

Offrir une pratique éclairée par des données probantes aux enfants maltraités et à leurs soignants

Cailey Hartwick, Ph.D., R. Psych.

Jessica Switzer, Ph.D., R. Psych.

Service de l'enfance maltraitée

Programme

- Service de l'enfance maltraitée (SEM) – Une introduction
- Qu'est-ce qu'un traitement « éclairé par des données probantes »?
- Comment choisir un traitement
- Profil de trois traitements éclairés par des données probantes :
 - Thérapie comportementale et cognitive axée sur le traumatisme (TCC-AT)
 - Thérapie comportementale dialectique destinée aux adolescents (TCD-A)
 - Connect Parent Group
- Moment, séquence et durée des traitements
- Questions

Service de l'enfance maltraitée



LUNA
CHILD AND YOUTH
ADVOCACY CENTRE

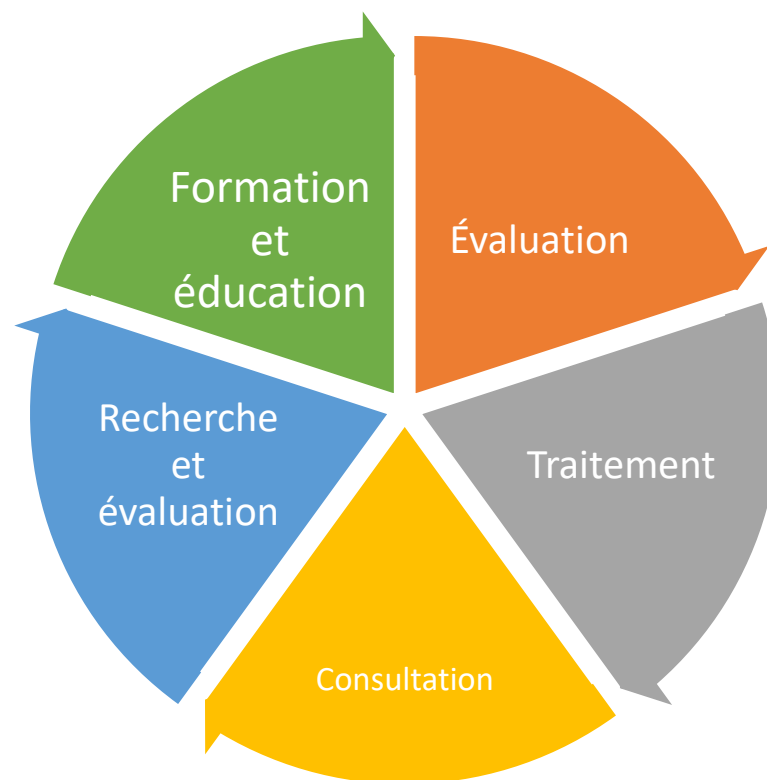


Service de l'enfance maltraitée (SEM)

Aiguillages

- Abus sexuels
- Violence physique
- Négligence

Rôle du SEM



Service de l'enfance maltraitée

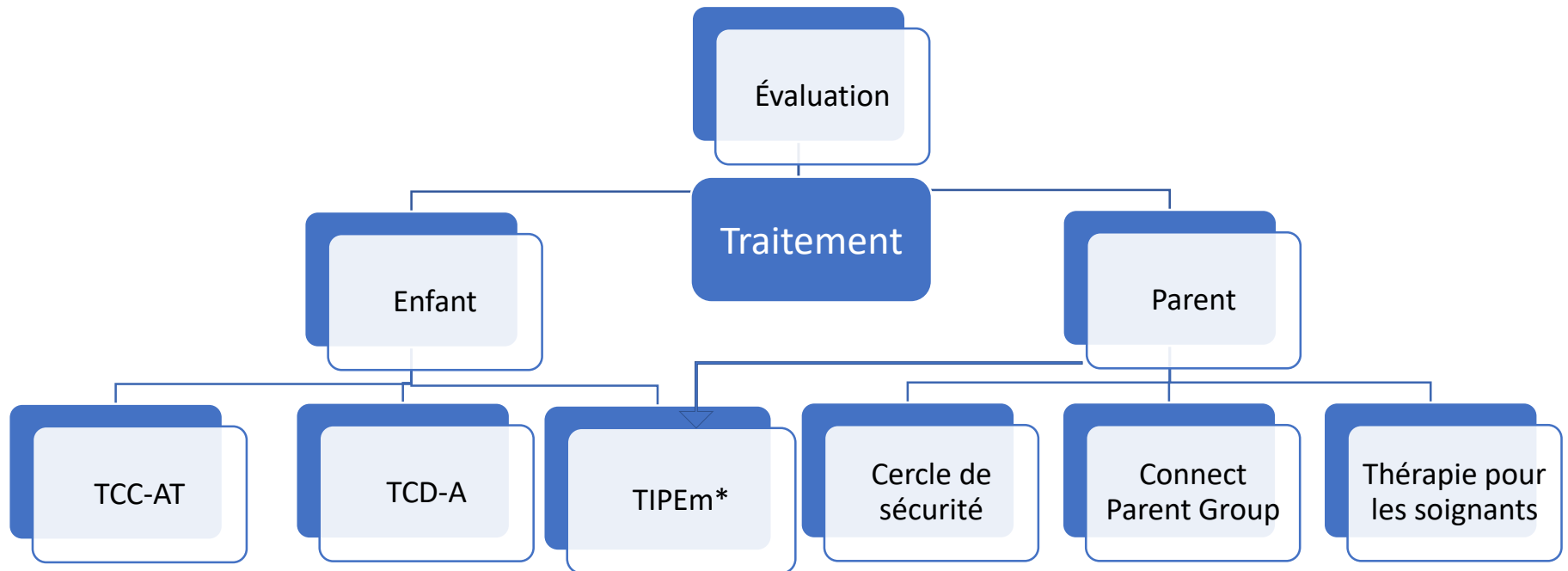
Enfants et jeunes (0 à 18 ans)

Équipe multidisciplinaire :

- Psychologie
- Travail social
- Thérapie familiale
- Soins infirmiers
- Soins médicaux

L'accent est mis sur les interventions à court terme, ciblées, axées sur des objectifs et éclairées par des données probantes.

En savoir plus sur ce que nous faisons au SEM



Lignes directrices nationales

- Ligne directrice 7 : Évaluation de la santé mentale et traitement recommandé
 - Des services de traitement et de santé mentale spécialisés, éclairés par des données probantes et axés sur les traumatismes, conçus pour répondre aux besoins uniques des enfants, des jeunes et des membres de leur famille non délinquants, sont essentiels à l'intervention de l'équipe multidisciplinaire.

Lignes directrices nationales

- Ligne directrice 7 : Évaluation de la santé mentale et traitement recommandé
 - Des services de traitement et de santé mentale spécialisés, éclairés par des données probantes et axés sur les traumatismes, conçus pour répondre aux besoins uniques des enfants, des jeunes et des membres de leur famille non délinquants, sont essentiels à l'intervention de l'équipe multidisciplinaire.

Lignes directrices nationales

- Ligne directrice 7 : Évaluation de la santé mentale et traitement recommandé
 - Des services de traitement et de santé mentale spécialisés, éclairés par des données probantes et axés sur les traumatismes, conçus pour répondre aux besoins uniques des enfants, des jeunes et des membres de leur famille non délinquants, sont essentiels à l'intervention de l'équipe multidisciplinaire.

Lignes directrices nationales

- Ligne directrice 7 : Évaluation de la santé mentale et traitement recommandé
 - Des services de traitement et de santé mentale spécialisés, éclairés par des données probantes et axés sur les traumatismes, conçus pour répondre aux besoins uniques des enfants, des jeunes et des membres de leur famille non délinquants, sont essentiels à l'intervention de l'équipe multidisciplinaire.

En quoi consiste la pratique fondée sur des données probantes?

- La pratique fondée sur des données probantes consiste à :
 - utiliser les meilleures données de recherche disponibles pour éclairer chaque étape de la prise de décision clinique et de la prestation de services.
 - suivre et évaluer les services fournis aux clients tout au long du traitement pour en déterminer les risques et les avantages.

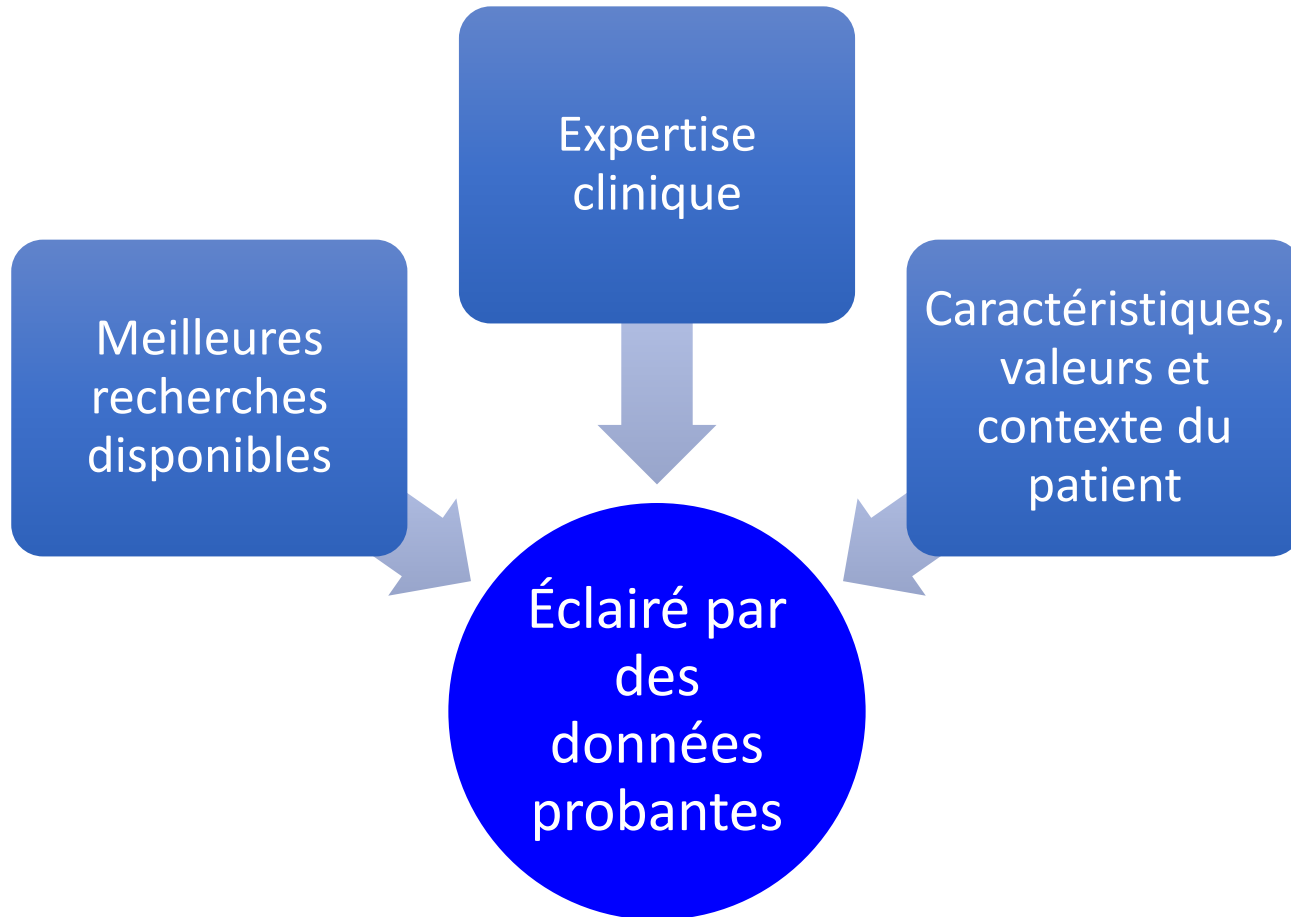
En quoi consiste la pratique fondée sur des données probantes?

