

## LES PROGRAMMES DE GESTION DE LA COLÈRE AVEC DES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE : LES DERNIÈRES AVANCÉES

Marlène Galdin, Annie Stipanovic et Luc Robitaille

Cette revue de la documentation recense les études parues entre 2001 et 2010 mesurant les effets de programmes de gestion de la colère élaborés pour des personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) et des troubles de comportement (TC). L'objectif de cet article est de présenter et d'analyser la constitution des programmes de gestion de la colère utilisés récemment dans le contexte singulier de la DI et des TC. Les études recensées ( $N = 12$ ) ont été différenciées selon deux approches. Les résultats de ces recherches montrent que les programmes établis selon l'approche cognitivo-comportementale ayant une composante de relaxation ( $n = 8$ ), tout comme ceux établis sur l'approche cognitivo-comportementale basée sur le « mindfulness » ( $n = 4$ ) auraient des effets bénéfiques sur les TC malgré des fondements différents. L'adéquation des choix des composantes des programmes expérimentés et l'adaptation des situations d'apprentissage en lien avec la DI sont discutées.

### INTRODUCTION

Hill et Bruininks (1984) ont estimé à 26,6 % la prévalence des comportements agressifs des personnes ayant une DI envers leurs intervenants (sur 236 résidences de types communautaire et institutionnel aux États-Unis). Ce pourcentage s'élèverait à 36,9 % en institution alors qu'il se situe à 16,3 % en contexte communautaire. Les pourcentages reflétant la présence d'agressivité sont différents d'une étude à l'autre (p. ex. 35 % des personnes ayant une DI en institution et 17 % de celles vivant en résidence supervisée [Taylor, 2002], 9 % à 24 % des personnes ayant une DI [Gardner et Moffat, 1990] et jusqu'à 51,7 % des personnes ayant une DI [Crocker, Mercier, Allaire et Roy, 2007]),

mais restent toujours élevés pour cette population. Le stress, l'anxiété ou les troubles de l'humeur sont des états associés à une mauvaise régulation des émotions. Ils affectent particulièrement les personnes ayant une DI (Girouard et Tassé, 2002; Holten et Gitlesen, 2002). L'agressivité et la violence physique émergeraient des conséquences d'une mauvaise régulation de l'émotion de la colère (Novaco, 1994). Cette situation rendrait donc compte de l'occurrence élevée de comportements agressifs auprès de la clientèle présentant une DI (Gardner, Cole, Berry et Nowinsky, 1983).

L'agressivité et la violence physique sont considérées comme des troubles de comportement (TC). Ils sont définis comme « une action ou un ensemble d'actions qui est jugé problématique parce qu'il s'écarte des normes sociales, culturelles ou développementales et qui est préjudiciable à la personne ou à son environnement social ou physique » (Tassé, Sabourin, Garcin et Lecavalier, 2010). Selon Tassé et al. (2010), un TC peut s'élever à un niveau de sévérité tel qu'il mettra en danger, réellement ou potentiellement, l'intégrité physique

---

Marlène Galdin, Ph.D., Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (CRDITED MCQ), Adresse électronique : marlene\_galdin@sss.gouv.qc.ca; Annie Stipanovic, Ph.D., Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR); Luc Robitaille, B.A., B.Sc, Département des sciences de l'activité physique, UQTR.

ou psychologique de la personne, d'autrui ou de l'environnement, ou qu'il compromettra sa liberté, son intégration ou ses liens sociaux. Il est alors question de trouble grave de comportement (TGC).

