

Interventions de formation en gestion parentale pour les enfants d'âge préscolaire

Robert J. McMahon, Ph.D.

Simon Fraser University and Child & Family Research Institute, Canada

Mars 2015, 3e éd. rév.

Introduction

Il y a de plus en plus de données sur le rôle des facteurs de risque familiaux qui facilitent l'entrée et la progression des jeunes enfants sur la trajectoire des « débutants précoces » en matière de troubles de conduite. Cette trajectoire se caractérise par trois éléments : l'apparition des troubles de conduite (par ex., des niveaux excessifs d'agressivité, de non-respect des consignes et d'autres comportements oppositionnels) à l'âge préscolaire et au début de l'âge scolaire; un degré élevé de continuité pendant l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte; et un mauvais pronostic.^{1,2}

Le modèle basé sur la famille qui décrit le mieux la trajectoire des débutants précoces est le modèle de coercition développé par Patterson et ses collègues.^{3,4} Il décrit un processus « d'entraînement de base » des problèmes de comportement qui se produit dans le cadre d'un cycle d'intensification des interactions coercitives entre le parent et l'enfant à la maison, et qui débute avant l'entrée à l'école. On pense que les stratégies inefficaces de gestion parentale,

surtout en ce qui concerne le respect des consignes par l'enfant pendant la période préscolaire, sont la cause proximale du début du cycle coercitif.

Les types de pratiques parentales qui sont étroitement associés au développement des troubles de conduite chez l'enfant comprennent une discipline soit incohérente, soit irritable et explosive, soit inflexible et rigide, ainsi qu'une supervision et une implication faibles.⁵ Quand ce processus de gestion parentale inefficace se poursuit pendant longtemps, le taux et l'intensité des comportements coercitifs de l'enfant augmentent considérablement, renforçant les comportements agressifs des membres de la famille. Les interactions coercitives avec les frères et sœurs peuvent aussi jouer un rôle dans le développement et le maintien des troubles de conduite.⁶ Les autres facteurs de risque familiaux qui peuvent avoir des effets directs ou indirects sur les pratiques parentales comprennent des cognitions sociales inadaptées, la détresse personnelle (par exemple, comportement antisocial, consommation de substances, dépression maternelle) et inter parentale (par ex., problèmes conjugaux), ainsi qu'un plus grand isolement social (par ex., insularité).^{1,7}

Sujet

La formation en gestion parentale (FGP) peut se définir comme une approche de traitement des problèmes de comportement des enfants qui utilise des « procédures par lesquelles les parents sont formés à modifier le comportement de leur enfant à la maison. Les parents rencontrent un thérapeute ou un formateur qui leur enseigne à utiliser des procédures particulières pour modifier leurs interactions avec leur enfant, favoriser un comportement prosocial chez ce dernier et diminuer ses comportements déviants. »⁸ La FGP a été appliquée à une grande variété de problèmes et de populations infantiles, mais elle a été principalement employée avant l'adolescence, pour les enfants d'âge préscolaire à scolaire qui manifestent des troubles de conduite flagrants comme des crises de colère, de l'agressivité et un non-respect excessif des consignes. C'est dans ce domaine que la FGP bénéficie du soutien empirique le plus élevé. Cet article se concentre sur les interventions en FGP destinées aux enfants d'âge préscolaire (de trois à cinq ans) qui manifestent des troubles de conduite clairs et excessifs.

L'hypothèse qui sous-tend les modèles de FGP basés sur l'apprentissage social est que certains types de déficits en matière d'habiletés parentales sont responsables, au moins partiellement, du développement et/ou du maintien des troubles de conduite. Les éléments centraux du modèle de