- La pratique fondée sur des données probantes consiste à :
 - utiliser les **meilleures données** de recherche disponibles pour éclairer chaque étape de la prise de décision clinique et de la prestation de services.
 - suivre et évaluer les services fournis aux clients tout au long du traitement pour en déterminer les risques et les avantages.

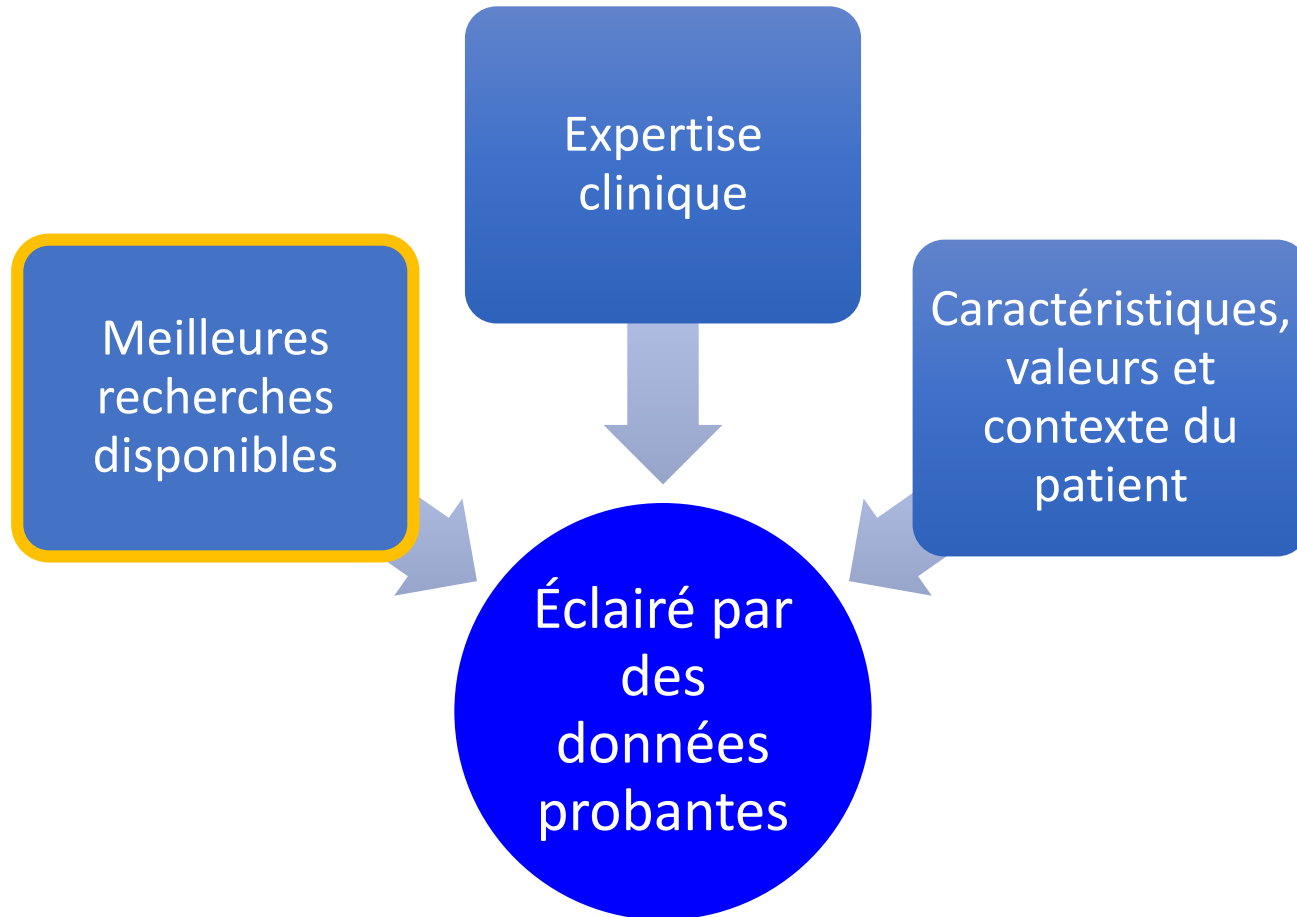
Qu'entend-on par l'expression « éclairé par des données probantes »?

- Fondé sur des données probantes c. Éclairé par des données probantes
 - « Éclairé par des données probantes » est la nouvelle expression qui met l'accent sur les données de recherche de haute qualité en tant que *partie* importante de l'offre d'interventions.

Pratique éclairée par des données probantes



Pratique éclairée par des données probantes



Points forts de la pratique éclairée par des données probantes

- Promouvoir l'apprentissage tout au long de la vie et la pensée critique
- Réduire les biais d'opinion
- Les données probantes montrent :
 - Une réduction des symptômes
 - L'impact à long terme de la thérapie
 - Le rapport coût-efficacité
 - L'amélioration du fonctionnement?

Points faibles de la pratique éclairée par des données probantes

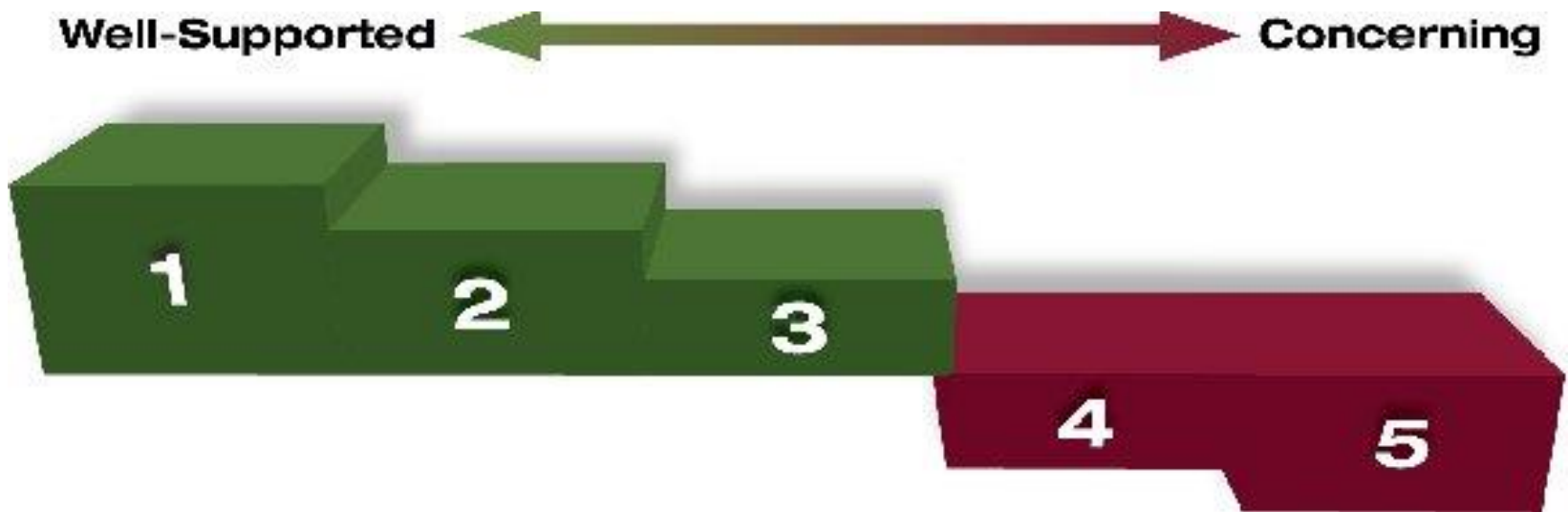
- La formation et le maintien des connaissances peuvent être coûteux et prendre du temps.
- La recherche a tendance à mettre l'accent sur la réduction des symptômes et pas toujours sur l'amélioration du fonctionnement (différence statistique par rapport à la différence clinique).
- Les données peuvent involontairement se concentrer sur des clients plus idéaux qui ont accepté de participer à la recherche.

Mythes concernant la pratique éclairée par des données probantes

- Traitements de type « livre de recettes » ou « manuel »
 - Flexibilité et fidélité
- Les valeurs des clients sont ignorées pour adhérer à l'intervention éclairée par des données probantes.
 - Valeurs c. préférences

Comprendre les données issues de la recherche

California Evidence Based Clearinghouse for Child welfare:
<http://www.cebc4cw.org>





THE CALIFORNIA EVIDENCE-BASED
CLEARINGHOUSE
FOR CHILD WELFARE
Information and Resources for Child Welfare Professionals



Home



Program Registry



Implementation



Find Programs

About Us

Resources

What's New

Contact the CEBC

Sign up for The CEBC Connection

Welcome to the CEBC: California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare

The mission of the California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC) is to advance the effective implementation of evidence-based practices for children and families involved with the child welfare system.

For information on our sister project, the California Training Institute (CalTrin), please visit www.CalTrin.org.



View Programs

- Searchable database of child welfare related programs.
- Description and information on research evidence for specific programs.