Au-delà du traitement pharmacologique, Whitaker (2001) mentionne que les interventions visant le contrôle de la colère et la réduction des troubles de comportement sont réparties en quatre catégories : (a) les interventions comportementales<sup>1</sup> - suppression du comportement inadéquat en ayant recours à la punition ou à des renforcements différentiels; (b) les interventions écologiques - modification de la routine ou de l'environnement afin de prévenir l'apparition des comportements inappropriés; (c) les stratégies réactives - acquisition de techniques et stratégies par les intervenants pour gérer le comportement (p. ex. agressif) quand il apparaît, et (d) la programmation positive - acquisition de nouvelles habiletés permettant à la personne ayant une DI de vivre dans son environnement sans ressentir le besoin d'utiliser les comportements inappropriés. Les interventions inspirées de la programmation positive reposent sur l'objectif de fournir à l'individu un contrôle intrinsèque sur son comportement. Les moyens d'intervention extrinsèques (a, b, c) imposent une dépendance de l'individu vis-à-vis des services lui permettant d'optimiser sa gestion des comportements (Whitaker, 2001). Dans une perspective d'émancipation de l'autonomie des personnes ayant une DI et dans une visée d'intégration sociale, l'optimisation des ressources intrinsèques de l'individu doit être encouragée. L'acquisition d'habiletés d'autorégulation, particulièrement d'autorégulation émotionnelle, trouve ainsi sa place dans un plan de réadaptation. Des programmes cognitivo-comportementaux d'acquisition d'habiletés de gestion des émotions et, notamment de gestion de la colère ont été adaptés pour les personnes ayant une DI dans les cas de comportements agressifs physiques ou verbaux et de destruction de biens.

Selon le Mindfulness Research Group, les approches cognitivo-comportementales semblent prometteuses en DI pour les cas de TC/TGC (Singh, Wahler, Adkins et Myers, 2003). Selon eux,

<sup>1</sup> Ceci est notre traduction de ce que l'auteur nomme « contingency management ».

l'intervention en gestion de la colère, avec les personnes ayant une DI, pourrait être rapportée à une composante principale et prioritaire : une intervention basée sur les thérapies de *mindfulness* (pleine conscience). En ce qui concerne les personnes ayant une DI, Singh et al. (2003) postulent que l'utilisation d'une méditation simple et l'apprentissage des principes fondateurs du « *mindfulness* » devraient avoir des effets positifs sur les problématiques comportementales. Les thérapies « *mindfulness* » ou thérapies fondées sur la pleine conscience ont pris naissance suite à la rencontre des thérapies cognitives et des méditations bouddhistes (Bishop, Lau, Shapiro et Carlson, 2004). Ces thérapies semblent efficaces avec différents types de population ayant des problèmes émotionnels et des troubles du comportement (Singh et al. 2007). Être *pleinement conscient* peut être décrit comme avoir un esprit clair et calme, focalisé sur le moment présent. Une technique de méditation simple, liée au « *mindfulness* », se nomme « *Soles of the feet* ». Cette dernière a été utilisée auprès d'échantillons sans DI. Par exemple, elle a été utilisée auprès d'adolescents présentant un trouble oppositionnel (Singh et al., 2007). Les résultats de ces études tendent vers une efficacité de la pratique de cette méditation sur la réduction des comportements problématiques. Le nombre de participants demeure cependant petit et les protocoles expérimentaux reposent sur des mesures prises en pré et post traitement.

Selon Whitaker (2001), la preuve scientifique de l'efficacité des approches cognitivo-comportementales de gestion de la colère, avec les personnes ayant une DI, reste plus fragile que celle concernant les effets des approches comportementales sur la réduction des comportements agressifs. Cependant, non seulement les thérapies comportementales n'entraînent pas l'apprentissage d'habiletés d'autocontrôle, mais elles ont aussi démontré leur efficacité surtout en milieu expérimental et contrôlé. Taylor (2002), en accord avec Whitaker (2001) et tous deux auteurs de revues de littérature sur les traitements de gestion de la colère chez des personnes ayant une DI, met en évidence le besoin de développement d'outils d'évaluation standardisés de la colère et de gestion de la colère avec les personnes ayant une DI. Les lacunes méthodologiques dans les études testant l'efficacité des programmes cognitivo-

comportementaux sont observées par les deux auteurs. L'ajout d'un groupe contrôle, la comparaison de traitements et la combinaison des traitements (pharmacologique et cognitivo-comportemental) sont des recommandations faites par ces derniers. Whitaker (2001) recommandait également d'allonger la durée des programmes pour les personnes ayant une DI, car lors de sa recension, les interventions se déroulaient, le plus souvent, durant 12 séances. Hassiotis et Hall (2009), quant à eux, ont recensé quatre études mesurant les effets des programmes cognitivo-comportementaux ayant une composante de relaxation. Ces études ont été retenues pour la qualité de leur protocole expérimental. En effet, ces dernières étaient randomisées ou quasi randomisées. Hassiotis et Hall (2009) concluent à leur tour que les résultats de ces études suggèrent que les techniques cognitivo-comportementales ont le potentiel de réduire l'agressivité dirigée vers autrui chez les individus ayant une DI. Cependant, ces auteurs notent le peu d'études retenues et soulignent certaines lacunes méthodologiques : grandeur de l'échantillon, manque de définition des critères d'inclusion et durée de la période de suivi.

