgés de 13 à 18 ans placés dans un centre « rééducatif » à 16 jeunes dans une OFTC, appariés pour l'âge, le sexe, et la date d'admission dans le programme thérapeutique. Les jeunes bénéficiant de l'OFTC étaient plus compliants à la prise en charge, s'en soustrayaient moins fréquemment et allaient plus souvent que les autres au terme du programme de traitement. De plus, durant le suivi à 2 ans, un nombre total de journées d'incarcération plus faible a été constaté. Fondée sur le même principe, la seconde étude, randomisée, portait sur 79 jeunes garçons âgés de 12 à 17 ans orientés soit vers une OFTC soit vers un « centre communautaire de soins spécialisés » (Chamberlain et Reid, 1998). Confirmant les résultats de la première étude, les jeunes bénéficiant d'une OFTC échappaient moins souvent à la prise en charge et allaient plus fréquemment au terme du programme de soins. De plus, durant l'année suivant l'admission dans les différents programmes, les jeunes du traitement OFTC ont passé un total de 59 jours chez leurs parents biologiques ou dans de la famille proche, contre 31 seulement pour les jeunes du programme classique. Les journées de détention à la suite d'actes délictueux ou violents étaient également deux fois moindre dans le cas de l'OFTC (53 jours contre 129 jours). Enfin, un an

après la fin du traitement, les jeunes ayant bénéficié d'une OFTC présentaient moins de récidives que les autres.

Comme pour les autres modèles de traitement présentés précédemment, une amélioration du comportement, une diminution de la délinquance et de la violence sont observées pour l'OFTC ; elles seraient directement liées et consécutives à la modification de l'environnement du jeune et de ses relations avec son environnement. Plus précisément, le changement dans la gestion familiale du comportement de l'enfant (lié au *parental training*) et la mise à distance de pairs « déviants » apparaissent comme les éléments déterminants de l'amélioration générale (Eddy et Chamberlain, 2000). Ces changements consistent en une supervision et une implication plus importantes des parents, une discipline, un cadre, des limites et une relation positive et constructive avec l'adulte (Huey et coll., 2000).

Thérapies basées sur l'enfant

La majorité des interventions ciblant prioritairement les comportements agressif et antisocial de jeunes présentant un trouble des conduites (*Individually focused interventions*) ont pour objectif d'améliorer les compétences sociales de ces jeunes, c'est-à-dire leurs aptitudes à la sociabilité. Cela peut se faire en utilisant des techniques cognitives et comportementales, comme le « *problem-solving skills training* » (entraînement à la résolution de problèmes). Cette approche est fondée sur le constat que les jeunes présentant un trouble des conduites ont souvent des distorsions voire des déficits cognitifs. Ils interprètent l'environnement et le comportement d'autrui de manière le plus souvent erronée et incomplète, leur attribuant une hostilité actée ou intentionnelle, qui va générer chez eux un comportement agressif. En travaillant, individuellement avec un thérapeute, à modifier cette perception, à adopter un comportement adapté et approprié dans les situations interpersonnelles, le jeune apprend à élaborer des stratégies de résolution de problèmes (Kazdin, 1996). Les solutions prosociales sont encouragées et favorisées par le thérapeute, grâce à des jeux de rôle, des mises en situation avec accompagnement, un renforcement direct à la fois positif mais aussi par des punitions symboliques (perte de points par exemple). Plusieurs études ont montré une réduction significative et durable (1 an), par cette technique, des comportements agressifs et antisociaux au domicile et à l'école chez des pré-adolescents (Kazdin et coll., 1987 a et b ; Kazdin et coll., 1992 ; Kazdin et Wassell, 2000).

De manière plus générale, Bennett et Gibbons (2000) ont réalisé une méta-analyse de 30 études concernant l'efficacité de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) chez l'enfant et l'adolescent présentant un comportement antisocial. Plus spécifiquement, le but de cette étude était d'évaluer

l'efficacité d'interventions cognitivo-comportementales ciblées sur l'enfant (à la différence des programmes précédemment cités basés sur la famille) par rapport à des sujets témoins ne recevant aucun traitement, ou sur liste d'attente de traitement. Les résultats de cette étude suggèrent que les TCC utilisées seules chez l'enfant ont globalement un effet léger à modéré sur les comportements antisociaux, et seraient plus efficaces chez les sujets à partir de 10-11 ans. Ces interventions basées sur l'enfant apparaissent par ailleurs plus efficaces quand elles sont associées à des programmes parentaux.

En conclusion, depuis la revue de Chamberlain et Rosicky (1995), des études supplémentaires ont fait la démonstration de l'intérêt et d'un degré affirmé d'efficacité des traitements basés sur la famille chez les jeunes présentant un trouble des conduites. Les autorités fédérales nord-américaines (*Surgeon General*) recommandent ces modalités de prise en charge, qui ont été évaluées à court et long terme, à la fois sur le plan thérapeutique par des méthodologies contrôlées, mais aussi en terme économique (coût de la thérapie, bénéfice lié à la diminution des taux de récidives...). Ces thérapies interviennent de manière fondamentale au travers de modifications de l'environnement familial, mais également sur tous les liens avec les autres systèmes dans lesquels évolue le jeune : le milieu scolaire, les rapports avec les jeunes du milieu habituel. Différents auteurs évoquent la dimension « écologique » de ces prises en charge qui misent sur l'importance de l'influence des environnements divers dans la genèse du trouble des conduites et de son maintien.