FGP sont les suivants. Premièrement, l'intervention vise principalement les parents et il y a relativement moins de contacts entre le thérapeute et l'enfant. Deuxièmement, les thérapeutes détournent l'attention des parents des problèmes de comportement pour la recentrer sur des objectifs prosociaux. Troisièmement, le contenu de ces programmes comprend généralement une formation sur les principes d'apprentissage social qui sont à la base des techniques parentales enseignées. Les parents sont formés à définir et surveiller le comportement de l'enfant, à utiliser des procédures de renforcement positif (qui comprennent des compliments, d'autres formes d'attention parentale positive et des systèmes de jetons ou de points) ainsi que des procédures d'extinction et des punitions légères (comme ignorer l'enfant, le priver d'un élément positif qui avait été gagné antérieurement et imposer un temps d'arrêt plutôt qu'une punition physique), à donner des consignes claires et à résoudre des problèmes. Enfin, dans l'approche de FGP, les thérapeutes utilisent énormément l'enseignement didactique, l'apprentissage par observation, le jeu de rôle, les répétitions comportementales et des exercices structurés à faire à la maison afin de favoriser les conduites parentales efficaces.⁸⁻¹⁰

Problèmes

Malgré l'accent croissant mis sur l'utilisation des pratiques basées sur des données probantes dans ce domaine,^{11,12} l'écrasante majorité des interventions commerciales centrées sur la famille qui sont offertes n'ont jamais été évaluées de façon systématique et rigoureuse. Pourtant, ces programmes sont largement utilisés et leur nombre augmente chaque année.

Le portrait des interventions de FGP basées sur l'apprentissage social est plus positif. Cependant, bien qu'on ait démontré à plusieurs reprises (voir plus bas) l'efficacité à court terme de la FGP pour induire des changements de comportement tant chez l'enfant que chez le parent, cette intervention n'est pas efficace pour toutes les familles. Premièrement, comme pour les autres types de traitement pour les enfants, plusieurs familles abandonnent le programme, le taux de décrochage moyen étant d'environ 28 %.¹³ Deuxièmement, pour les familles qui poursuivent le programme, les interventions de FGP ont démontré des niveaux variables de généralisabilité (par exemple, à la maison, au fil du temps, ou envers les autres enfants de la famille) et de validité sociale (la mesure dans laquelle les changements thérapeutiques sont « cliniquement ou socialement importants » pour le client¹⁴): certaines se généralisent de façon impressionnante, d'autres à un degré modéré, et d'autres pas du tout.¹² Troisièmement, bien que la recherche ait

permis d'identifier certaines caractéristiques familiales et propres à l'enfant qui permettent de prédire l'évolution de ce dernier (par exemple, un faible statut socio-économique, la gravité du comportement de l'enfant, les problèmes d'adaptation maternels et les obstacles au traitement), on s'est relativement peu intéressé a) aux processus réels de changements provoqués par la FGP et b) à l'efficacité différentielle de la FGP auprès de certains sous-groupes (par exemple, basés sur le sexe de l'enfant, le statut minoritaire ou encore le statut socioéconomique de la famille).¹⁵⁻¹⁷

Contexte de la recherche

Au cours des 45 dernières années, des centaines d'études sur la FGP menées auprès d'enfants manifestant des troubles de conduite ont été publiées.^{10-12,15-18} Les devis de recherche de ces études vont des descriptions de cas et protocoles à cas unique aux simples évaluations pré et post traitement et aux études cliniques contrôlées randomisées à grande échelle comprenant diverses conditions contrôles, incluant des traitements alternatifs. Généralement, la sophistication méthodologique de plusieurs de ces évaluations est assez élevée.^{7,11,15-16}

Questions clés de la recherche

1. Quelles sont les données probantes sur l'efficacité, la généralisabilité et la validité sociale des interventions de FGP auprès des jeunes enfants?
2. Quels sont les mécanismes de la FGP qui permettent de modifier le comportement de l'enfant?
3. L'efficacité de la FGP est-elle différente a) pour divers sous-groupes d'enfants, de parents et de familles et b) selon la forme et le type de l'intervention comme telle? Des interventions spécifiques aux sous-groupes sont-elles nécessaires pour améliorer l'intervention?
4. Quelle est la meilleure façon de diffuser plus largement (localement et internationalement) les interventions de FGP basées sur des données probantes, afin qu'elles soient utilisées de façon raisonnablement fidèle tout en permettant les adaptations nécessaires à chaque site?