## **MÉTHODE**

Dans la lignée de Whitaker (2001) et Taylor (2002), nous avons effectué une revue de littérature portant sur les programmes de gestion de la colère destinés aux personnes ayant une DI, pour la période de 2001 à 2010. De plus, nous avons élargi les critères d'inclusion des études retenues par Hassiotis et Hall (2009) qui ne retenir que les études mesurant les effets des programmes (études randomisées ou quasi randomisées). Notre objectif est de mettre en évidence les composantes utilisées récemment dans les programmes de gestion de la colère dans le contexte singulier de la DI et des TC.

Les bases de données MEDLINE, PSYCHINFO, ERIC, Psychology and Behavioral Science Collection et Google Scholar ont été sondées afin de recenser les articles concernant les interventions impliquant un ou des processus d'acquisition d'habiletés d'autorégulation et de gestion des émotions. Les années de sélection se situaient entre 2001 et 2010 pour les articles de langue anglaise et française. Une recherche combinée des termes suivants :

« mental retardation », « intellectual disabilit\* », « learning disabilit\* », « problem\* behavio(ur)\* », « challeng\* behavior\* », « anger » et « agress\* », « managment », « control », « treatment » et finalement « effects », fut conduite en tenant compte de toutes les tranches d'âge. Les articles recherchés devaient relater la mesure des effets de programmes de gestion de la colère dans le cas de personnes ayant une DI et des TC tout en offrant de l'information sur la procédure d'intervention utilisée.

Suite à cette recherche et au sondage des références bibliographiques des articles éligibles (pour les plus récents), 12 études publiées ont été retenues. Nous avons classé ces dernières selon deux approches. Nous différencions ici les programmes établis selon l'approche cognitivo-comportementale ayant une composante de relaxation ( $n = 8$ ) de ceux ayant une approche cognitivo-comportementale axée sur le « mindfulness » ( $n = 4$ ).

## **RÉSULTATS**

### **Les programmes de gestion de la colère établis sur l'approche cognitivo-comportementale avant une composante relaxation**

Ces programmes conceptualisent la colère comme une réponse émotionnelle à une situation à l'intérieur de laquelle l'individu perçoit une forme de provocation. Selon l'approche Novaco, la colère constitue un état émotionnel subjectif caractérisé par la présence d'une activation physiologique et des cognitions d'opposition (Novaco, 1994). La méthode Novaco de gestion de la colère, élaborée en fonction de ce présumé, a été testée chez plusieurs populations et son efficacité est fréquemment rapportée (Burns, Bird, Leach et Higgins, 2003). Les programmes de gestion de la colère ont le plus souvent un rationnel de planification de leurs séances et activités issues de cette méthode. Huit études mesurant l'efficacité des programmes de ce type auprès de personnes ayant une DI ont été retenues.

### **Description des études**

Les résultats de ces études (Tableau 1) indiquent généralement une diminution de l'intensité de la

colère suite à la participation aux programmes ainsi qu'une amélioration de la capacité de gestion de cette dernière. Cependant, quelques résultats seulement sont appuyés par des seuils statistiques significatifs.

Les protocoles expérimentaux sont, pour la moitié, des mesures pré et post-traitement (avec prise de mesure de maintien de 1 à 4 mois suivant l'intervention). Plus de la moitié des études présentent un groupe contrôle. Deux des études (Taylor, Novaco, Gillmer, Robertson et Thorne, 2005; Willner, Jones, Tams et Green, 2002) retenues font partie des études présentées par Hassiotis et Hall (2009). Le nombre de participants varie de 3 à 47 (avec une moyenne de 20 participants pour les huit études). Le niveau de la DI varie de léger à grave. Lors des recensions d'études précédentes, aucune ne comportait de niveau atteignant la DI profonde. Le nombre de séances des programmes varie de neuf séances par semaine à raison de deux heures par séance (Willner et al., 2002) à 40 séances sur neuf mois à raison de 40 à 60 minutes par séance (Lindsay et al., 2004). Le niveau de gravité du TC n'est pas toujours mentionné dans les études retenues. Cependant, Taylor, Novaco, Gillmer et Thorne (2002) effectuent leur étude avec des participants en milieu médico-légal, indiquant une certaine gravité des actes. De plus, des participants de deux des études avaient des problèmes psychiatriques associés (Burns et al., 2003; Jones, Minnes, Elms, Paret et Vilela, 2007). Sept des études obtiennent des résultats significatifs.