Select and Implement Programs

- Guidance on how to make critical decisions regarding selecting and implementing programs
- Tools and materials to provide support for choosing, implementing and sustaining a program.

Program Registry

The goal of the CEBC Program Registry is to provide a searchable database of programs that can be utilized by professionals that serve children and families involved with the child welfare system.



Find a Program



Using the CEBC - Info Guides



CEBC Review Process



Understanding Evidence-Based Practices

List of Topic Areas

To see the Topic Areas clustered into groups based on types of services highlighted, please click [here](#).

Select a topic area to view the programs that have been reviewed and rated

filter topics

- [Alternatives to Long-Term Residential Care Programs](#)
- [Anger Management Treatment \(Adult\)](#)
- [Anxiety Treatment \(Child & Adolescent\)](#)
- [Attachment Interventions \(Child & Adolescent\)](#)
- [Behavioral Management Programs for Adolescents in Child Welfare](#)
- [Bipolar Disorder Treatment \(Child & Adolescent\)](#)
- [Casework Practice](#)
- [Child Welfare Workforce Development and Support Programs](#)
- [Commercial Sexual Exploitation of Children and Adolescents: Services for Victims](#)
- [Depression Treatment \(Adult\)](#)
- [Depression Treatment \(Child & Adolescent\)](#)
- [Developmental and Autism Spectrum Disorder Interventions \(Child & Adolescent\)](#)
- [Disruptive Behavior Treatment \(Child & Adolescent\)](#)
- [Domestic/Intimate Partner Violence: Batterer Intervention Programs](#)
- [Domestic/Intimate Partner Violence: Services for Victims and their Children](#)
- [Educational Interventions for Children and Adolescents in Child Welfare](#)
- [Family Stabilization Programs](#)

[Home](#) < [Programs](#) <

List of Topic Areas

To see the Topic Areas clustered into groups based on types of services highlighted, please click [here](#).

Select a topic area to view the programs that have been reviewed and rated

trauma



- [Trauma Treatment \(Adult\)](#)
- [Trauma Treatment - Client-Level Interventions \(Child & Adolescent\)](#)
- [Trauma Treatment - System-Level Programs \(Child & Adolescent\)](#)

Topic: Trauma Treatment - Client-Level Interventions (Child & Adolescent)

Definition for Trauma Treatment - Client-Level Interventions (Child & Adolescent):

Trauma Treatment - Client-Level Interventions (Child & Adolescent) are defined by the CEBC as interventions designed to help an individual process a trauma or multiple traumas they have experienced and learn how to cope with the feelings associated with the experience (e.g., fear, posttraumatic stress, anxiety, depression, etc.). Click [here](#) to see the overall Trauma Treatment (Child & Adolescent) topic area page.

Please note that interventions for anxiety that do not include a Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) or trauma focus can be found in the [Anxiety Treatment topic area](#).

Scientific Ratings in this topic:

- ✓ 1 - Well-Supported by Research Evidence
- ✓ 2 - Supported by Research Evidence
- ✓ 3 - Promising Research Evidence
- 4 - Evidence Fails to Demonstrate Effect
- 5 - Concerning Practice
- ✓ NR - Not able to be Rated

[Learn more about the scale](#)

- **Target population:** Children and adolescents who have experienced trauma. A diagnosis of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is not required.
- **Services/types that fit:** Typically outpatient services, such as individual, family, or group
- **Delivered by:** Mental health professionals
- **In order to be included:** Program must specifically target trauma treatment as a goal
- **In order to be rated:** There must be [research evidence](#) (as specified by [Scientific Rating Scale](#)) that examines trauma-related outcomes, such as changes in symptom levels, behaviors, and/or functioning

Programs in this Topic Area

The programs listed below have been reviewed by the CEBC and, if appropriate, been rated using the Scientific Rating Scale.

✓ Three Programs with a Scientific Rating of 1 - Well-Supported by Research Evidence:

[Hide search result descriptions](#)

[compare \(?\)](#)

[Eye Movement Desensitization and Reprocessing \(EMDR\) \[Trauma Treatment - Client-Level Interventions \(Child & Adolescent\)\]](#)



Children and adolescents who have experienced trauma; research has been conducted on posttraumatic stress disorder (PTSD), posttraumatic stress, phobias, and ...

[Prolonged Exposure Therapy for Adolescents \(PE-A\)](#)



Adolescents who have experienced a trauma (e.g., sexual assault, car accident, violent crimes, etc.); has also been used with ...

[Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy \(TF-CBT\)](#)



Children with a known trauma history who are experiencing significant posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms, whether or not they meet ...

✓ Two Programs with a Scientific Rating of 2 - Supported by Research Evidence:

[Hide search result descriptions](#)

[compare \(?\)](#)

[Child-Parent Psychotherapy \(CPP\)](#)



Children age 0-5, who have experienced a trauma, and their caregivers

[Fostering Healthy Futures - Preteen \(FHF-P\)](#)



Preadolescent children (ages 9-11) who have current or previous child welfare involvement due to one or more adverse childhood experiences (...)

✓ 19 Programs with a Scientific Rating of 3 - Promising Research Evidence:

[Hide search result descriptions](#)

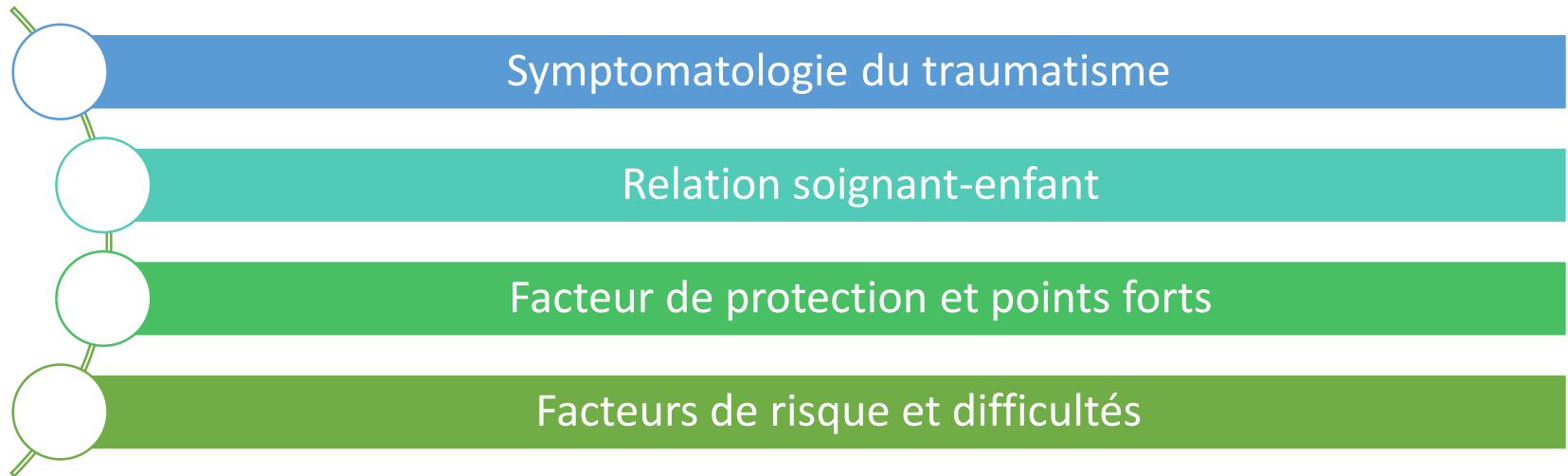
[compare \(?\)](#)

[Alternatives for Families: A Cognitive-Behavioral Therapy \(AF-CBT\)](#)



Choisir un traitement éclairé par des données probantes : Évaluation

Évaluation dans le but de déterminer les soutiens thérapeutiques appropriés



Méthodes d'évaluation



Mesures formelles et standardisées du fonctionnement et de la relation entre l'enfant et la personne qui s'en occupe.

