



HAL
open science

Efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) chez l'adolescent

A.H. Boudoukha, Hélène Denis, Thomas Villemonteix

► **To cite this version:**

A.H. Boudoukha, Hélène Denis, Thomas Villemonteix. Efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) chez l'adolescent : une revue synthétique des principaux programmes probants.. Emc Psychiatrie, A paraître, 10.1016/S0246-1072(23)43625-5 . hal-04369475

HAL Id: hal-04369475

<https://hal.science/hal-04369475>

Submitted on 3 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) chez
l'adolescent : une revue synthétique des principaux programmes
probants.**

Doi : 10.1016/S0246-1072(23)43625-5

Auteurs :

Abdel H Boudoukha (a)

Nantes Université, Univ Angers, Laboratoire de psychologie des Pays de la Loire, LPPL, UR
4638, F-44000 Nantes, France

Hélène Denis (b)

CHU de Montpellier, 191 Avenue Du Doyen Gaston Giraud, 34000 Montpellier

&

Thomas Villemonteix (c)

Université Paris-Lumières, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Changement, 2
rue de la Liberté, 93200 Saint-Denis, France

Auteur correspondant : Abdel Boudoukha, abdel-halim.boudoukha@univ-nantes.fr
<https://orcid.org/0000-0002-9317-0396> Université de Nantes – - Faculté de Psychologie
Laboratoire Psychologie des Pays de la Loire - UPRES UR 4638 Chemin de la Censive-du-
Tertre BP 81227 Nantes Cedex 3 - <https://orcid.org/0000-0002-9317-0396>

Résumé : 299 mots

Mots-clés : 6

Nombre de signes : 42326

Résumé

La thérapie comportementale et cognitive regroupe des interventions psychothérapeutiques sous-tendues par les principes de l'apprentissage. Elle a fait l'objet de recherches systématisées montrant son efficacité et son utilité sociale. Son approche structurée fournit un cadre et des objectifs clairs particulièrement favorables chez l'adolescent qui peut s'appuyer sur des outils et des techniques pratiques. La TCC promeut la participation et la collaboration de l'adolescent et de sa famille qui prend un rôle actif dans la prise en charge. Dans le cadre de cet article qui ne peut pas être exhaustif, tant les travaux sur l'efficacité de la TCC dans chaque trouble psychopathologique sont nombreux, nous avons fait le choix de proposer une revue synthétique des principaux programmes TCC probants. Ils sont organisés autour de trois parties. La première partie traite de la TCC dans deux troubles externalisés (marqués par des symptômes d'agitation, d'impulsivité, de désobéissance ou encore d'agressivité) que sont le trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) et le trouble des conduites. La seconde partie traite de la TCC dans les troubles internalisés (marqués par des symptômes émotionnels, comportementaux et cognitifs orientés vers le monde « intérieur ») que sont les troubles anxieux et les troubles dépressifs. Enfin, la dernière partie aborde l'usage de la TCC dans la prise en charge des comportements pathologiques émergents à l'adolescence, tels que les troubles du comportement alimentaires, les scarifications et l'auto-agressivité. Il ressort des travaux scientifiques que la TCC aide les adolescents à relever les différents défis inhérents à cette phase développementale et qui peuvent se cristalliser dans des troubles ou des comportements pathologiques. La TCC favorise par ailleurs une résilience durable et une croissance psychologique au cours de cette étape cruciale du développement. Compte tenu de ces bénéfices, une meilleure visibilité et une plus grande formation des cliniciens est recommandée.

Mots-clés : TCC, adolescents, efficacité, anxiété, dépression, TDA/H, comportement, scarification.

Abstract:

Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) encompasses psychotherapeutic interventions grounded in the principles of learning. It has been the subject of systematic research demonstrating its effectiveness and social utility. Its structured approach provides a framework and clear objectives, particularly beneficial for adolescents who can leverage practical tools and techniques. CBT promotes the active participation and collaboration of the adolescent and their family, which plays an active role in the intervention. In this article, which cannot be exhaustive given the extensive research on the effectiveness of CBT in each psychopathological disorder, we have chosen to offer a concise review of the main evidence-based CBT programs. They are organized into three parts. The first part addresses CBT in two externalizing disorders (characterized by symptoms of restlessness, impulsivity, disobedience, or aggression): Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Conduct Disorder. The second part deals with CBT in internalizing disorders (characterized by emotional, behavioral, and cognitive symptoms oriented toward the 'inner' world): anxiety disorders and depressive disorders. Finally, the last part discusses the use of CBT in addressing pathological behaviors emerging during adolescence, such as eating disorders, self-harm, and self-aggression. Scientific studies show that CBT helps adolescents face the various challenges inherent in this developmental phase, challenges that can manifest in disorders or pathological behaviors. CBT also promotes lasting resilience and psychological growth during this crucial stage of development. Given these benefits, increased visibility and enhanced training for clinicians are recommended.