Dans la recension des écrits de Whitaker (2001), les éléments clés des programmes visant la gestion de la colère étaient (a) la relaxation; (b) la surveillance (*monitoring*) de ses comportements et sentiments incluant l'autoévaluation, l'auto-renforcement et l'autopunition; (c) l'éducation à propos de la colère (observer le patron de sa colère, introduire le concept de responsabilité, examiner les conséquences, apprendre à utiliser la colère comme signe pour commencer à penser, etc.) et d'autres émotions, l'auto-instruction (utiliser ses paroles pour diriger ses comportements, différencier les phrases qui provoquent la colère de celles amenant à se calmer,

etc.); (d) la résolution de problème (entraîner le participant à considérer la situation comme un problème et à le résoudre). Les deux derniers éléments peuvent quelquefois être considérés comme un seul, car l'auto-instruction implique fréquemment des éléments de la résolution de problème (Whitaker, 2001). Les résultats de cette revue de littérature ne permettaient pas de savoir quelle était l'efficacité individuelle des différentes composantes des programmes. Seules les composantes plus comportementales des programmes semblaient être soutenues par quelques données probantes. Par exemple, la relaxation, prise individuellement, a fait l'objet de quelques études quant à son effet sur les TC (p. ex. Lindsay et Baty, 1989).

À notre avis, la structure des programmes s'organise autour de cinq catégories, soit (a) le contrôle physiologique *per se*, (b) l'apport d'un nouveau contenu cognitif à propos des émotions et des signes physiologiques (éducation), (c) la modification des cognitions, (d) l'apprentissage de comportements et (e) les stratégies facilitatrices d'intégration du contenu proposé (p. ex. pictogrammes). Les catégories peuvent être interreliées en fonction de la logique sous-tendant la présentation des modules des programmes.

En examinant les différents programmes retenus par notre propre recension des écrits, nous avons mis en évidence les modules les plus fréquemment utilisés. Ainsi, neuf modules sont identifiés dans les procédures d'intervention, soit (a) la relaxation (8/8)<sup>2</sup>, (b) l'identification des émotions (7/8), (c) la reconnaissance des signes physiologiques (6/8), (d) la résolution de problème (6/8), (e) les jeux de rôle (6/8), (f) la restructuration cognitive (5/8), (g) le discours interne (4/8), (h) le journal de bord (3/8), et (i) l'utilisation de pictogrammes (2/8). Il est à noter que deux études ont utilisé l'affirmation de soi dans le module de la résolution de problème (Hagiliassis, Gulbenkoglu, Di Marco, Young et Hudson, 2005; Jones et al., 2007). Les huit programmes utilisent cinq modules ou plus pour permettre aux personnes ayant une DI d'acquérir l'habileté de gestion de la colère.

---

<sup>2</sup> Le chiffre entre parenthèses réfère à la fréquence d'utilisation de la composante dans les huit études utilisant l'approche cognitivo-comportementale avec une composante relaxation.

### **Les programmes de gestion de la colère d'approche cognitivo-comportementale axée sur le « mindfulness »**

Lors de la recension des programmes visant la gestion de la colère, quatre études sur l'évaluation des effets de l'utilisation du « mindfulness » avec la méditation « Soles of the feet », auprès de personnes ayant une DI, ont été recensées.