- p. ex. CPSS-5, DERS, BASC-3, BASC-PRQ



Observation du comportement

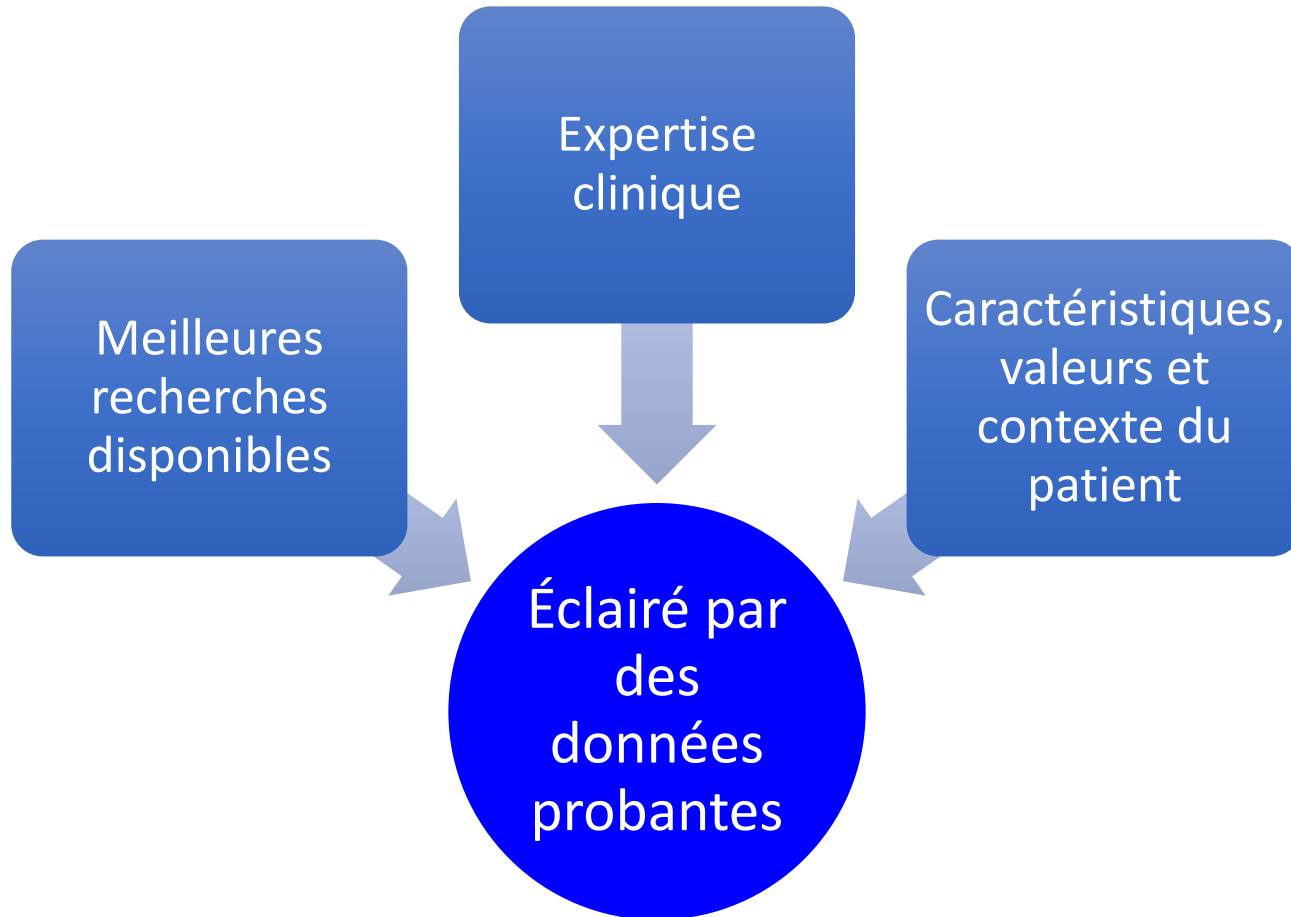


Entrevues cliniques

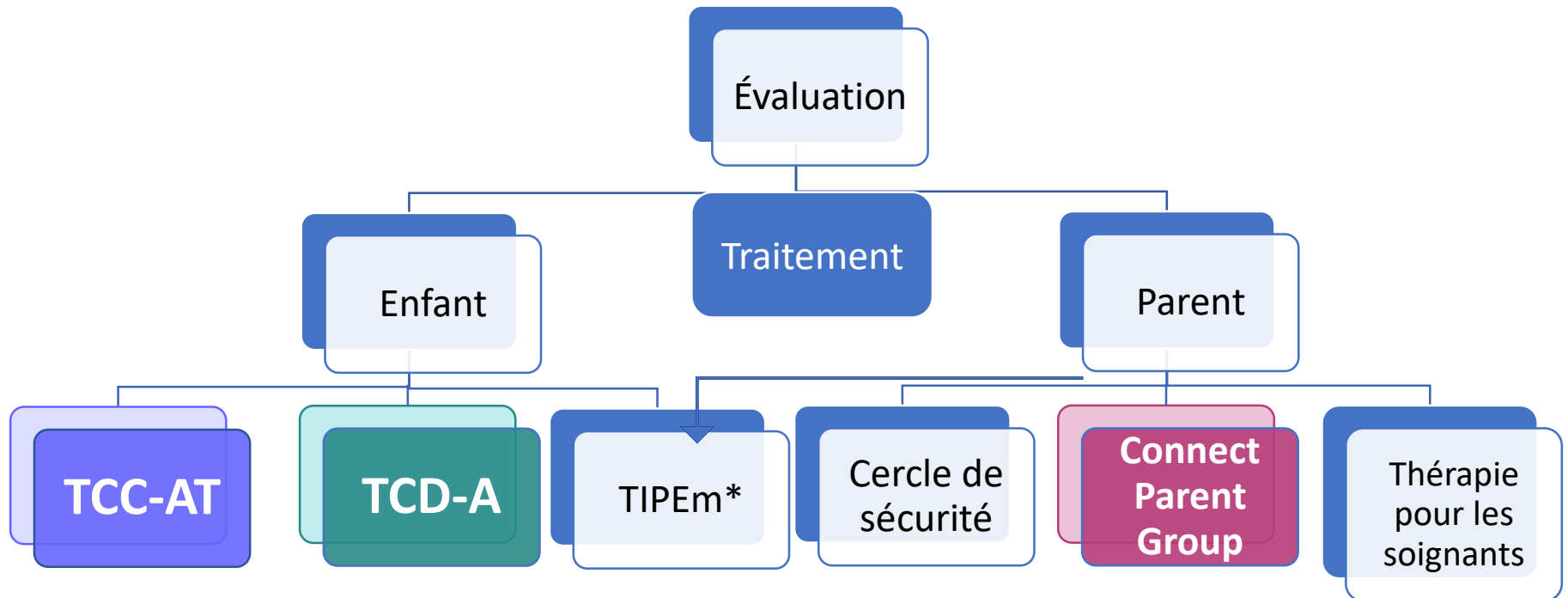


Collecte de documentation auxiliaire (plusieurs répondants)

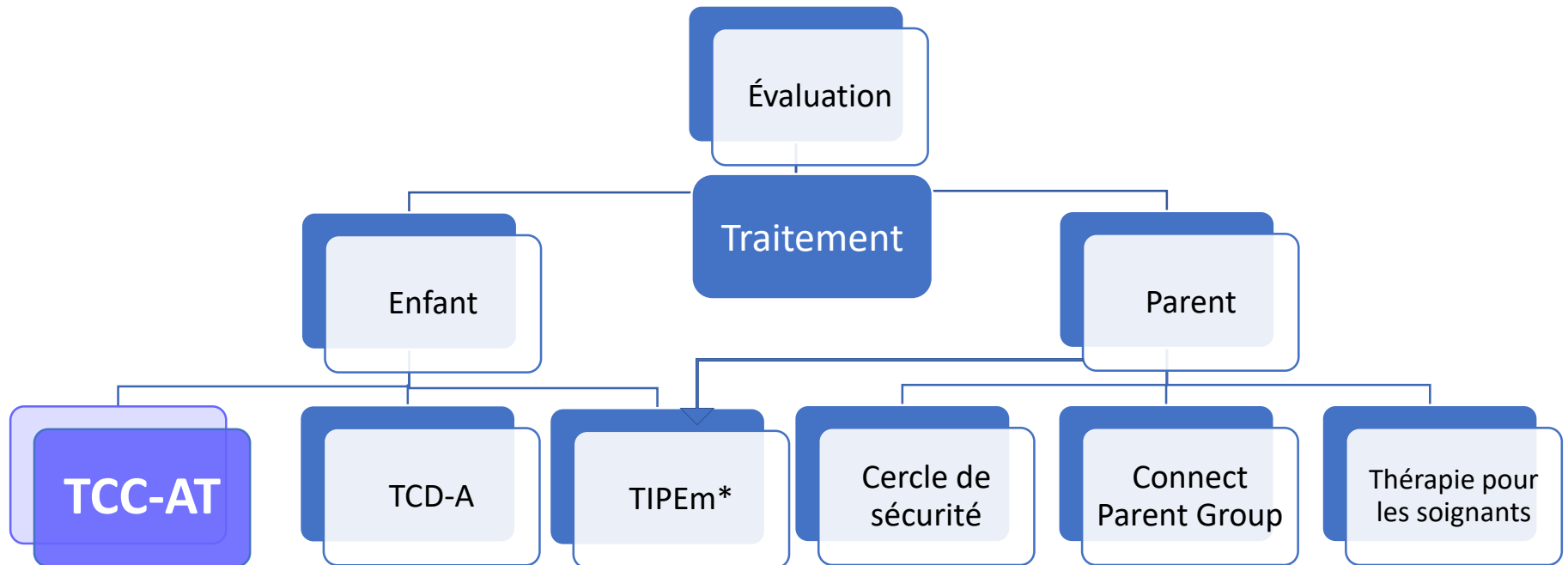
Pratique éclairée par des données probantes



Profil de trois traitements fondés sur des données probantes (TFDP)



Profil de trois traitements fondés sur des données probantes (TFDP) : TCC-AT



Thérapie comportementale et cognitive axée sur le traumatisme

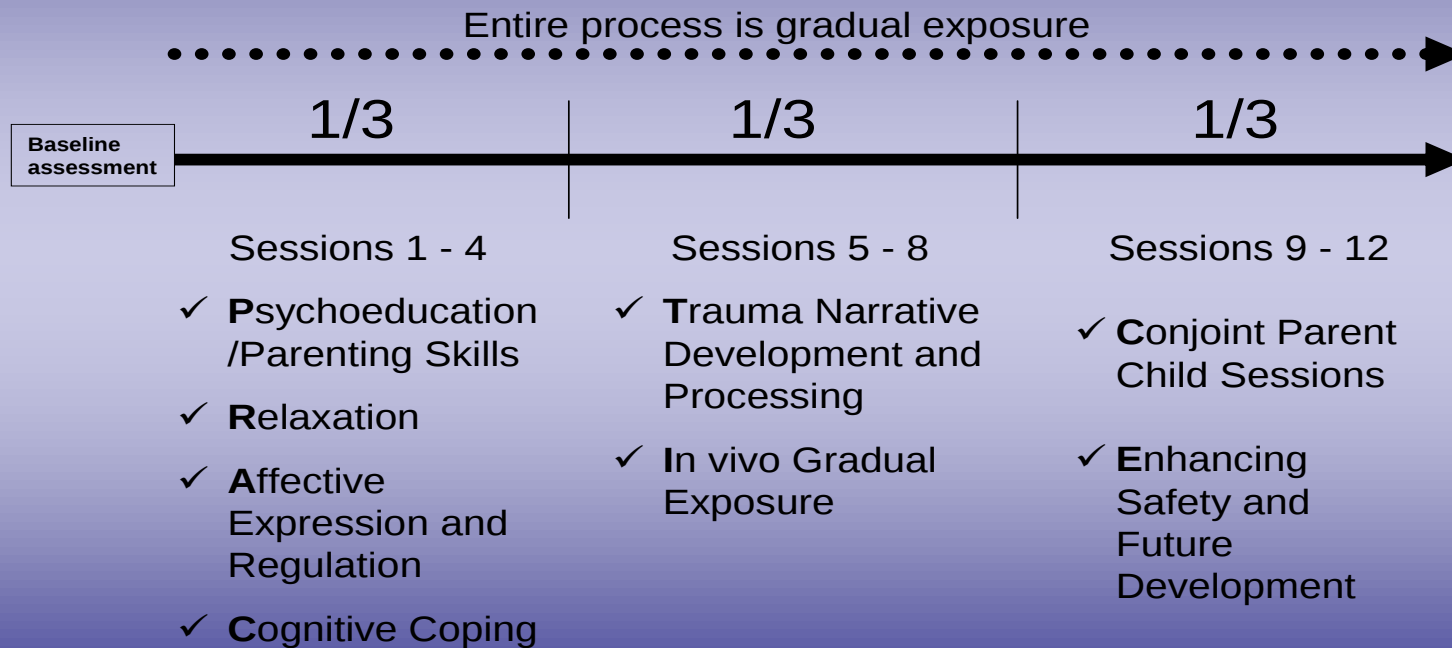
DE QUOI S'AGIT-IL?