Key words: CBT, Adolescents, Efficacy, Anxiety, Depression, ADHD, Behavior, Self-harm

Resumen

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) engloba intervenciones psicoterapéuticas fundamentadas en los principios del aprendizaje. Ha sido objeto de investigaciones sistemáticas que demuestran su eficacia y utilidad social. Su enfoque estructurado proporciona un marco y objetivos claros, especialmente beneficiosos para los adolescentes, quienes pueden aprovechar herramientas y técnicas prácticas. La TCC promueve la participación activa y la colaboración del adolescente y su familia, que desempeña un papel activo en la intervención. En este artículo, que no puede ser exhaustivo dada la extensa investigación sobre la eficacia de la TCC en cada trastorno psicopatológico, hemos optado por ofrecer una revisión concisa de los principales programas probados de TCC. Están organizados en tres partes. La primera parte aborda la TCC en dos trastornos externalizados (caracterizados por síntomas de agitación, impulsividad, desobediencia o agresividad): el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y el Trastorno de Conducta. La segunda parte trata sobre la TCC en los trastornos internalizados (caracterizados por síntomas emocionales, conductuales y cognitivos orientados hacia el mundo 'interno'): trastornos de ansiedad y trastornos depresivos. Finalmente, la última parte aborda el uso de la TCC en el manejo de comportamientos patológicos que surgen en la adolescencia, como los trastornos alimentarios, las autolesiones y la autoagresión. Los estudios científicos muestran que la TCC ayuda a los adolescentes a enfrentar los diversos desafíos inherentes a esta fase del desarrollo, desafíos que pueden manifestarse en trastornos o comportamientos patológicos. Además, la TCC promueve una resiliencia duradera y un crecimiento psicológico durante esta etapa crucial del desarrollo. Dados estos beneficios, se recomienda una mayor visibilidad y una formación más completa para los clínicos.

Introduction

La thérapie cognitive et comportementale (TCC) regroupe des interventions psychothérapeutiques sous-tendues par les principes de l'apprentissage, désignant la façon dont les personnes acquièrent, s'approprient et construisent des connaissances [1]. Elle présente un ensemble de caractéristiques qui la rendent particulièrement adaptée aux adolescents [2]. Tout d'abord, son approche structurée et limitée dans le temps fournit un cadre et des objectifs clairs, bénéfiques pour les adolescents dont la capacité d'attention est parfois limitée ou qui souhaitent des objectifs concrets [3]. Elle encourage la participation active et la collaboration, ce qui leur permet de jouer un rôle actif dans leur propre traitement, en favorisant un sentiment de responsabilisation et d'appropriation de leur santé mentale [4,5]. La TCC met également l'accent sur l'acquisition de compétences, en donnant aux adolescents des outils et des techniques pratiques pour gérer leurs émotions, remettre en question leurs pensées négatives et améliorer leurs capacités de résolution de problèmes [5,6]. Cet aspect de la TCC est particulièrement précieux pendant l'adolescence, lorsque les individus apprennent à faire face à des défis sociaux et émotionnels complexes [7]. Enfin, la TCC est adaptable et peut être conçue pour répondre aux besoins uniques et au stade de développement de chaque adolescent, ce qui permet des interventions personnalisées qui répondent à leurs préoccupations spécifiques [4,8].

Dans le cadre de ce présent article qui se consacre à la prise en charge TCC de l'adolescent, nous avons structuré notre propos en trois grandes parties. La première traitera de la TCC dans certains troubles externalisés marqués par des symptômes d'agitation, d'impulsivité, de désobéissance ou encore d'agressivité. La seconde partie portera sur la TCC dans certains troubles internalisés qui s'expriment par des symptômes émotionnels, comportementaux et cognitifs orienté vers le monde « intérieur » de l'adolescent. Enfin, la dernière partie abordera l'usage de la TCC dans la prise en charge des comportements pathologiques émergent spécifiquement chez l'adolescent.

2. TCC et troubles externalisés

Les troubles externalisés chez l'adolescent peuvent prendre des formes multiples, mais nous allons nous concentrer sur le trouble de déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDA/H) et le trouble des conduites associé ou non avec un trouble d'abus de substance [9]. Le choix de ces deux troubles externalisés est appuyé par le fait qu'ils sont couramment rencontrés en pratique clinique et ont donné lieu à de nombreux travaux d'évaluation de l'efficacité de leur prise en charge. Bien entendu, il existe d'autres troubles (Trouble du spectre autistiques,

schizophrénie, de la personnalité, etc.) pour lesquels la TCC est indiquée et a démontré son efficacité [10–13]. Pour des raisons de longueur, nous ne pouvons pas les traiter dans le présent article.

2.1. TCC et Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H)

La TCC est clairement recommandée par les grandes agences de Santé dans la prise en charge psychologique du TDA/H chez les adolescents [14–16]. Elle se centre majoritairement sur les compétences organisationnelles en lien avec la scolarité [17]. Les principales cibles de la thérapie sont la gestion du matériel scolaire, de l'agenda, du temps des devoirs, la planification des révisions et l'organisation du temps lors des évaluations. Dans ce domaine, le programme *Homework, Organization and Planning Skills* (HOPS) [18] a fait l'objet de plusieurs évaluations en population adolescente, avec des effets positifs sur les problèmes liés aux devoirs, l'organisation des affaires et l'organisation du comportement en lien avec la scolarité, d'après des évaluations des parents et des enseignants. HOPS a été délivré et évalué dans des établissements scolaires, à travers 14 sessions individuelles d'une vingtaine de minutes (au début deux fois par semaine, puis une fois par semaine pour les 6 dernières, et deux sessions plus longues avec les parents). Il peut aussi être délivré par des cliniciens, et utilise notamment un système de contingences avec des points qui peuvent être gagnés régulièrement par l'adolescent et échangés selon un menu dès lors qu'il déploie les compétences travaillées au quotidien. Une étude récente menée avec un programme similaire, le programme *Challenging Horizons* (CH), a révélé que ce type d'approche avait un impact modeste mais significatif à moyen terme sur les notes des étudiants [19].