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDER JF, PARSONS BV. Functional family therapy: Principles and procedures. Brooks/Cole, Carmel, CA 1982

ALEXANDER JF, BARTON C, GORDON D, GROTPETER J, HANSSON K, HARRISSON R. Blueprints for violence prevention, book three: Functional Family Therapy (FFT). Center for the Study and Prevention of Violence, Boulder, CO 1998

ALEXANDER JF, SEXTON TL. Functional family therapy (FFT) as an integrative, mature clinical model for treating high risk, acting out youth. In : Comprehensive textbook of psychotherapy. LEBOW J ed, volume IV: Integrative/Eclectic, John Wiley, New York, 2002 : 111-132

BENNETT DS, GIBBONS TA. Efficacy of child cognitive-behavioral interventions for antisocial behavior: a meta-analysis. *Child Fam Behav Ther* 2000, 22 : 1-15

BORDUIN CM, MANN BJ, CONE LT, HENGGELER SW, FUCCI BR et coll. Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: long-term prevention of criminality and violence. *J Consult Clin Psychol* 1995, 63 : 569-578

BORDUIN CM. Multisystemic treatment of criminality and violence in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, **38** : 242-249

BRESTAN EV, EYBERG SM. Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *J Clin Child Psychol* 1998, **27** : 180-189

CHAMBERLAIN P. Comparative evaluation of specialized foster care for seriously delinquent youths: A first step. *Community Alternatives: Int J Fam* 1990, **2** : 21-36

CHAMBERLAIN P, ROSICKY JG. The effectiveness of family therapy in the treatment of adolescents with conduct disorders and delinquency. *J Marital Fam Ther* 1995, **21** : 441-459

CHAMBERLAIN P. Intensified foster care: Multi-level treatment for adolescents with conduct disorders in out-of-home care. In : *Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. HIBBS ED, JENSEN PS eds, APA, Washington, DC, 1996 : 475-496

CHAMBERLAIN P, MIHALIC S. Blueprints for violence prevention, book eight: Multi-dimensionnal treatment foster care. Center for the Study and Prevention of Violence, Boulder, CO 1998

CHAMBERLAIN P, REID JB. Comparison of two community alternatives to incarceration for chronic juvenile offenders. *J Consult Clin Psychol* 1998, **66** : 624-633

EDDY JM, CHAMBERLAIN P. Family management and deviant peer association as mediators of the impact of treatment condition on youth antisocial behavior. *J Consult Clin Psychol* 2000, **68** : 857-863

FONAGY P, KURTZ A. 'Disturbance of Conduct'. In : *What Works for Whom? A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents*. FONAGY P, TARGET M, COTTRELL D, PHILLIPS J, KURTZ Z eds, The Guilford Press, 2002 : 106-192

GORDON DA, ARBUTHNOT J, GUSTAFSON KE, MCGREEN P. Home-based behavioral-systems family therapy with disadvantaged juvenile delinquents. *Am J Fam Ther* 1988, **16** : 243-255

HENGGELER SW, BORDUIN CM. Family therapy and beyond: a multisystemic approach to treating the behavior problems of children and adolescents. Pacific Grove, CA, Brooks Cole 1990

HENGGELER SW, BORDUIN CM, MANN BJ. Advances in family therapy: empirical foundations. *Adv Clin Child Psychol* 1993, **15** : 207-241

HENGGELER SW, SHEIDOW AJ. Conduct disorder and delinquency. *J Marital Fam Ther* 2003, **29** : 505-522

HUEY SJ, HENGGELER SW, BRONDINO MJ, PICKEL SG. Mechanisms of change in multisystemic therapy: reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *J Consult Clin Psychol* 2000, **68** : 451-467

KAZDIN AE, WEISZ JR. Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *J Consult Clin Psychol* 1998, **66** : 19-36

KAZDIN AE, ESVELDT-DAWSON K, FRENCH NH, UNIS AS. Effects of parent management training and problem-solving skills training combined in the treatment of antisocial child behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987a, **26** : 416-424

KAZDIN AE, ESVELDT-DAWSON K, FRENCH NH, UNIS AS. Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *J Consult Clin Psychol* 1987b, **55** : 76-85

KAZDIN AE, SIEGEL TC, BASS D. Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *J Consult Clin Psychol* 1992, **60** : 733-747

KAZDIN AE. Problem solving and parent management in treating aggressive and antisocial behavior. In : *Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. HIBBS ED, JENSEN PS eds, APA, Washington, DC, 1996 : 377- 408

KAZDIN AE, WASSELL G. Therapeutic changes in children, parents, and families resulting from treatment of children with conduct problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, **39** : 414-420

MIHALIC S, IRWIN K, ELLIOTT D, FAGAN A, HANSEN D. Blueprints for violence prevention. Center for the Study of Violence Prevention, Boulder, CO 2001

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. Blueprint for change: Research on child and adolescent mental health. National advisory mental health council. Workgroup on child and adolescent mental health intervention development and deployment. Washington, DC 2001a

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. Youth violence: a report of the Surgeon General. Washington, DC 2001b

PATTERSON GR. Living with children: New methods for parents and teachers. Rev. ed. Research Press, Champaign, IL 1976

TATE DC, REPPUCCI ND, MULVEY EP. Violent juvenile delinquents. Treatment effectiveness and implications for future action. *Am Psychol* 1995, **50** : 777-781

WEBSTER-STRATTON CH. Early intervention with videotape modeling: Programs for families of children with oppositional defiant disorder or conduct disorder. In : *Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. HIBBS ED, JENSEN PS eds, APA, Washington, DC, 1996 : 435-474

WEBSTER-STRATTON C, HAMMOND M. Treating children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training interventions. *J Consult Clin Psychol* 1997, **65** : 93-109