TCC-AT

- Tranche d'âge : Enfants d'âge préscolaire à jeunes de 18 ans
- L'enfant se souvient d'un événement traumatisant.
- Il éprouve des symptômes et/ou de la détresse :
 - Symptômes de TSPT : Ré-expérience, hyperexcitation, peur, évitement.
 - Sentiments de culpabilité, de culpabilité personnelle, de honte, de confusion ou de dépression liés au traumatisme.
- Le soignant soutient l'enfant.
- Le soignant participe activement au traitement.
- L'enfant n'a pas de contact avec l'agresseur*.

TF-CBT Sessions Flow



**Mon parcours
de
traitement!**



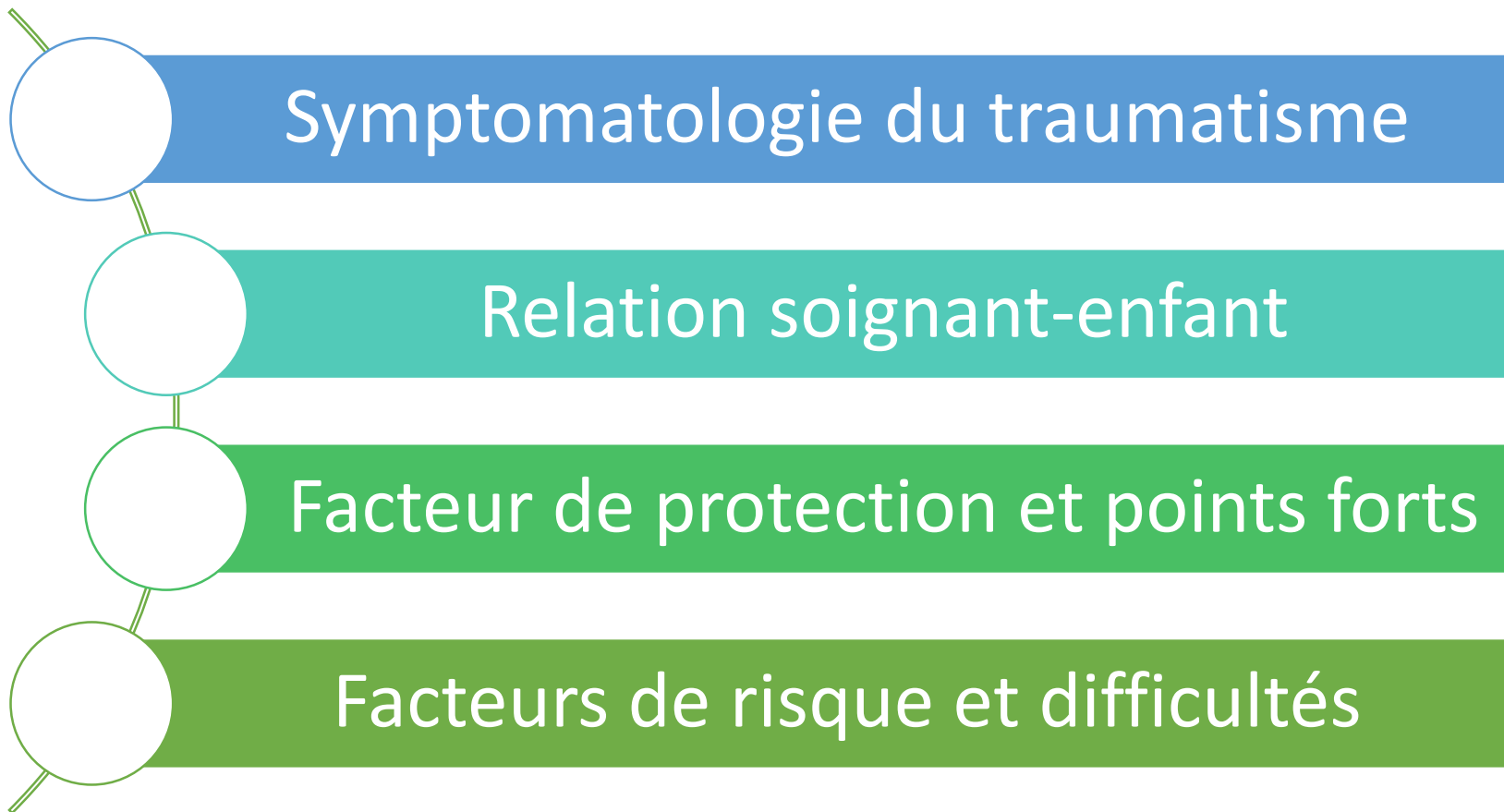
TCC-AT

- Une forme de thérapie d'exposition graduelle avec amélioration des compétences.
- Permet à l'enfant de faire l'expérience des sentiments, pensées et souvenirs négatifs associés au traumatisme, à petites doses, dans un environnement sûr et contrôlé.
- L'objectif est que l'enfant soit capable de tolérer les souvenirs traumatisants sans éprouver de détresse émotionnelle importante.

TCC-AT : Récit du traumatisme

- L'enfant raconte son histoire progressivement au fil des séances.
- Augmentation des détails sur les pensées et les sentiments pendant le traumatisme.
- La gestion du stress est utilisée tout au long du récit.
- Traitement cognitif et restructuration : Remettre en question les attributions erronées et les croyances déformées ou inutiles de l'enfant.
- L'enfant partage le récit du traumatisme avec le soignant.

Suivi des progrès – Réévaluer



TCC-AT : Données issues de la recherche

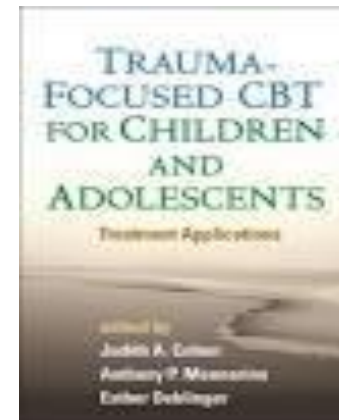
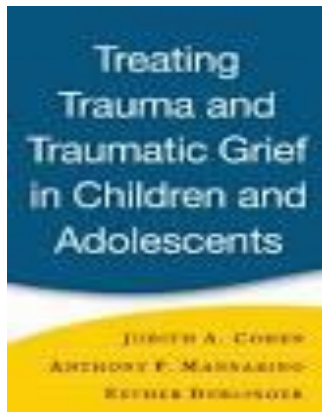
- Considérée comme le traitement le plus solide et le plus efficace pour les enfants qui ont été maltraités ou traumatisés.
- Les résultats comprennent une amélioration des symptômes de traumatisme, de la dépression et des problèmes de comportement par rapport aux traitements non directifs, à la fois immédiatement et jusqu'à deux ans après le traitement.
- Améliorer la détresse, le soutien et la dépression des parents par rapport aux traitements de soutien non directifs.

La TCC-AT fonctionne-t-elle pour les clients d'un CAE?

- La TCC-AT est efficace auprès de la population d'enfants et de jeunes poly-victimisés et complexes du Service de l'enfance maltraitée.
 - Efficacité réduite avec l'augmentation de la chronicité de la maltraitance et des placements de vie progressivement éloignés des deux parents biologiques.
- Les enfants et les soignants signalent des changements conformes aux objectifs des différentes composantes de la thérapie comportementale et cognitive axée sur le traumatisme.
- Les enfants et les soignants sont très positifs quant à leur expérience de la thérapie comportementale et cognitive axée sur le traumatisme.
- Les thérapeutes sont très positifs quant à l'utilisation de la TCC-AT.
 - Structure et objectif
 - Flexibilité et fidélité; à adapter aux besoins de l'enfant et de la famille
 - Facilite le suivi des progrès.

Documents de référence de la TCC-AT

Cohen, J., Mannarino, A., & Deblinger, E. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. Guilford.



Cohen, J. , Mannarino, A., & Deblinger, E. (2012). *Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents: Treatment Applications*. Guilford.

Formation sur la TCC-AT

Formation en ligne d'introduction

<http://tfcbt.musc.edu/>

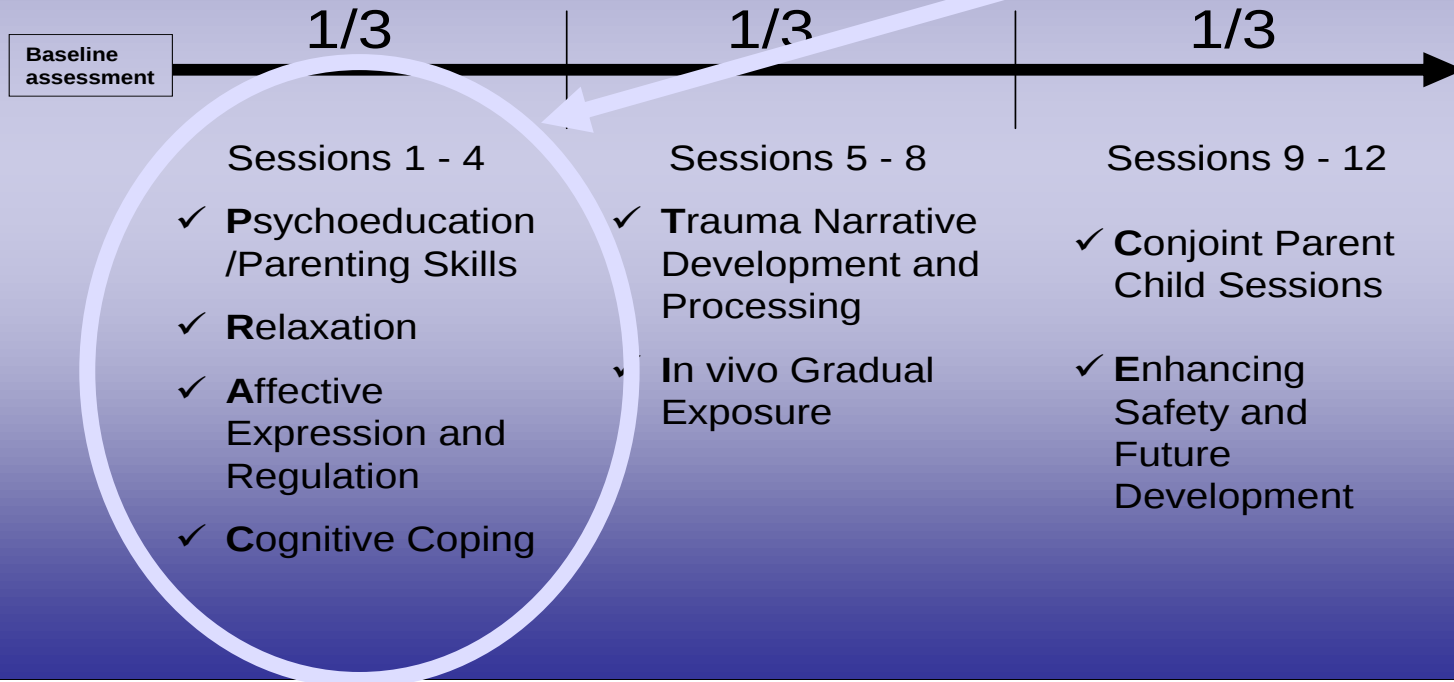
Processus de certification national (États-Unis)