En ce qui concerne les difficultés relationnelles souvent associées au TDAH, il est à noter que la participation à des groupes d'habiletés sociales représente une approche prometteuse, mais que le niveau de preuve reste à ce jour insuffisant, principalement du fait de la faible qualité méthodologique des études d'évaluation publiées [20].

2.2. TCC et troubles du comportement et d'abus de substance

Parmi les troubles externalisés chez l'adolescent, le trouble des conduites et les comportements d'abus de substance mettent souvent les cliniciens à rude épreuve [21]. Ces deux problématiques sont traitées dans la même partie pour deux raisons. D'une part, elles sont souvent rencontrées concomitamment à cet âge. D'autre part, les programmes de TCC les ciblant incluent des éléments-clefs communs [21] (cf. Figure 1). Les programmes ayant le plus haut niveau de

preuves ont comme caractéristique de donner un rôle à la famille, comme cibles parallèles du traitement ou a minima comme agents supportant le changement.

1. L'analyse fonctionnelle du rôle des comportements-problèmes,
2. La promotion d'activités pro-sociales (usage de techniques de contrôle des stimuli, pour éviter les situations à risque avec des pairs, aide à la recherche de nouvelles activités sociales et récréationnelles),
3. La restructuration cognitive,
4. L'entraînement à la régulation émotionnelle,
5. L'entraînement à la résolution de problèmes
6. L'entraînement des habiletés sociales et en particulier communicationnelles

Figure 1: Cibles des programmes TCC pour le trouble des conduites et les comportements d'abus de substances

Dans le cas de l'abus de substance, le programme de TCC ayant reçu des preuves d'efficacité est le programme *Adolescent Community Reinforcement Approach* (A-CRA), qui inclue trois types de sessions : des sessions avec l'adolescent seul, avec les parents seuls, et avec adolescent et parents ensemble [22]. Dans le cas du trouble des conduites, les approches ayant le plus haut niveau de preuves scientifiques sont la *Thérapie Multi-Systémique* et le *Programme de Famille d'Accueil de l'Oregon* : dans les deux cas, des principes et techniques TCC sont utilisés au sein de dispositif intensifs qui impliquent la famille [23]. La thérapie multi-systémique utilise des concepts issus des TCCs et des thérapies familiales pour mobiliser une équipe de thérapeutes au chevet d'une famille, avec des contacts hebdomadaires en présentiel et distanciel avec la famille, l'environnement scolaire et parfois judiciaire du jeune, durant 3 à 5 mois. Le programme de famille d'accueil de l'Oregon inclue un placement temporaire dans une famille d'accueil, au sein de laquelle est réalisé un travail comportemental avec des cibles journalières, tandis que des sessions de thérapies individuelles ciblent le travail cognitif et le développement de compétences-clefs. Ces trois approches sont considérées comme des thérapies aux preuves scientifiques bien établies.

3. TCC et troubles internalisés

Il n'est pas possible de traiter les TCC pour l'ensemble des troubles internalisés chez les adolescents compte tenu de leur nombre. Aussi, nous allons nous focaliser sur deux troubles que sont les troubles anxieux et les troubles dépressifs [9] qui sont particulièrement prégnants et nécessitent la mise en place de thérapies structurées comme la TCC.

3.2. TCC et troubles anxieux chez l'adolescent

La TCC est la psychothérapie pour le trouble anxieux dont l'efficacité est la plus documentée [8,24–27]. On observe un taux de rémission de près de 50% avec la TCC contre près de 18% en rémission naturelle ou liste d'attente [28,29]. L'efficacité n'est pas différente selon le format (individuel vs. groupe) [30], même s'il paraît préférable d'utiliser le format individuel dans l'anxiété sociale sévère afin que le patient soit en capacité de participer à une thérapie de groupe [28]. Dans une méta-analyse incluant 25 études de TCC (individuel), la taille d'effet moyenne est de 0,86 contre 0,13 pour la condition contrôle [31]. Les autres montrent que 72% des patients maintiennent leurs bénéfices thérapeutiques plusieurs années après la fin de la TCC. La revue systématique des études de suivi de la TCC des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents montrent également que les bénéfices se maintiennent avec le temps [32]

Sur le plan de la stratégies et des mécanismes psychothérapeutiques, la TCC propose des programmes communs aux troubles anxieux compte tenu des comorbidités [33]. Certaines stratégies ou phases doivent figurer dans le plan thérapeutique TCC pour traiter les troubles anxieux de l'adolescent [34] (cf. Figure 2). Pour ces troubles émotionnels source de souffrance intense à cet âge, la TCC apporte donc une réponse concrète, réaliste et pratique [25]. Les adolescents répondent assez facilement aux propositions d'exercices de reprise du contrôle sur leurs émotions et sur leur vie en général [35]. Après les séances de psycho-éducation [36], ils ont le sentiment de pouvoir retrouver leur autonomie et leur liberté d'action, ce qu'ils avaient perdu du fait de leurs symptômes anxieux.