#### **Description des études**

Pour les quatre études recensées (Tableau 2), le niveau de DI varie de léger (Singh et al., 2003, Singh et al., 2008) à moyen (Adkins, Singh, Winton, McKeegan et Singh, 2010; Singh et al., 2007) chez les participants. Le nombre des participants est peu élevé, variant de un participant pour Singh et al. (2003) à six participants pour Singh et al. (2008). Les participants de chacune des études avaient des comportements agressifs d'une telle gravité, que leur retour (ou leur maintien) dans la communauté était remis en question. Plusieurs des participants avaient vécu des épisodes d'institutionnalisation à répétition dus à leurs comportements. Des troubles psychiatriques, sur l'axe I du DSM-IV (2000), étaient associés à la DI tels que le trouble de la conduite, le symptôme psychotique (Singh et al., 2003), le trouble bipolaire ou encore le déficit de l'attention avec hyperactivité (Singh et al., 2008), pour n'en citer que quelques exemples. Certains participants présentaient un trouble du comportement sexuel et un trouble du comportement agressif. L'étude d'Adkins et al. (2010) se déroulait dans un contexte non institutionnalisé, ce qui n'est pas le cas pour les trois autres études.

Le programme de gestion de la colère, élaboré autour de la méditation « Soles of the feet », est décrit selon cinq étapes (Singh et al., 2003). La première étape consiste à reconnaître les situations critiques et les précurseurs d'une agression physique ou verbale (cela se faisant au besoin par l'utilisation de jeux de rôle). Ensuite, le participant doit laisser l'émotion, le ressenti et les pensées liés à la colère émerger sans tenter de les interrompre ni d'y répondre physiquement. Lors d'une troisième étape, ce dernier doit porter son attention sur sa plante des pieds tout en prenant une posture et une respiration naturelle. Puis, il est alors invité à prendre pleinement conscience de la plante de ses pieds (p.

ex. en bougeant les orteils, en ressentant les points d'appui) jusqu'à devenir calme et avoir les idées claires. Enfin, le participant doit s'éloigner de la situation avec un sourire ou répondre de manière appropriée.

Ainsi, il était demandé au participant de reconnaître les situations qui déclenchent la colère et les précurseurs de l'agression physique ou verbale. Les auteurs recommandent d'utiliser une procédure nommée « recreating the scene » visant à faire revivre au participant, sous surveillance et accord du personnel de soin, une situation réellement vécue si les déficits cognitifs sont plus importants. Puis, la procédure « Soles of the feet » est enseignée de manière intensive durant une semaine (deux fois par jour durant 30 minutes) alors que le participant est assis confortablement (Singh et al., 2003). Des exercices, à faire en dehors de la formation, sont aussi prescrits durant la deuxième semaine. Des supports audio peuvent être fournis aux participants. Une fois que le participant effectue la procédure de manière automatisée, il est invité à la réaliser dans diverses positions physiques et conditions environnementales. Cette période de pratique peut durer jusqu'à 35 semaines (Singh et al., 2007) et est supervisée par les intervenants au moins deux fois par jour. Pour l'étude de Singh et al. (2008), certains aménagements ont dû être mis en place afin que les participants ayant une DI moyenne puissent utiliser correctement la procédure enseignée. Ainsi, un diachylon de 1,27 cm de diamètre a été appliqué sous les pieds des participants afin de faciliter le changement de l'attention et de la concentration sur ce point.

Les quatre protocoles expérimentaux proposés sont des prises de mesure pré et post traitement (« multiple baseline design »). Les mesures de maintien sont faites 12 mois après l'entraînement au « mindfulness » pour l'étude de Singh et al. (2003) et après 24 mois pour celle de Singh et al. (2007). Il n'y a pas de mesure de maintien pour l'étude de Singh et al. (2008), même si la durée totale des prises de mesure en lien avec la formation au « mindfulness » s'étale sur 27 mois. Les variables mesurées sont (a) le nombre de comportements agressifs (Singh et al., 2003; Singh et al., 2007; Singh et al., 2008), (b) le nombre de mesures mises en place par les intervenants, (c) le nombre de blessures infligées au personnel (Singh et al., 2008)

et (d) la médication (Singh et al., 2003). Pour les quatre études, on observe une diminution drastique de ces variables ainsi que le maintien de ces résultats à travers le temps. Dans l'étude de Singh et al. (2008), les comportements d'un des participants auraient même disparus. Les mesures sont complétées par les participants (quand le niveau de DI le permet), mais principalement par les intervenants. Adkins et al. (2010) ajoutent des mesures de stress, de dépression et d'anxiété. Les scores de ces variables baissent durant l'entraînement initial au « mindfulness » et continuent à baisser avec la pratique de la méditation. Cela dit, les résultats de ces études sont de nature descriptive. Les auteurs n'indiquent aucun indice de significativité statistique.