<http://tfcbt.org>

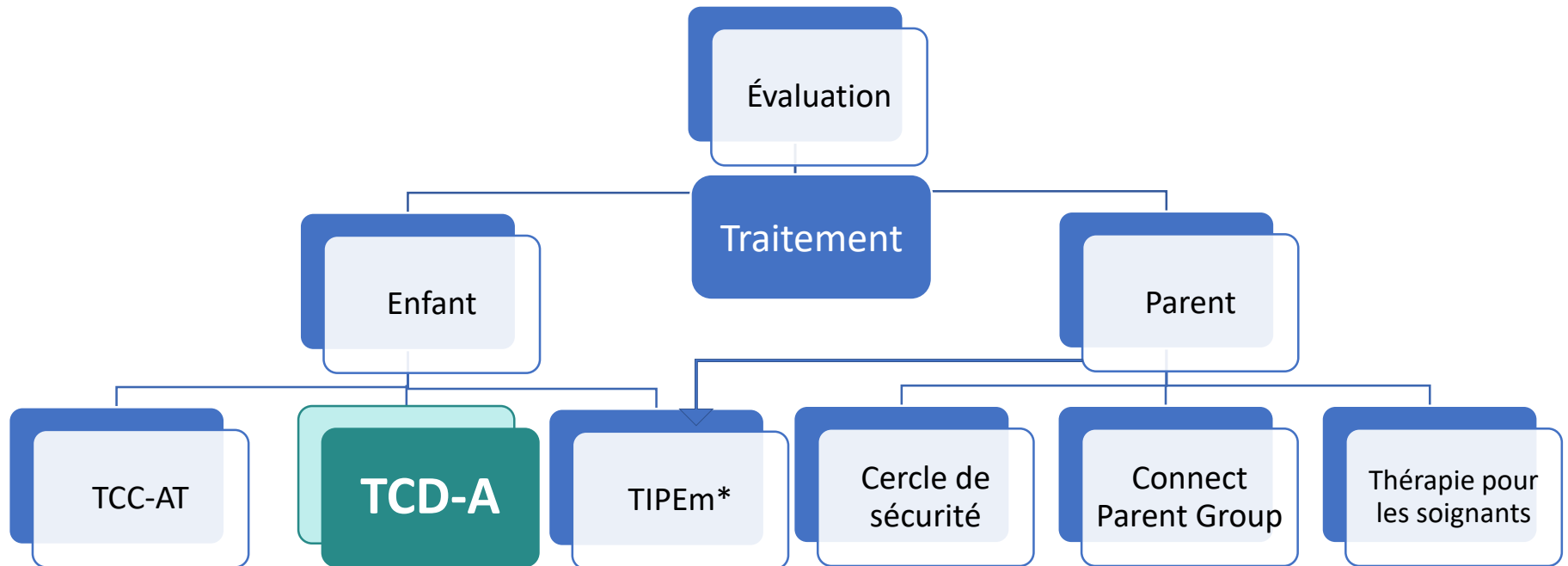
TF-CBT Sessions Flow

Que faire lorsque les compétences PRMAC (psychoéducation, relaxation, modulation des affects, adaptation cognitive) ne suffisent pas ou ne fonctionnent pas?

Entire process is gradual exposure

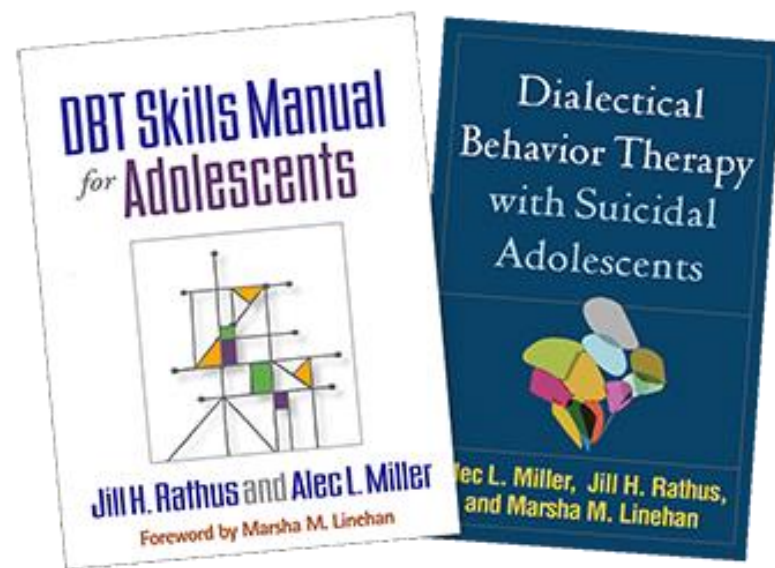


Profil de trois traitements fondés sur des données probantes : TCD-A



TCD-A : En quoi consiste-t-elle?

- Thérapie comportementale dialectique destinée aux adolescents (TCD-A)
 - Jeunes de 13 à 19 ans et soignants
- Traitement transdiagnostique du dérèglement des émotions
 1. Groupe de compétences multifamiliales de 24 semaines (2 heures par semaine)
 2. Thérapie individuelle hebdomadaire
 3. Coaching téléphonique, selon les besoins



TCD-A : À qui s'adresse-t-elle?

- **Trouble de la personnalité limite et traumatisme complexe**
- **Idées suicidaires et automutilation**
- **TSPT**
- **Problème de régulation des émotions**
- Troubles de l'alimentation
- Personnes nécessitant des services de psychiatrie légale
- **Humeur dépressive**
- Trouble bipolaire
- Trichotillomanie

(p. ex. Bohus et coll., 2000, 2004; Goldstein et coll., 2012; Lars et coll., 2014; Linehan et coll., 1991, 2006; Mason et coll., 2009; Palmer, 2003; Safer et coll., 2007; Telch, Agras et Linehan, 2000; Woodberry et Popenoe, 2008)

Dérèglement des émotions

- Théorie biosociale

1. Vulnérabilité biologique
2. Environnement invalidant

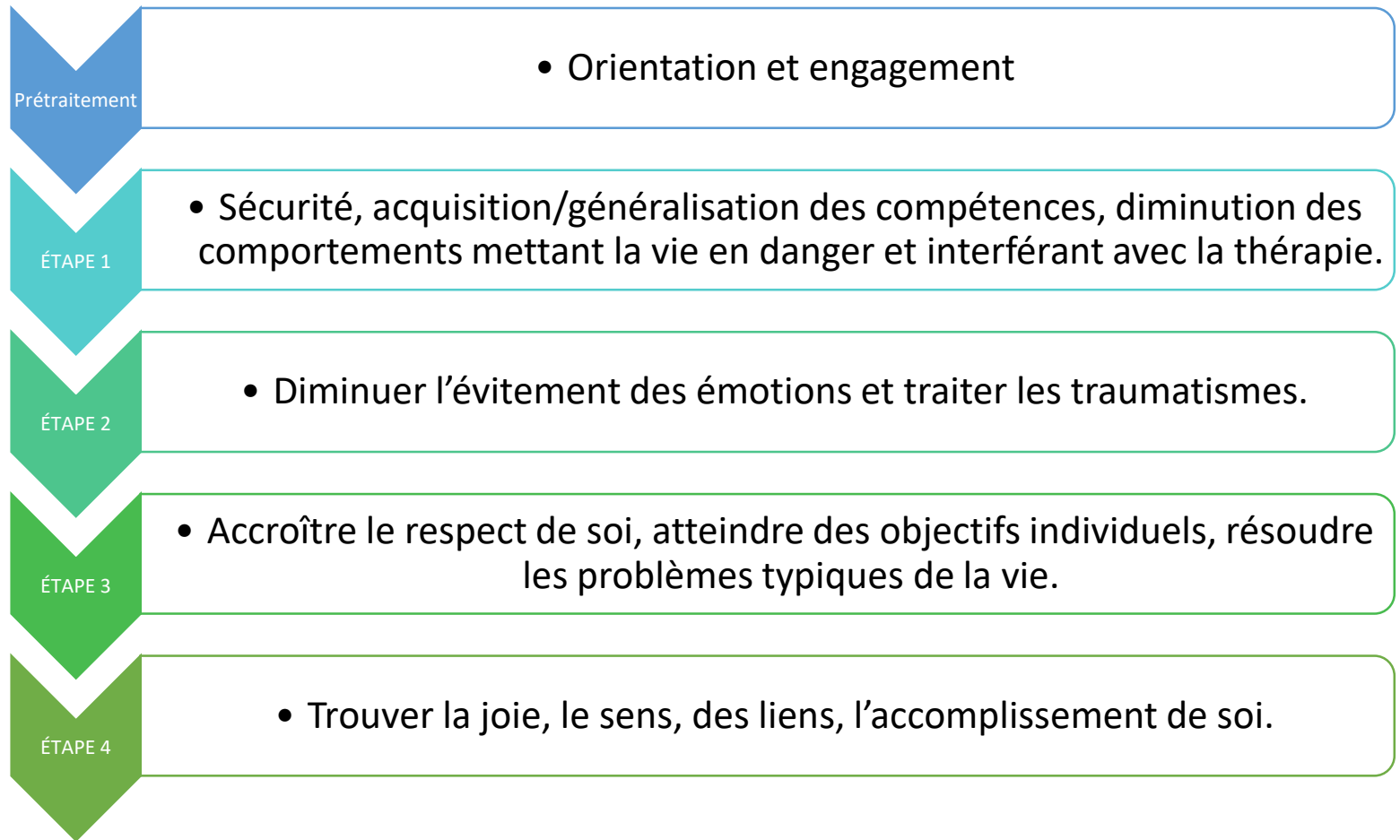


- Le dérèglement peut être de nature émotionnelle, interpersonnelle, comportementale ou cognitive.
- Comportements suicidaires, automutilation non suicidaire, comportements sexuels à haut risque, troubles de l'alimentation, consommation d'alcool et de drogues, conflits interpersonnels, pensée en noir et blanc, conflits interpersonnels.