- Psychoéducation avec l'adolescent et ses parents : explication du trouble et de ses facteurs de maintien ;
- Auto-observation réalisée par le patient afin de lui permettre de réaliser une compréhension en métacognition de son trouble, ce qui facilitera la mise en place de la TCC ;
- Techniques de gestion émotionnelle avec relaxation et/ou respiration, et gestion des contingences corporelles ;
- Restructuration cognitive et résolution de problème : repérage des distorsions cognitives et proposition de modification ou de coping de ces pensées ;
- Exposition comportementale et émotionnelle aux situations anxiogènes : technique centrale et indispensable à l'efficacité de la TCC, chaque situation anxiogène sera listée et travaillée en exposition si possible *in vivo* ;
- Entraînement au focus attentionnel : technique de méditation ou 3^e vague de TCC afin de modifier l'auto-focalisation responsable du maintien de l'anxiété
- Généralisation aux autres situations anxiogènes : autonomisation du patient dans les expositions ;
- Prévention des rechutes : préparation d'un plan d'action ;
- Affirmation de soi en groupe si nécessaire notamment dans l'anxiété sociale

Figure 2: Liste des stratégies/phases nécessaires dans la TCC pour les troubles anxieux chez l'adolescent d'après Wehry et collaborateurs (2015).

Parmi les programmes TCC pour la prise en charge des troubles anxieux, le programme de référence est celui de Kendall [37], plus connu sous le nom de « Coping Cat ». Il comporte un manuel pour la standardisation et prévoit 18 séances individuelles dont les études d'efficacité montrent que jusqu'à 64 % des patients anxieux ne répondent plus aux critères diagnostiques initiaux [25,38,39]. Les revues d'études sur l'efficacité de la TCC soulignent que les bénéfices de la TCC perdurent avec le temps [28]. Une version de groupe est également disponible et démontre une efficacité équivalente [29,38]. Par ailleurs, il faut souligner que le traitement de l'anxiété sociale chez les adolescents, fréquente et sévère, est plus long et comporte plus de stratégies thérapeutiques [29]. Elle doit comprendre des séances d'entraînement aux habiletés sociale et/ou d'affirmation de soi en groupe afin d'augmenter les compétences sociales [40]. Il est par ailleurs recommandé d'utiliser des expositions spécifiques avec l'usage du feed-back vidéo et des techniques émotionnelles visant le focus attentionnel [41].

Enfin, si la TCC est centrée sur l'adolescent, le programme thérapeutique TCC doit impliquer les parents avec des temps de psychoéducation, qui vont permettre de modifier les croyances/représentations du trouble de leur enfant et augmenter leur soutien [42]. Le thérapeute propose également une guidance parentale, des stratégies de coping pour gérer les troubles émotionnels et comportementaux de leurs adolescents, des temps de résolution de problème autour des expositions à réaliser à domicile en dehors des séances de psychothérapie [43] et de la gestion de la vie quotidienne parfois perturbée par les troubles anxieux et enfin une explication de la prévention de la rechute [25]. Même si les études ne démontrent pas de supériorité de l'efficacité de la TCC selon le niveau d'implication des parents, il paraît évident pour les cliniciens de soutenir et guider les parents dans la gestion de l'anxiété et le bon déroulement de la thérapie [43].

En conclusion, les nombreuses études d'efficacité de la TCC à court et à long terme ont conduit les instances internationales et européennes à recommander la TCC, comme traitement de première intention pour les cas légers à moyennement sévères, et à l'utiliser en complément de traitements médicamenteux de type ISRS dans les cas sévères [8,44–48].

3.2. TCC et épisode dépressif chez l'adolescent

La dépression chez l'adolescent est un problème de santé mentale particulièrement prégnant [49,50] dont le traitement psychologique est recommandé en première ligne [51–53]. L'efficacité du traitement psychologique doit, au-delà de la diminution des symptômes,

entraver la chronicisation, la complication et la récurrence [52] car s'il est plus efficace qu'une condition contrôle, un pourcentage important des adolescents n'y répond pas [54].

Si l'on s'intéresse plus en détail à l'efficacité des psychothérapies, la TCC montre une efficacité supérieure [55–57]. La TCC en format groupe apparaît également un traitement significatif de la dépression chez l'adolescent [58]. Surtout, la TCC est la seule thérapie dont l'efficacité a été montrée sur la base de méta-analyses auprès d'adolescents dépressifs provenant de pays en voie de développement [59]. Elle entraîne des réductions de la suicidalité, au moins aussi efficacement que la pharmacothérapie [60] et est efficace pour les adolescents souffrant de dépression résistante au traitement [61,62]. Le développement des essais cliniques portant sur la dépression majeure chez l'adolescent est nécessaire [63]

Les processus et stratégies employées dans la TCC dans cette indication sont présentées dans la figure 3 [64]. La guidance parentale est indispensable afin d'expliquer le trouble et de favoriser un environnement familial plus sécurisant et encourageant. Lorsque la dépression est sévère ou que la TCC ne peut fonctionner du fait de l'intensité des troubles, une association avec les antidépresseurs de type ISRS est indiquée [65,66].

- Auto observation de ses états émotionnels et cognitifs afin de lui permettre de passer en méta cognition.
- Techniques de régulation émotionnelle (respiration abdominale, relaxation, techniques de méditation)
- Activation comportementale (reprendre des activités agréables et des activités sociales, progressivement et de façon programmée)
- Restructuration cognitive (repérer les pensées dysfonctionnelles et proposer des pensées alternatives)
- Techniques d'amélioration de l'estime de soi (renforcements positifs sur les compétences)

Figure 3 : Processus et stratégies employées dans la TCC de la dépression chez les adolescents d'après Oud et al., 2019.