Résultats de recherche

Efficacité, généralisabilité et validité sociale

Les recherches les plus importantes et les plus sophistiquées sur les interventions en FGP ont été menées avant l'adolescence (y compris avant l'âge de cinq ans) auprès des enfants manifestant des troubles de conduite. Ces interventions présentent aussi les résultats les plus prometteurs. Elles ont été utilisées avec succès dans des cadres cliniques et domestiques, ont été implantées auprès de familles individuelles ou de groupes de familles et ont comporté l'ensemble ou certaines des techniques de formation décrites plus haut. Les interventions de FGP auto administrées peuvent être efficaces pour certaines familles, bien que d'autres puissent avoir besoin d'interventions plus intensives.^{16,19} Le résultat immédiat du traitement a été quantifié par des modifications du comportement parental (par exemple, moins directif, contrôlant et critique, et plus positif), de celui de l'enfant (par exemple, moins d'agressivité physique et verbale, plus d'obéissance, moins destructeur), et par les perceptions parentales de l'adaptation des enfants. L'ampleur des effets est moyenne pour les comportements et l'adaptation des parents et moyenne/élevée pour le comportement des enfants.^{16,20-22} Une méta-analyse²³ a montré que le fait d'enseigner aux parents à interagir positivement avec leurs enfants et de les inciter à s'y exercer pendant les sessions de traitement était associé à une meilleure évolution de l'enfant et des pratiques parentales. Les habiletés de communication émotionnelle étaient aussi associées à des pratiques parentales plus positives, et le fait d'enseigner aux parents à utiliser correctement les temps d'arrêt et à répondre à l'enfant de manière cohérente et prévisible était associé à des résultats positifs chez l'enfant. Par ailleurs, des recensions récentes^{11,12} ont identifié plusieurs interventions de FGP solidement fondées empiriquement qui améliorent les problèmes de comportement chez les enfants d'âge préscolaire. Citons parmi elles Helping the Noncompliant Child,²⁴ the Incredible Years,²⁵ Parent-Child Interaction Therapy,²⁶ Parent Management Training-Oregon,²⁷ et Triple P (Positive Parenting Program).²⁸

On a aussi démontré que les effets positifs de plusieurs de ces interventions se généralisent à la maison, pendant de longues périodes de suivi (jusqu'à 14 ans et plus après le traitement), aux frères et sœurs qui n'ont pas suivi le traitement et aux comportements non traités. La validité sociale de ces effets a aussi été documentée (par exemple, satisfaction du client, amélioration vers des comportements plus normatifs). Par exemple, dans leur méta-analyse sur la FGP, Serketich et Dumas²² ont rapporté qu'au moins une mesure est passée sous l'intervalle clinique après l'intervention dans 17 des 19 groupes d'intervention étudiés, et que cela a été le cas pour toutes les mesures dans 14 groupes. De plus, les cinq programmes de FGP mentionnés plus haut ont fait l'objet d'une évaluation positive comparativement 1) à des conditions témoins sans

traitement, de type liste d'attente ou de type « placebo avec attention » (c'est-à-dire qui reçoivent le même niveau de temps et d'attention que la condition sous intervention, mais sans intervention) et 2) à des traitements familiaux alternatifs²⁹ et autres services communautaires disponibles en santé mentale.³⁰

Mécanismes

Dans plusieurs études, les chercheurs ont démontré que les changements de comportements parentaux sont médiateurs des effets de la FGP sur les jeunes enfants qui manifestent des troubles de conduite.¹⁵ C'est une découverte majeure qui touche le cœur de la FGP, puisqu'on a posé l'hypothèse que l'amélioration du comportement parental est le mécanisme central qui entraîne le changement du comportement de l'enfant. Cependant, il est important de noter que la majorité des études passées en revue n'ont pas pu soutenir cette hypothèse de médiation par le comportement parental.¹⁵

Modération

Généralement, on a porté très peu d'attention à l'efficacité différentielle de la FGP auprès de différents sous-groupes d'enfants, de parents et de familles, ou selon des variations de l'intervention (par exemple, le mode de prestation du traitement). Certaines caractéristiques de l'enfant pourraient être des modérateurs possibles de l'efficacité de l'intervention, notamment la gravité de ses problèmes de comportement, l'étendue de ses problèmes comorbides (par exemple le TDAH, l'anxiété, la dépression et les traits d'insensibilité affective ou IA), son âge, son sexe et son appartenance à une minorité. Parmi les caractéristiques familiales qui pourraient agir comme modérateurs, citons l'adaptation personnelle et conjugale, la monoparentalité et le statut socioéconomique.