TCD-A : En quoi est-elle différente de la TCC-AT?

- Trois différences essentielles par rapport à la TCC-AT :
 1. Acceptation et validation du comportement tel qu'il est dans l'instant; équilibre entre acceptation et changement.
 2. Traitement des comportements qui interfèrent avec la thérapie.
 3. Établissement d'une relation thérapeutique.
 4. Accent mis sur les processus dialectiques.

Étapes de traitement de la TCD-A





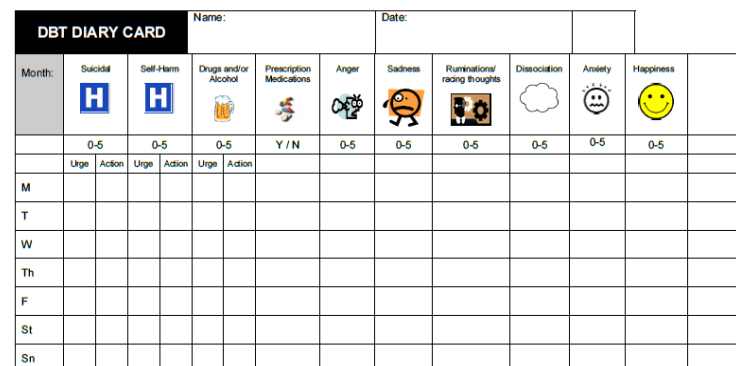
Réévaluer

Réévaluation de la symptomatologie

- L'objectif de l'étape 1 de la TCD-A est l'acquisition de compétences, la régulation des émotions et la stabilisation (et non pas directement les symptômes du traumatisme).
- Réévaluer la régulation des émotions (p. ex. échelle des difficultés de régulation des émotions) → soignant et jeune.
- Réévaluer les symptômes du traumatisme (p. ex. CPSS-5) → rapport du soignant et rapport du jeune.
- Préparation à l'exposition et au traitement des traumatismes?

- Sécurité, acquisition/généralisation des compétences, diminution des comportements mettant la vie en danger et interférant avec la thérapie.

Séances individuelles



Instructions: Mark X the days you worked on each skill.		M	T	W	Th	F	St	Su	NOTES
Mind Tune SS	1. Wise Mind								
	2. Mindfulness								
Distress Tolerance	3. ACCEPTS (distract)								
	4. Self-soothe/ IMPROVE								
	5. TIPP								
	6. Radical Acceptance								
Walking the Middle Path	7. Validate Self								
	8. Validate Someone Else								
	9. Think Dialectically (not Black/White)								
	10. Act Dialectically (walk middle path)								
Emotion Regulation	11. Identifying and Labeling Emotions								
	12. PLEASE (reduce emotion mind)								
	13. Engaging in Pleasant Activities								
	14. Working Toward Long-Term Goals								
	15. Acting Opposite to Current Emotion/ Urge								
Interpersonal Effectiveness	16. DEAR MAN (getting what you want)								
	17. GIVE (improving the relationship)								
	18. FAST (feeling effective and keeping self-respect)								
	19. THINK								

- Diminuer l'évitement des émotions et traiter les traumatismes.

- La TCD-A ne précise pas la méthode d'exposition et de traitement des traumatismes.
- Acceptation radicale
 - Comment aller de l'avant après un traumatisme?
 - Comment accepter la réalité quand elle ne me plaît pas, qu'elle n'est pas juste, qu'elle n'aurait pas dû arriver, etc.
- Dialectique
 - Apprendre à ressentir des émotions multiples et opposées ou à avoir des points de vue opposés en même temps aide à aller de l'avant et à s'en sortir.
 - Par exemple, je peux aimer ET haïr la personne qui m'a fait du mal; je peux chérir mon corps ET me sentir dégoûté, mes parents se soucient de moi ET ils n'ont pas vu ce qui se passait.

Recherche sur la TCD-A

- Adultes (TCD)

- Améliorer l'adhésion au traitement, diminuer le nombre de jours d'hospitalisation en psychiatrie et réduire la fréquence et la gravité des tentatives de suicide, de l'automutilation et des idées suicidaires (Bohus, Haaf et Simms, 2004; Linehan et coll., 1999, 2006; Lynch, Morse, Mendelson et Robins, 2003; Koons et coll., 2001; van den Bosch et coll., 2005; Verheul et coll., 2003)

- Adolescents (TCD-A)

- Diminuer l'automutilation et les idées suicidaires
- Une durée de traitement plus longue est associée à une plus grande réduction des symptômes du trouble de la personnalité limite (Kothgassner et coll., 2021)

- TCD pour le TSPT

- Femmes ayant subi des abus sexuels dans l'enfance (avec et sans trouble de la personnalité limite)
- Réduction des symptômes du TSPT (Bohus et coll., 2013)

Interventions pour améliorer la relation parent-enfant

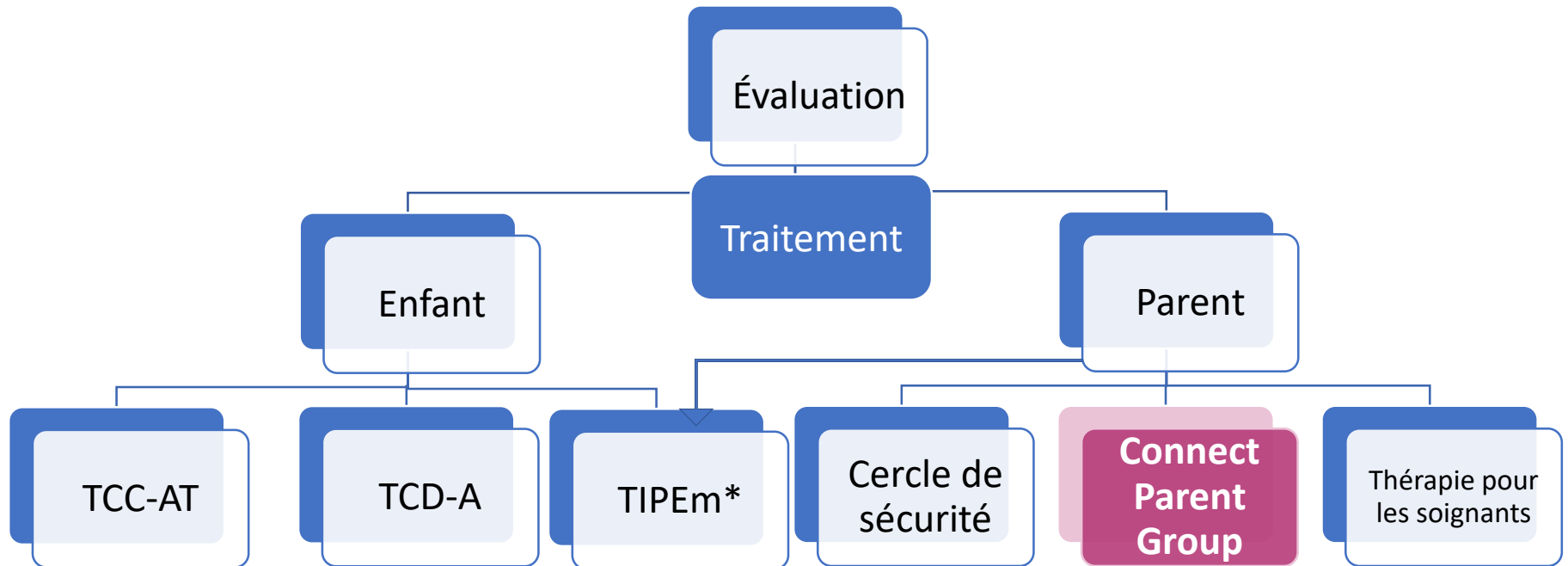
Justification

- Renforcement des capacités
 - Améliorer le soutien naturel
 - Nature développementale de l'impact de la maltraitance
- Stabilisation
- Généralisation aux autres frères et sœurs

Interventions en processus parallèle

Interventions fondées sur l'attachement

En savoir plus sur ce que nous faisons au SEM



Connect Parent Group

Groupe de traitements manuels pour les soignants

- Préadolescents (8 à 12 ans)
- Adolescents (13 à 17 ans)
- 10 séances X 1,5 heure
- Problèmes de comportement cliniquement significatifs