4. TCC et comportements pathologiques émergents chez l'adolescent

L'adolescence est une période de vulnérabilité neurodéveloppement singulière et de sociabilité intense (développement de l'attraction/relations amoureuses) qui voit émerger des comportements pathologiques spécifiques. Nous allons donc nous attacher à traiter de la prise en charge TCC des troubles des conduites alimentaires et des comportements auto-agressifs (scarifications et automutilations).

4.1. TCC et Troubles du Comportement Alimentaire

Dans le cadre de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire, une TCC « renforcée » pour les TCAs (*Enhanced CBT* ou CBT-E) a été développée. La CBT-E a obtenu un niveau de preuve solide chez l'adulte [67] et un niveau de preuve prometteur chez l'adolescent [68]. Il s'agit d'une approche collaborative qui poursuit quatre finalités : en premier lieu, engager le patient dans le processus de changement à partir de techniques motivationnelles. Une fois cet engagement obtenu, la thérapie aide le patient à identifier les mécanismes cognitifs et comportementaux qui entretiennent son trouble alimentaire, à travers une conceptualisation de cas personnalisée. Les patients sont ensuite introduits à des stratégies cognitivo-comportementales pour modifier progressivement ces mécanismes. La dernière finalité de la thérapie consiste à les aider à s'engager dans un changement durable en prévenant les rechutes. La CBT-E a été évaluée dans plusieurs études de cohortes chez l'adolescent, avec des effets prometteurs qui semblent même supérieurs à ceux constatés chez l'adulte [68]. Elle semble d'une efficacité proche de la *Family-based Treatment* (FBT) toutefois son évaluation manque encore d'essais randomisés rigoureux [69]. Pour rappel, la FBT est le traitement de première ligne qui cible des modifications comportementales, en s'appuyant sur les parents vus comme un acteur clef du changement. [70]. La CBT-E peut être recommandée lorsque la FBT n'est pas disponible, les parents absents ou n'ont pas la capacité de s'engager dans la thérapie familiale, et lorsque les adolescents sont plus âgés. Enfin, parmi les TCCs de 3ème vague, la thérapie dialectique comportementale est également une approche prometteuse dans le traitement des troubles du comportement alimentaire [71].

4.2. TCC, scarification et auto-agressivité

Les scarifications et les gestes auto-agressifs qu'ils soient ou non à visée suicidaires sont des comportements que l'on observe plus particulièrement à l'adolescence. Des essais contrôlés randomisés montrent l'efficacité de la TCC [72–75], tant pour la forme classique de TCC que pour des formes plus récentes comme la thérapie comportementale dialectique (DBT) [73,76,77]. Le principe de la TCC est d'abord d'étudier et d'évaluer les expériences émotionnelles perturbatrices et les événements déclenchants, puis d'apprendre des stratégies pour aider le patient à changer son interprétation et les conséquences de ses expériences émotionnelles, puis enfin d'apprendre à modifier ces comportements et développer des stratégies plus fonctionnelles [72]. La psychoéducation, l'enregistrement des comportements problématiques (scarifications, automutilations), la construction d'une forte alliance thérapeutique, l'apprentissage de gestion des émotions, des techniques d'habiletés sociales et de résolution de

problème, et la restructuration cognitive sont les ingrédients d'une TCC efficace dans ces indications [73].

Au centre du travail psychothérapeutique, on retrouve la construction d'un plan de sécurité (ou «safety plan») très utilisé en pratique quotidienne en psychiatrie de l'adolescent. Il s'appuie sur une analyse fonctionnelle des situations à risque, sur les indicateurs de la situation à risque (situation, émotions, cognitions, comportements), sur les stratégies de coping pour se sentir mieux (activités physiques, musique, art, etc.), sur la liste des personnes ressources et enfin les contacts avec les professionnels disponibles si besoin [73,78].

La TCC conduit à une diminution de la répétition des gestes, ainsi qu'une réduction des symptômes anxieux, dépressifs, des idéations suicidaires, et une amélioration de l'estime de soi et des capacités de résolution de problèmes associées aux comportements d'automutilations [79]. La plupart des programmes qui ont démontré leur efficacité incluent des séances avec les parents ou l'entourage proche. Un accompagnement des parents est toujours nécessaire en complémentarité de la TCC réalisée avec l'adolescent. La psychoéducation sur les gestes de scarifications et d'automutilations et leur signification pour le jeune est importante pour que les parents puissent ajuster leur aide et leur réaction sur le moment ou en anticipation.

5. Conclusion

Alors même que la délimitation des troubles psychopathologiques chez l'adolescent n'est pas toujours évidente, et qu'elle est compliquée par des comorbidités, la prise en charge TCC a donné lieu à des recherches nombreuses qui en montrent le bénéfice et l'efficacité tant sur une diminution de symptômes ou la prévention de leur aggravation que sur la qualité de vie (individuelle et de la famille). En effet, la nature structurée de cette thérapie, l'accent mis sur l'acquisition de compétences et l'adaptabilité en font une approche thérapeutique bénéfique pour les adolescents. Elle les aide ainsi à relever les différents défis inhérents à cette phase développementale qui peut donner lieu à des troubles ou des comportements pathologiques. Par ailleurs, elle favorise une résilience durable et une croissance psychologique au cours de cette étape cruciale du développement. Historiquement, la TCC a proposé des programmes spécifiques en fonction des troubles, qui s'appuient sur des analyses fonctionnelles singulières des comportements-problèmes. Bien que nous n'ayons pu les décrire dans cet article, il est à noter que des programmes transdiagnostiques et modulaires prometteurs pour les adolescents sont en voie d'évaluation. Il faut souligner que les protocoles TCC validés sont des programmes sur lesquelles les cliniciens et les chercheurs doivent s'appuyer en faisant appel à leur sens

clinique et ne se résument pas à des « livre de recettes ». Enfin, compte tenu du bénéfice de la TCC, une meilleure visibilité et une plus grande formation des cliniciens est recommandée.