## **DISCUSSION**

Notre article a pour objectif de faire le point sur les dernières avancées concernant les procédures utilisées dans les programmes de gestion de la colère basés sur les approches cognitivo-comportementales dédiées aux personnes ayant une DI. Sturmey (2004) mentionne que la plupart des interventions de type cognitif sont, en fait, des curriculums incluant des interventions comportementales comme la relaxation et l'entraînement à des habiletés sociales conjointement à des méthodes cognitives. Cette recension des écrits nous a permis de faire une différenciation entre les techniques axées sur la relaxation et celles axées sur le « mindfulness ».

L'efficacité des programmes de gestion de la colère, établie selon l'approche cognitivo-comportementale ayant une composante relaxation, semble se confirmer, notamment quant à l'expressivité de la colère. Les mesures prises dans les études publiées portent principalement sur l'évaluation de la colère, de son évocation et de sa démonstration à travers l'acte agressif. Les recommandations faites par Whitaker (2001) et Taylor (2002) ont donc été retenues par les chercheurs. Ainsi, ces derniers évaluent les effets directs des programmes de gestion de la colère. Les évaluations spécifiques de la colère semblent s'uniformiser dans la plupart des études,

notamment avec le « Novaco Anger Scale » et le « Provocation Inventory » (p. ex. Burns et al., 2003; Taylor et al., 2002) et montrent des changements statistiquement significatifs. Cela dit, les mesures des effets indirects tels que la gravité du TGC, la qualité de vie ou, encore, le maintien dans la communauté, restent peu présentes. À l'instar des études relevées par Whitaker (2001), les études que nous avons recensées n'abordent pas non plus l'efficacité relative des différentes composantes sur la gestion de la colère ou sur le TGC.

La mise en contexte des cognitions et des réponses aux situations évoquant la colère, par l'intermédiaire des jeux de rôle, est présente dans la plupart des études recensées. Ainsi, les personnes ayant une DI n'ont plus uniquement à comprendre les concepts théoriques de la colère, mais peuvent se mettre en situation et travailler avec les cognitions ainsi que les comportements reliés à la colère qui leur sont personnels. Ce constat ouvre la porte à l'intérêt de l'évaluation (et de la compréhension) des schémas et des processus cognitifs mis en jeu dans le cadre de la mauvaise gestion de la colère et du TC chez des personnes ayant une DI, telle que recommandée dans les travaux de Whitaker (2001) et Taylor (2002). Force est de constater qu'à ce jour, aucune étude n'a permis cette analyse. De plus, aucune d'entre elles ne s'est intéressée aux effets potentiels des programmes sur les capacités cognitives des personnes ayant une DI.

Nous retenons par contre l'étude d'Hagiliassis et al. (2005). Ces auteurs ont évalué un programme dédié à des personnes ayant une DI profonde ou grave et présentant donc des difficultés de communication verbale importantes. Ils ont introduit l'utilisation systématique de pictogrammes non seulement pour représenter les expressions faciales, mais bien comme des aides visuelles d'apprentissage et comme un médium facilitant la communication pour l'ensemble du contenu du programme. L'utilisation du jeu de rôle et des répétitions verbales permet également de faciliter l'apprentissage des habiletés. Ces auteurs sont les premiers à introduire des mesures telles que le « Peabody Picture Vocabulary Test » et le « Raven Coloured Progressive Test ».