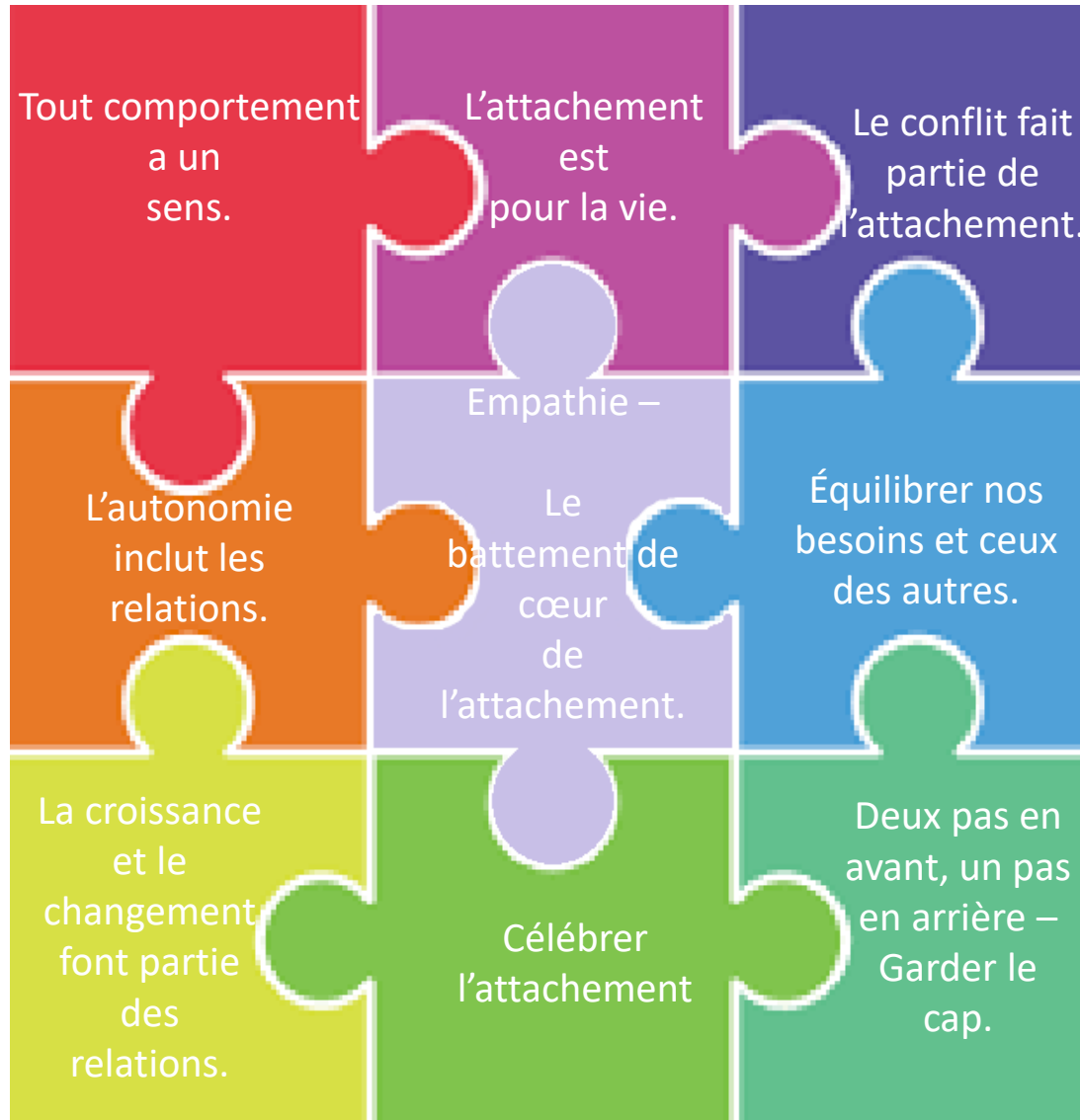
Buts du traitement : Renforcer l'attachement parent-adolescent et améliorer la régulation des émotions

- Connect Parent Group
- Connect for Kinship & Foster Parents
- Connect for Gender Diversity



Moretti & Connect Clinical Team, 2020

Principes CONNECT



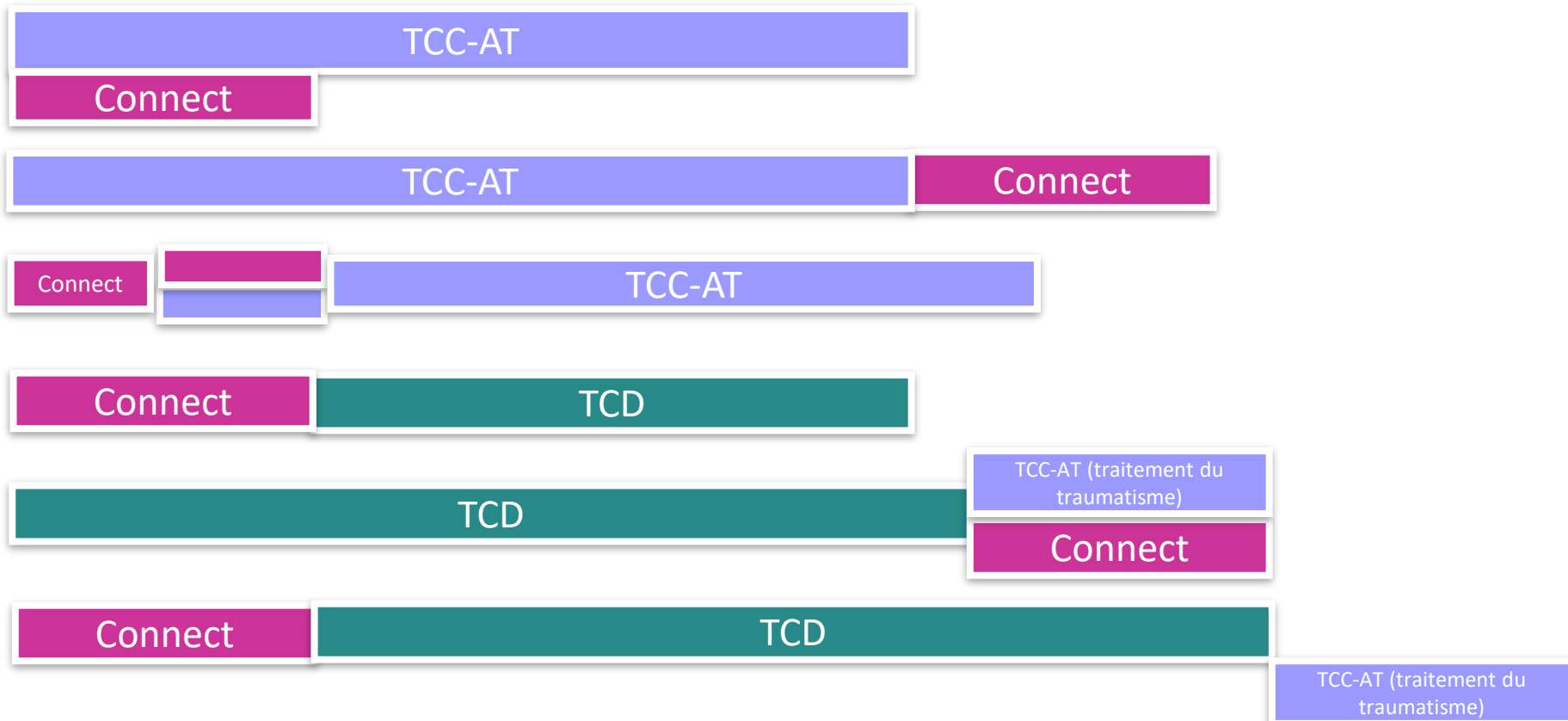
CONNECT Research

- Programme de recherche international actif
 - Connect Parent Group
 - Connect for Kinship & Foster Parents
 - Connect for Gender Diversity
- Disponible dans plusieurs pays et dans plusieurs langues différentes
- Réduction des comportements agressifs, des problèmes sociaux, des problèmes d'externalisation (Morretti et Obsuth, 2009; Osman et coll., 2017)
- Plus de positivité, d'équilibre et de sécurité dans l'opinion que les parents ont d'eux-mêmes, de l'adolescent et de la relation parent-adolescent
- Plus de compréhension, de confiance et d'assurance chez l'adolescent
- Évolution vers des relations enfants-parents plus sûres (Morretti, Obsuth, Mayseless et Scharf, 2012).
- Suivi de 2 ans :
 - Réduction constante des problèmes de comportement, des troubles de l'opposition, de l'intériorisation et du dérèglement chez les adolescents.
 - Augmentation de la satisfaction et de l'efficacité parentales (Högström et coll., 2016)

Interventions uniques, séquentielles ou à niveaux multiples?

L'orientation est éclairée par :

- Évaluation et réponse au traitement
- Établissement précoce de la tension dans la relation



Questions?

Références

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- CPA (2012). Evidence Based Practice of Psychological Treatments: A Canadian Perspective
- National Guidelines for Canadian Child Advocacy Centres/Child & Youth Advocacy Centres, October 2021
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., ... & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 487-499.
- Chaffin, M., Silovsky, J.F., Funderburk, B., Valle, L.A., Brestan, E.V., Balachova, T., Jackson, S., Lensgraf, J. & Bonner, B.L. (2004). Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 500-510.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New York: Guilford.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Deblinger, E. (Eds.) (2012). *Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents: Treatment Applications*. New York, New York: The Guilford Press.
- Fabrizia Giannotta , Enrique Ortega & Hakan Stattin (2012). An attachment parenting intervention to prevent adolescents problem behaviors: A pilot study in Italy. *Child Youth Care Forum*.
- Goodman, M., Carpenter, D., Tang, C. Y., Goldstein, K. E., Avedon, J., Fernandez, N., ... & Hazlett, E. A. (2014). Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 57, 108-116.
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1057-1067.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., ... & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior therapy*, 32(2), 371-390.
- Högström, J., Olofsson, V., Özdemir, M., Enebrink, P., & Stattin, H. (2017). Two-year findings from a national effectiveness trial: Effectiveness of behavioral and non-behavioral parenting programs. *Journal of abnormal child psychology*, 45, 527-542.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 757-766.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, 48(12), 1060-1064.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(1), 33-45.

Références (suite)

- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., ... & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry*, 53(10), 1082-1091.
- Moretti, M. (2020). *An Attachment-Based Treatment and Trauma Informed Program for Parents and Caregivers*.
- Moretti, M., & Obsuth, I. (2009). Effectiveness of an attachment-focused manualized intervention for parents of teens at risk for aggressive behaviour: The Connect Program. *Journal of Adolescence*, 32(6), 1347-1357.
- Moretti, M. M., Obsuth, I., Mayseless, O., & Scharf, M. (2012). Shifting internal parent-child representations among caregivers of teens with serious behaviour problems: An attachment-based approach. *Journal of Adolescent Trauma*, 5, 191-204.
- Osman et al., (2017). A Support Program for Somali-born Parents on Children's Behavioral Problems. *Pediatrics*, 139 (3) e20162764; DOI: 10.1542/peds.2016-276
- Rathus, J. & Miller, A. (2015). *DBT-A Skills Manual for Adolescents*. The Guildford Press, New York, NY.
- Safer, D. L., Couturier, J. L., & Lock, J. (2007). Dialectical behavior therapy modified for adolescent binge eating disorder: A case report. *Cognitive and behavioral practice*, 14(2), 157-167.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior therapy*, 31(3), 569-582.
- Valentine, S. E., Smith, A. M., & Stewart, K. (2020). A review of the empirical evidence for DBT skills training as a stand-alone intervention. *The handbook of dialectical behavior therapy*, 325-358.
- Van den Bosch, L. M., Koeter, M. W., Stijnen, T., Verheul, R., & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, 43(9), 1231-1241.
- Verheul, R., Van Den Bosch, L. M., Koeter, M. W., De Ridder, M. A., Stijnen, T., & Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *The British journal of psychiatry*, 182(2), 135-140.
- Woodberry, K. A., & Popenoe, E. J. (2008). Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive and behavioral practice*, 15(3), 277-286.