Références bibliographiques

- [1] Clément C. Conditionnement, apprentissage et comportement humain. Paris: Dunod; 2013.
- [2] Szigethy E, Weisz JR, Findling RL, editors. Cognitive-behavior therapy for children and adolescents. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2012.
- [3] Donovan CL, March S. Child and Adolescent Characteristics that Impact on Therapy. Evidence-Based CBT Anxiety Depress. Child. Adolesc., 2014, p. 49–62.
- [4] Cummings CM, Kazantzis N, Kendall PC. Facilitating Homework and Generalization of Skills to the Real World. Evidence-Based CBT Anxiety Depress. Child. Adolesc., 2014, p. 141–55.
- [5] Jones E, Manassis K. Effective Training Methods. Evidence-Based CBT Anxiety Depress. Child. Adolesc., 2014, p. 10–22.
- [6] Clark S, Bowers G, Reynolds S. Managing Negative Thoughts, Part 1. Evidence-Based CBT Anxiety Depress. Child. Adolesc., 2014, p. 157–75.
- [7] Beidas RS, Ditty M, Downey MM, Edmunds J. Professional Evidence-Based Practice with Children and Adolescents. Evidence-Based CBT Anxiety Depress. Child. Adolesc., 2014, p. 36–48.
- [8] Walter HJ, Bukstein OG, Abright AR, Keable H, Ramtekkar U, Ripperger-Suhler J, et al. Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2020;59:1107–24. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.005>.
- [9] A.P.A. DSM 5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Masson; 2015.
- [10] Wang X, Zhao J, Huang S, Chen S, Zhou T, Li Q, et al. Cognitive behavioral therapy for autism spectrum disorders: A systematic review. Pediatrics 2021;147. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049880>.
- [11] Müller H, Kommescher M, Güttgemanns J, Wessels H, Walger P, Lehmkuhl G, et al. Cognitive behavioral therapy in adolescents with early-onset psychosis: A randomized controlled pilot study. Eur Child Adolesc Psychiatry 2020;29:1011–22. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01415-4>.
- [12] Crits-Christoph P, Barber JP. Psychological treatments for personality disorders. In: Nathan PE, Gorman JM, editors. Guide Treat. Work 4th Ed, New York, NY: Oxford University Press; 2015, p. 851–70.
- [13] Haute Autorité de Santé HAS. Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent. Paris: 2012.
- [14] Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balázs J, et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. Eur Psychiatry 2019;56:14–34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>.
- [15] Recommendations | Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management | Guidance | NICE 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/chapter/Recommendations#managing-adhd> (accessed February 7, 2023).
- [16] Revel-Delhom C. Trouble du neurodéveloppement/ TDAH : Repérage, diagnostic et prise en charge des adultes 2021.
- [17] Evans SW, Owens JS, Wymbs BT, Ray AR. Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin

- Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53 2018;47:157–98.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1390757>.
- [18] Langberg JM, Dvorsky MR, Molitor SJ, Bourchtein E, Eddy LD, Smith ZR, et al. Overcoming the research-to-practice gap: A randomized trial with two brief homework and organization interventions for students with ADHD as implemented by school mental health providers. *J Consult Clin Psychol* 2018;86:39–55. <https://doi.org/10.1037/ccp0000265>.
- [19] DuPaul GJ, Evans SW, Owens JS, Cleminshaw CL, Kipperman K, Fu Q, et al. School-based intervention for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: Effects on academic functioning. *J Sch Psychol* 2021;87:48–63. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2021.07.001>.
- [20] Storebø OJ, Andersen ME, Skoog M, Hansen SJ, Simonsen E, Pedersen N, et al. Social skills training for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst Rev* 2019. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008223.pub3>.
- [21] Hogue A, Bobek M, MacLean A. Core Elements of CBT for Adolescent Conduct and Substance Use Problems: Comorbidity, Clinical Techniques, and Case Examples. *Cogn Behav Pract* 2020;27:426–41. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.12.002>.
- [22] Hogue A, Henderson CE, Becker SJ, Knight DK. Evidence Base on Outpatient Behavioral Treatments for Adolescent Substance Use, 2014–2017: Outcomes, Treatment Delivery, and Promising Horizons. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53* 2018;47:499–526. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1466307>.
- [23] McCart MR, Sheidow AJ. Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescents With Disruptive Behavior. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53* 2016;45:529–63. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1146990>.
- [24] Albano AM, Kendall PC. Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: clinical research advances. *Int Rev Psychiatry* 2002;14:129–34. <https://doi.org/10.1080/09540260220132644>.
- [25] Howard BL, Kendall PC. Cognitive-behavioral family therapy for anxiety-disordered children: A multiple-baseline evaluation. *Cogn Ther Res* 1996;20:423–43. <https://doi.org/10.1007/BF02227906>.
- [26] Weisz JR, Kazdin AE. Evidence-based psychotherapies for children and adolescents, 3rd ed. New York, NY: The Guilford Press; 2018.
- [27] Wergeland GJH, Riise EN, Öst L-G. Cognitive behavior therapy for internalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2021;83:101918. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101918>.
- [28] James AC, James G, Cowdrey FA, Soler A, Choke A. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2015:CD004690. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004690.pub4>.
- [29] James AC, Reardon T, Soler A, James G, Creswell C. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;11:CD013162. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013162.pub2>.
- [30] Flannery-Schroeder EC, Kendall PC. Group and Individual Cognitive-Behavioral Treatments for Youth with Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *Cogn Ther Res* 2000;24:251–78.