**Tableau 1**

**Études recensées de 2001 à 2010 : gestion de la colère par l'approche cognitivo-comportementale incluant la relaxation**

<b>Auteurs/ Année</b>	<b>Force**</b>	<b>Échantillon</b>	<b>Mesures</b>	<b>Durée</b>	<b>Procédure</b>	<b>Conclusions</b>
Taylor et al. (2002)	2	<i>N</i> = 19 (DI) (QI entre 55-80)  Groupe expérimental ( <i>n</i> = 9)  Groupe contrôle ( <i>n</i> = 10)	Provocation inventory (PI) Ward anger scale (WARS)  Clinician Rating scale (CRS)  Mesures prises : Pré Post Suivi (1 mois après la fin)	18 sessions d'une heure  2 sessions par semaine	Traitement individuel  Approche cognitivo-comportementale basée sur l'approche de Novaco <sup>a</sup>  Comparaison des résultats pré et post traitement.  Les traitements ont été administrés par trois psychologues expérimentés.  Divisée en phases : (a) six sessions préparatoires (donner de l'information sur le traitement, motiver le changement des comportements mettant en évidence le coût des comportements dérangeants, encourager la confiance envers le thérapeute, favoriser la collaboration, développer des habiletés de base); (b) 12 sessions de traitement (monitoring des signes de la colère, analyse détaillée de la manière de gérer la colère, hiérarchiser les causes de la colère, restructuration cognitive, « arousal reduction techniques », jeu de rôle pour aider la résolution de problème, développement de l'auto-instruction).	Diminution de l'intensité colère (auto-reportée) a été montrée par une variation du PI.  Une diminution non significative de la colère perçue par les intervenants a été observée avec les résultats du WARS.  Les mesures au CRS permettent d'observer une amélioration des comportements sociaux associés à la gestion de la colère. Ces résultats se sont maintenus pendant un suivi de un mois.
Willner et al. (2002)*	2	<i>N</i> = 14 Difficulté d'apprentissage  Groupe expérimental ( <i>n</i> = 7)	Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised  Anger Inventory  Provocation Index Rapports des intervenants	Neuf séances de 2 heures  Une séance par semaine  Séances de groupe	Intervention de groupe Toutes les séances commencent par un échauffement et une pause thé/café au milieu.  Apprentissage de techniques de relaxation	Diminution de la colère dans le groupe expérimental (Anger Inventory).  Un maintien des améliorations aux évaluations 3 mois post-traitement. Les sujets accompagnés de leurs aidants ( <i>n</i> = 4) ont eu une plus grande

		Liste d'attente ( <i>n</i> = 7)	Rapports personnels  Pré (3 semaines avant le début) Post (3 semaines après la fin) Suivi (3 mois après la fin)		Liste des sujets abordés : but et règles du groupe, les déclencheurs de la colère, composantes physiologiques et comportementales de la colère, stratégies cognitives et comportementales pour éviter et gérer l'escalade de la colère, affirmation de soi.  Utilisation du jeu de rôle utilisant les situations frustrantes vécues, par le sujet, dans la semaine.	amélioration que ceux n'ayant pas d'aidant présent ( <i>n</i> = 3) aux rencontres.
Burns et al. (2003)	4	<i>N</i> = 3 Hommes (33-37 ans)	Novaco Anger Scale (NAS) Spielberger State-Trait Anger Expression Inventory 2 (SSTAEI) Modified Overt Agression (MOAS) Mesures pré (8 semaines), pendant et post traitement (8 semaines)	Une séance par semaine 2h30 par séance  Durée de 12 semaines	Basé sur Williams et Barlow (1998) Augmentation de la conscience à la colère Identification des liens entre pensées Émotions et comportements Jeux de rôles Relaxation Reconnaissance des signes physiologiques Inoculation de stress Restructuration cognitive Résolution de problème	Diminution du NAS pendant l'intervention, mais avec une augmentation suite à l'intervention pour un des participants.  Tendance à diminuer les résultats au SSTAEI, mais résultats non significatifs.  Résultats non significatifs au MOAS.
Lindsay et al. (2004)	2	<i>N</i> = 47 DI légère  Groupe expérimental ( <i>n</i> = 33)  Groupe contrôle ( <i>n</i> = 14)	Dundee Provocation Inventory Anger Provoking Role Play Auto report sur la colère Mesures prises: Pré Post suivi (3 mois après)	40 sessions d'environ  40-60 minutes chacune  Durée totale de 9 mois	Intervention de groupe Approche cognitivo-comportementale inspirée des travaux de Novaco Cinq phases : 1- apprentissage de méthodes de relaxation; 2- inoculation de situations stressantes; 3- discussion sur la colère, les comportements, les cognitions, la physiologie; 4- introduction de résolution de problème; 5- inoculation de stress et jeux de rôle.	Une diminution du « provocation inventaire » a été observée.  Amélioration des capacités de gestion des émotions maintenue pendant une période d'au moins neuf mois.  Manque de constance dans les réponses des rapports ne permet pas de généraliser ces résultats.  Pourcentage de récidives du groupe expérimental a été significativement plus bas que le groupe contrôle.