Une méta-analyse s'est penchée sur les modérateurs de la FGP et a découvert que les résultats de l'intervention étaient moins marqués chez les enfants lorsque les problèmes de conduite de l'enfant étaient moins graves, en présence de monoparentalité, lorsque la famille avait un faible statut socioéconomique et lorsque la FGP était offerte en groupe plutôt que sur un mode individuel.¹⁶ Il est intéressant de noter que l'âge de l'enfant ne constituait pas un modérateur significatif. Lundahl et coll.¹⁶ ont aussi rapporté que, dans les milieux défavorisés, la FGP administrée individuellement aux familles était associée à des résultats plus positifs pour l'enfant

et à des pratiques parentales plus positives que la FGP administrée en groupe. Le sexe de l'enfant ne semble pas modérer les effets de la FPG, bien que la recherche sur ce sujet soit limitée.

Un domaine de recherche qui suscite actuellement l'intérêt est l'efficacité de la FGP pour les sous-groupes d'enfants qui présentent des problèmes de comportement précoces et qui manifestent aussi des traits d'IA (ou des émotions prosociales limitées, selon le DSM-5³¹). Les traits d'insensibilité affective sont caractérisés par un manque de considération pour les émotions des autres, une absence de culpabilité suivant un méfait, une émotivité limitée et un manque d'intérêt pour la performance; ils sont associés à un pronostic significativement plus sombre que celui des enfants qui présentent des problèmes de comportement précoces mais qui ne manifestent pas d'IA.³² Les enfants qui présentent à la fois des troubles de conduite et des niveaux élevés d'IA ne répondent pas aussi bien que les autres aux interventions traditionnelles de FGP. Dans une revue récente, les traits d'IA étaient associés à des résultats plus faibles suite à la FGP dans 81 % des études recensées (9 études sur 11).³³ Les enfants qui manifestent de l'IA répondent à la FPG, mais à un moindre degré que les autres. De plus, deux études ont documenté une réduction des traits d'IA (en plus d'une diminution des problèmes de comportement) suivant la FGP.^{34,35} On a suggéré de mettre un accent supplémentaire sur la promotion de la chaleur parentale et du renforcement positif dans les interventions de FPG menées auprès de ces enfants.³³

Efficacité/diffusion

Les essais de FGP à grande échelle ainsi que les études de diffusion interculturelle sont de plus en plus courants. Ces efforts de recherche fournissent une information essentielle sur la possibilité de transposer les interventions de FGP à des contextes réels et de les utiliser auprès de diverses populations. La méta-analyse de Michelson et coll.³⁶ a démontré que la FGP fonctionne lorsqu'elle est conduite dans des milieux réels, tel qu'indiqué par son succès a) dans des échantillons référés en clinique b) lorsque les thérapeutes ne sont pas spécialistes c) dans des contextes habituels d) lorsqu'elle est intégrée à des services de routine. Des essais sur l'efficacité interculturelle des programmes Incredible Years, Triple P, et Parent Management Training-Oregon ont été effectués en Europe, en Asie, en Australie et en Amérique du Nord.^{30,37-40} Le programme Triple P est actuellement implanté dans plus de 20 pays.²⁸ Des efforts pour établir la FGP dans des pays en voie de développement sont aussi en cours actuellement.⁴¹

Conclusions

L'approche FGP pour les jeunes enfants qui manifestent des troubles de conduite est sans doute une intervention de choix étant donné l'important soutien empirique en faveur de son efficacité, de sa généralisabilité et de sa validité sociale. L'hypothèse selon laquelle la modification du comportement parental est un mécanisme clé qui entraîne un changement de comportement chez l'enfant bénéficie aussi de plus en plus de soutien empirique.