<https://doi.org/10.1023/A:1005500219286>.

- [31] In-Albon T, Schneider S. Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychother Psychosom* 2007;76:15–24. <https://doi.org/10.1159/000096361>.
- [32] Davis R, de Souza MAM, Rigatti R, Heldt E. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents: A systematic review of follow-up studies. *J Bras Psiquiatr* 2014;63:373–8. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000047>.
- [33] Kendall PC, Brady EU, Verduin TL. Comorbidity in Childhood Anxiety Disorders and Treatment Outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:787–94. <https://doi.org/10.1097/00004583-200107000-00013>.
- [34] Wehry AM, Beesdo-Baum K, Hennelly MM, Connolly SD, Strawn JR. Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep* 2015;17:52. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0591-z>.
- [35] Suveg C, Sood E, Comer JS, Kendall PC. Changes in emotion regulation following cognitive-behavioral therapy for anxious youth. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2009;38:390–401. <https://doi.org/10.1080/15374410902851721>.
- [36] Baourda VC, Brouzos A, Mavridis D, Vassilopoulos SP, Vatkali E, Boumpouli C. Group psychoeducation for anxiety symptoms in youth: Systematic review and meta-analysis. *J Spec Group Work* 2022;47:22–42. <https://doi.org/10.1080/01933922.2021.1950881>.
- [37] Kendall PC. *coping cat workbook*. Ardmore PA: Workbook; 1990.
- [38] Podell JL, Mychailyszyn M, Edmunds J, Puleo CM, Kendall PC. The Coping Cat Program for anxious youth: The FEAR plan comes to life. *Cogn Behav Pract* 2010;17:132–41. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.11.001>.
- [39] Schoenfield G, Morris RJ. Cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety disorders: Exemplary programs. In: Mayer MJ, Lochman JE, Van Acker R, editors. *Cogn.-Behav. Interv. Emot. Behav. Disord. Sch.-Based Pract.*, New York, NY: The Guilford Press; 2009, p. 204–32.
- [40] Scaini S, Belotti R, Ogliari A, Battaglia M. A comprehensive meta-analysis of cognitive-behavioral interventions for social anxiety disorder in children and adolescents. *J Anxiety Disord* 2016;42:105–12. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.05.008>.
- [41] Curtiss JE, Levine DS, Ander I, Baker AW. Cognitive-Behavioral Treatments for Anxiety and Stress-Related Disorders. *FOCUS* 2021;19:184–9. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20200045>.
- [42] Moreno-Peral P, Bellón JÁ, Motrico E, Campos-Paíno H, Martín-Gómez C, Ebert DD, et al. Moderators of psychological and psychoeducational interventions for the prevention of anxiety: A systematic review. *J Anxiety Disord* 2020;76. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102317>.
- [43] Wei C, Kendall PC. Parental involvement: contribution to childhood anxiety and its treatment. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2014;17:319–39. <https://doi.org/10.1007/s10567-014-0170-6>.
- [44] Bandelow B, Lichte T, Rudolf S, Wiltink J, Beutel ME. The German guidelines for the treatment of anxiety disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2015;265:363–73. <https://doi.org/10.1007/s00406-014-0563-z>.
- [45] Bobbitt S, Kawamura A, Saunders N, Monga S, Penner M, Andrews D. Anxiety in children and youth: Part 2-The management of anxiety disorders. *Paediatr Child Health* 2023;28:52–66.

<https://doi.org/10.1093/pch/pxac104>.