La recherche méta analytique suggère que l'efficacité de la FGP à modifier le comportement de l'enfant est a) moindre dans les familles monoparentales et/ou économiquement défavorisées et lorsque les enfants présentent des traits d'IA; b) plus importante lorsque l'intervention est offerte individuellement aux familles (plutôt qu'en groupe) et lorsque les enfants présentent des troubles de conduite plus graves; et c) comparable pour les garçons et les filles ainsi que pour les échantillons appartenant à une majorité ou à une minorité.

La diffusion et les essais à grande échelle des interventions, dont plusieurs ont lieu dans des cadres internationaux, fournissent de l'information importante sur la faisabilité d'implanter des interventions de FGP dans des milieux réels.

Implications

En tout premier lieu, il est essentiel que les décideurs politiques choisissent des programmes de FGP qui ont une base empirique adéquate. Les recensions clés^{7,11,12} peuvent constituer de bons points de départ pour identifier des interventions potentielles.

Pour ce qui est des systèmes de prestation, les FGP offertes en groupe peuvent parfois constituer une alternative rentable par rapport à un travail individuel auprès de chaque famille, bien que l'intervention en mode individuel semble plus efficace, surtout auprès des familles économiquement défavorisées. Dans certains cas, la FGP auto administrée peut être suffisante. Des lignes directrices pour la sélection des modes particuliers de FGP sont nécessaires.

L'intérêt envers les interventions destinées à prévenir les troubles de conduite s'est considérablement accru au cours des 25 dernières années, stimulé en partie par les connaissances de plus en plus nombreuses sur la trajectoire précoce de ces troubles. La FGP peut avoir des effets préventifs importants, surtout si elle se déroule pendant la période préscolaire⁴² ou si elle fait partie d'interventions préventives plus larges pour les enfants d'âge scolaire à risque de troubles de conduite.^{43,44} Une revue intégrative de 26 revues et méta-analyses (1075 études)

publiées entre 1990 et 2008 a montré que l'ampleur des effets des interventions de FGP était plus grande que celle des interventions axées sur l'enfant ou celle des interventions offertes à l'école/dans la communauté ($d_s = 0.56, 0.41$ et 0.28 respectivement).⁴⁵ Si la FGP peut jouer un rôle dans la prévention des troubles de conduite, elle aura des implications importantes parce qu'elle réduira la nécessité d'interventions continues pendant la période développementale et à l'âge adulte.

La raison la plus convaincante d'utiliser la FGP à grande échelle est sa rentabilité potentielle. Les enfants qui présentent des problèmes de comportement précoces sont susceptibles de générer des coûts économiques considérables. On a estimé que la valeur potentielle de sauver un seul jeune d'une carrière criminelle varie entre 3,2 et 5,5 millions de dollars.⁴⁶ Le soutien empirique en faveur de la FGP, la disponibilité de manuels pour plusieurs programmes de FGP et plusieurs niveaux de prestation (manuels qui contribuent à la diffusion et à la standardisation des interventions), ainsi que le potentiel d'effets préventifs de la FGP sont tous des éléments favorables à des économies significatives. Dans une étude coûts-bénéfices menée par le Washington State Institute of Public Policy,⁴⁷ les ratios bénéfiques/coûts variaient de 1,20 à 5,63 pour les interventions Incredible Years, Parent-Child Interaction Therapy et Triple P, c'est-à-dire que, pour chaque dollar dépensé en intervention, les économies engendrées variaient de 1,20 \$ à plus de 5 \$.

Malgré cette évaluation très positive de la FGP pour les jeunes enfants qui manifestent des troubles de conduite, plusieurs aspects de cette approche nécessitent une attention croissante et continue. Citons par exemple, a) le développement de lignes directrices pour sélectionner l'intervention; b) l'identification et l'élaboration des processus d'implication familiale et de changement lors d'une FGP;⁴⁸ c) l'examen de stratégies pour améliorer les résultats et accroître la généralisation des effets des interventions, surtout dans les groupes moins desservis; d) le rôle de la FGP en tant qu'intervention préventive; et e) les questions conceptuelles, empiriques et pragmatiques qui naissent de la diffusion des interventions à grande échelle.⁴⁹ L'incorporation des technologies novatrices dans le devis, la prestation et l'amélioration de la FGP (par ex., via internet ou des applications pour téléphones intelligents) est particulièrement prometteuse.⁵⁰

Références

1. Kimonis E, Frick PJ, McMahon RJ. (2014). Conduct and oppositional defiant disorders. In: Mash EJ, Barkley RA, eds. *Child psychopathology*. 3rd ed. New York, NY: Guilford Press; 2014:145-179.

2. Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review* 1993;100(4):674-701.
3. Patterson GR. *Coercive family process*. Eugene, Ore: Castalia Publishing Company; 1982.
4. Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. *Antisocial boys*. Eugene, Ore: Castalia Publishing Company; 1992.
5. Chamberlain P, Reid JB, Ray J, Capaldi DM, Fisher P. Parent inadequate discipline (PID). In: Widiger TA, Frances AJ, Pincus HA, Ross R, First MB, Davis W, eds. *DSM-IV sourcebook. Vol. 3*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1997:569-629.
6. Feinberg ME, Solmeyer AR, McHale, SM. The third rail of family systems: Sibling relations, mental and behavioral health, and preventive intervention in childhood and adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2012;15(x):43-57.
7. McMahon RJ, Wells KC, Kotler JS. Conduct problems. In: Mash EJ, Barkley RA, eds. *Treatment of childhood disorders*. 3rd ed. New York NY: Guilford Press.;2006:137-268.
8. Kazdin AE. *Conduct disorders in childhood and adolescence*. 2nd ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 1995:82.
9. Dumas JE. Treating antisocial behavior in children: Child and family approaches. *Clinical Psychology Review* 1989;9(2):197-222.
10. Miller GE, Prinz RJ. Enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorder. *Psychological Bulletin* 1990;108(2):291-307.
11. Eyberg SM., Nelson MM, Boggs, SR. Evidence-based treatments for child and adolescent disruptive behavior disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2008;37(1):213-235.
12. McMahon RJ, Pasalich D. Family-based interventions for young children with conduct problems as a means of delinquency prevention. In: Craig WM, Pepler DJ, Cummings J, eds. *Creating healthy relationships to prevent bullying: Get the tools to take action (PREVNet Series, Volume V)*. Ottawa, ON: National Printers; In press.
13. Forehand R, Middlebrook J, Rogers TR, Steffe M. Dropping out of parent training. *Behaviour Research and Therapy* 1983;21(6):663-668.
14. Kazdin AE. Assessing the clinical or applied importance of behavior change through social validation. *Behavior Modification* 1977;1(4):427-452.
15. Forehand R, Lafko N, Parent J, Burt KB. Is parenting the mediator of change in behavioral parent training for externalizing problems of youth? *Clinical Psychology Review* 2014;34(8):608-619.
16. Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy MC. A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review* 2006;26(1):86-104.
17. Reyno SM, McGrath PJ. Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems – A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006;47(1):99-111.
18. O'Dell SL. Training parents in behavior modification: A review. *Psychological Bulletin* 1974;81(7):418-433.
19. O'Brien M, Daley, D. Self-help parenting interventions for childhood behaviour disorders: A review of the evidence. *Child: Care, Health and Development* 2011;37(5):623-637.
20. Dretzke J, Davenport C, Frew E, Barlow J, Stewart-Brown S, Bayliss S, Taylor RS, Sandercock J, Hyde C. The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: A systematic review of randomized controlled trials. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2009;3(7).
21. Maughan DR, Christiansen E., Jenson WR, Olympia D, Clark E. Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorders: A meta-analysis. *School Psychology Review* 2005;34(3):267-286.
22. Serketich WJ, Dumas JE. The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy* 1996;27(2):171-186.