- [46] Kowalchuk A, Gonzalez SJ, Zoorob RJ. Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Am Fam Physician* 2022;106:657–64.
- [47] Lim L, Chan HN, Chew PH, Chua SM, Ho C, Kwek SKD, et al. Ministry of Health Clinical Practice Guidelines: Anxiety Disorders. *Singapore Med J* 2015;56:310–5; quiz 316. <https://doi.org/10.11622/smedj.2015088>.
- [48] Vallance AK, Fernandez V. Anxiety disorders in children and adolescents: aetiology, diagnosis and treatment. *BJPsych Adv* 2016;22:335–44. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.114.014183>.
- [49] Jeammet P. 83. La dépression chez l'adolescent. *Nouv. Traité Psychiatr. Enfant Adolesc.*, vol. 2e éd., Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2004, p. 1477–99. <https://doi.org/10.3917/puf.diatk.2004.01.1477>.
- [50] Vande Voort J. Depression in children and adolescents. In: Perring C, Wells LA, editors. *Diagn. Dilemmas Child Adolesc. Psychiatry Philos. Perspect.*, New York, NY: Oxford University Press; 2014, p. 209–22.
- [51] Haute Autorité de Santé HAS. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Saint-Denis La Plaine: 2014.
- [52] Murray J, Cartwright-Hatton S. NICE Guidelines on Treatment of Depression in Childhood and Adolescence: Implications from a CBT Perspective. *Behav Cogn Psychother* 2006;34:129–37. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002742>.
- [53] Medina JC, Paz C, García-Mieres H, Niño-Robles N, Herrera JE, Feixas G, et al. Efficacy of psychological interventions for young adults with mild-to-moderate depressive symptoms: A meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2022;152:366–74. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.06.034>.
- [54] Cuijpers P, Karyotaki E, Ciharova M, Miguel C, Noma H, Stikkelbroek Y, et al. The effects of psychological treatments of depression in children and adolescents on response, reliable change, and deterioration: A systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2023;32:177–92. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01884-6>.
- [55] Weersing VR, Jeffreys M, Do M-CT, Schwartz KTG, Bolano C. Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Depression. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53* 2017;46:11–43. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1220310>.
- [56] Jones MK. A meta-analysis of the effectiveness of behavioral intervention technologies and face-to-face cognitive behavioral therapy for youth with depression. ProQuest Information & Learning, 2020.
- [57] Liang J, Li J, Wu R, Li J, Qian S, Jia R, et al. Effectiveness comparisons of various psychosocial therapies for children and adolescents with depression: A Bayesian network meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021;30:685–97. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01492-w>.
- [58] Keles S, Idsoe T. A meta-analysis of group Cognitive Behavioral Therapy (CBT) interventions for adolescents with depression. *J Adolesc* 2018;67:129–39. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.05.011>.
- [59] Davaasambuu S, Hauwadhanasuk T, Matsuo H, Szatmari P. Effects of interventions to reduce adolescent depression in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2020;123:201–15. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.01.020>.

- [60] Devenish B, Berk L, Lewis AJ. The treatment of suicidality in adolescents by psychosocial interventions for depression: A systematic literature review. *Aust N Z J Psychiatry* 2016;50:726–40. <https://doi.org/10.1177/0004867415627374>.
- [61] Zakhour S, Nardi AE, Levitan M, Appolinario JC. Cognitive-behavioral therapy for treatment-resistant depression in adults and adolescents: A systematic review. *Trends Psychiatry Psychother* 2020;42:92–101. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0033>.
- [62] Zakhour S, Nardi AE, Levitan M, Appolinario JC. “Cognitive-behavioral therapy for treatment-resistant depression in adults and adolescents: A systematic review”: Corrigendum. *Trends Psychiatry Psychother* 2020;42:111–111. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0033>.
- [63] McCulloch A, Kroll L, Glass J, Dubicka B. A systematic review of the characteristics of adolescents with major depressive disorder in randomised controlled treatment trials. *Eur J Psychiatry* 2022;36:1–10. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2021.07.001>.
- [64] Oud M, de Winter L, Vermeulen-Smit E, Bodden D, Nauta M, Stone L, et al. Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr* 2019;57:33–45. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.008>.
- [65] March JS, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1132–43. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.10.1132>.
- [66] Zhou X, Teng T, Zhang Y, Del Giovane C, Furukawa TA, Weisz JR, et al. Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2020;7:581–601. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30137-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30137-1).
- [67] Atwood ME, Friedman A. A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *Int J Eat Disord* 2020;53:311–30. <https://doi.org/10.1002/eat.23206>.
- [68] Dalle Grave R, Eckhardt S, Calugi S, Le Grange D. A conceptual comparison of family-based treatment and enhanced cognitive behavior therapy in the treatment of adolescents with eating disorders. *J Eat Disord* 2019;7:42. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0275-x>.
- [69] Le Grange D, Eckhardt S, Dalle Grave R, Crosby RD, Peterson CB, Keery H, et al. Enhanced cognitive-behavior therapy and family-based treatment for adolescents with an eating disorder: a non-randomized effectiveness trial. *Psychol Med* 2020;52:1–11. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004407>.
- [70] Datta N, Matheson BE, Citron K, Van Wye EM, Lock JD. Evidence Based Update on Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53* 2023;52:159–70. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2109650>.
- [71] Vogel EN, Singh S, Accurso EC. A systematic review of cognitive behavior therapy and dialectical behavior therapy for adolescent eating disorders. *J Eat Disord* 2021;9:131. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00461-1>.
- [72] Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Townsend E, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2015:CD012013. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012013>.

- [73] Meza JI, Zullo L, Vargas SM, Ougrin D, Asarnow JR. Practitioner review: Common elements in treatments for youth suicide attempts and self-harm – a practitioner review based on review of treatment elements associated with intervention benefits. *J Child Psychol Psychiatry* 2023. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13780>.
- [74] Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54:97-107.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009>.
- [75] Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Taylor Salisbury TL, Townsend E, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;3:CD013667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013667.pub2>.
- [76] Asarnow JR, Berk MS, Bedics J, Adrian M, Gallop R, Cohen J, et al. Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Self-Harming Youth: Emotion Regulation, Mechanisms, and Mediators. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2021;60:1105-1115.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.01.016>.
- [77] Kothgassner OD, Goreis A, Robinson K, Huscsava MM, Schmahl C, Plener PL. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2021;51:1057–67. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>.
- [78] Taylor LMW, Oldershaw A, Richards C, Davidson K, Schmidt U, Simic M. Development and pilot evaluation of a manualized cognitive-behavioural treatment package for adolescent self-harm. *Behav Cogn Psychother* 2011;39:619–25. <https://doi.org/10.1017/S1352465811000075>.
- [79] Slee N, Garnefski N, van der Leeden R, Arensman E, Spinhoven P. Cognitive-behavioural intervention for self-harm: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;192:202–11. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.037564>.