23. Kaminski JW, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2008;36(4):567-589.
24. McMahon RJ, Forehand RL. *Helping the noncompliant child: Family-based treatment for oppositional behavior*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2003.
25. Webster-Stratton, C, Reid, JM. The Incredible Years parents, teachers, and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct disorders. In: Weisz JR, Kazdin AE, eds. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2010:194-210.
26. Zisser A, Eyberg, SM. Parent-Child Interaction Therapy and the treatment of disruptive behavior disorders. In: Weisz JR, Kazdin AE, eds. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2010:179-193.
27. Forgatch MS, Patterson, GR. Parent Management Training—Oregon model: An intervention for antisocial behavior in children and adolescents. In: Weisz JR, Kazdin AE, eds. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press; 2010:159-178.
28. Sanders MR. Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annual Review of Clinical Psychology* 2012;8:345-379.
29. Wells KC, Egan J. Social learning and systems family therapy for childhood oppositional disorder: Comparative treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry* 1988;29(2):138-146.
30. Taylor TK, Schmidt F, Pepler D, Hodgins C. A comparison of eclectic treatment with Webster-Stratton's parents and children's series in a children's mental health center: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy* 1998;29(2):221-240.
31. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
32. Frick PJ, Ray JV, Thornton LC, Kahn RE. (2014). Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review. *Psychological Bulletin* 2014;140(1):1-57.
33. Hawes DJ., Price MJ, Dadds MR. Callous-unemotional traits and the treatment of conduct problems in childhood and adolescence: A comprehensive review. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2014;17(3):248-267.
34. McDonald R, Dodson MC, Rosenfield D, Jouriles EN. Effects of a parenting intervention on features of psychopathy in children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2011;39(7):1013-1023.
35. Somech LY, Elizur Y. Promoting self-regulation and cooperation in pre-kindergarten children with conduct problems: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2012;51(4):412-422.
36. Michelson D, Davenport C, Dretzke J, Barlow J, Day C. Do evidence-based interventions work when tested in the "real world?" A systematic review and meta-analysis of parent management training for the treatment of child disruptive behavior. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2013;16(1):18-34.
37. Scott S, Spender Q, Doolan M, Jacobs B, Aspland H. Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *British Medical Journal* 2001;323(7306):194-197.
38. Leung C, Sanders MR, Leung S, Mak R, Lau J. An outcome evaluation of the implementation of the Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. *Family Process* 2003;42(4):531-544.
39. Ogden T, Amlund Hagen K. Treatment effectiveness of parent management training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008;76(4):607-621.
40. Zubrick SR, Ward KA, Silburn SR, Lawrence D, Williams AA, Blair E, Robertson D, Sanders MR. Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family intervention. *Prevention Science* 2005;6(4):287-304.

41. Mejia A, Calam, C, Sanders MR. A review of parenting programs in developing countries: Opportunities and challenges for preventing emotional and behavioral difficulties in children. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2012;15(2):163-175.
42. Reid JB. Prevention of conduct disorder before and after school entry: Relating interventions to developmental findings. *Development and Psychopathology* 1993;5(1-2):243-262.
43. Conduct Problems Prevention Research Group. Impact of early intervention on psychopathology, crime, and well-being at age 25. *American Journal of Psychiatry* 2015;172(1):59-70.
44. Tremblay RE, Vitaro F, Bertrand L, LeBlanc M, Beauchesne H, Boileau H, David L. Parent and child training to prevent early onset of delinquency: The Montreal longitudinal-experimental study. In: McCord J, Tremblay RE, eds. *Preventing antisocial behavior: Interventions from birth through adolescence*. New York,
45. Beelmann A, Raabe T. The effects of preventing antisocial behavior and crime in childhood and adolescence: Results and implications of research reviews and meta-analyses. *European Journal of Developmental Science* 2009;3(3):260-281.
46. Cohen MA, Piquero AR. New evidence on the monetary value of saving a high risk youth. *Journal of Quantitative Criminology* 2009;25(1):25-49.
47. Lee S, Aos S, Drake E, Pennucci A, Miller M, Anderson L. Return on investment: Evidence-based options to improve statewide outcomes, April 2012 (Document No. 12-04-1201). 2012; Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
48. Nock MK, Ferriter C. Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: A conceptual and empirical review. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2005;8(2):149-166.
49. Turner KMT, Sanders MR. Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: Learning from the Triple P – Positive Parenting Program system approach. *Aggression and Violent Behavior* 2006;11(2):176-193.
50. Jones DJ, Forehand R, Cuellar J, Kincaid C, Parent J., Fenton N, Goodrum N. Harnessing innovative technologies to advance children’s mental health: Behavioral parent training as an example. *Clinical Psychology Review* 2013;33(2):241-252.