					Les mesures ont été prises pré et post traitement et un suivi de 3 et 9 mois a été mesuré.	
Hagiliassis et al. (2005)	2	N = 29 DI (de légère à grave) Randomisée  Groupe expérimental (n = 14) Groupe contrôle (n = 15)	Novaco Anger Scale Outcome Rating Scale Peabody Picture Vocabulary Test  Raven Coloured Progressive Matrice Mesures prises: Pré (4 semaines avant le début) Post-traitement Suivi (4 mois après la fin)	12 semaines à raison d'une séance de 2 heures par semaine  Une pause de 15 minutes	Intervention de groupe  Inspiré des travaux de Novaco (1975) et Benson (1986)  Les deux groupes ont éventuellement reçu l'intervention (le groupe contrôle étant sur une liste d'attente).  Trois aspects au programme d'intervention : (a) techniques de relaxation, (b) restructuration cognitive, (c) résolution de problème et affirmation de soi.	Augmentation du score moyen au NAS correspondant à une augmentation du contrôle de la colère pour le groupe expérimental.  Maintien des résultats sur une période de 4 mois.  Association entre l'amélioration de la gestion de la colère avec le niveau de raisonnement non verbal de l'individu.
Taylor et al. (2005)*	2	N = 36 DI (QI entre 55 et 85) Avec historique d'agression et de violence  En institution (hôpital)  Groupe expérimental (n = 16)  Groupe contrôle (n = 20)	Novaco Anger Scale Anger Expression Scale du Spielberger State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) Ward Anger Rating Scale  Mesures prises: Baseline Pré Post Suivi (4 mois après)	18 sessions de traitement individuel  Minimum d'une session par semaine	Intervention individuelle Même procédure que l'étude de 2002	Le score d'intensité de la colère (sous-échelle provocation) a diminué significativement dans le groupe expérimental.  Diminution du score du Ward Anger Rating Scale post-traitement et pendant un suivi de 4 mois (sans toutefois avoir de différence significative).  Le score au STAXI n'a pas démontré d'amélioration significative, mais les moyennes tendent vers une amélioration.  Le nombre d'améliorations est plus significatif dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle.
Chapman, Shedlack et France (2006)	4	N = 3 DI légère à moyenne	Rapports des intervenants, rapports des sujets, comportements agressifs sur vidéo  Abherent Behavior Checklist (ABC),	Non mentionnée	Intervention individuelle Basée sur les travaux de Benson (1986) <sup>b</sup>  Utilisation d'une triade de mots (Stop-think-relax) pour une stratégie	Pour chacun des cas étudiés, les rapports et l'ABC montrent une diminution des scores signifiant une meilleure gestion des émotions.  Le 1 <sup>er</sup> cas et le 2 <sup>e</sup> cas ont eu une diminution significative de l'irritabilité

			Étude de cas Mesures prises: Pré et post traitement		d'autocontrôle et de gestion de la colère.	et de l'hyperactivité. Seule la 3 <sup>e</sup> étude de cas a montré une augmentation de la stéréotypie. Toutes les autres sous-échelles de l'ABC ont diminué pour cette même personne.
Jones et al. (2007)	3	N = 10 4 hommes, 6 femmes  Présences d'aidants  Langage expressif minimal  Déficience développementale  Trouble psychiatrique	Novaco Anger Scale and Provocation Inventory	12 sessions de 2 heures chacune	Intervention de groupe  Évaluation pré et post-traitement (psychologue, psychométricien, travailleur social)  Intervention basée sur le modèle Novaco (éducation, acquisition d'habiletés et pratique)  Chaque séance faisait un retour sur la dernière, puis enseignement d'habiletés de gestion, analyse de l'acquisition des habiletés, techniques de relaxation.  Les thèmes abordés lors des séances : identification des émotions, définition de la colère et des agressions, profil de la gestion de colère des individus, stratégies de gestion, gestion des situations provocatrices et diminution de l'« arousal ».  Les techniques cognitives incluent restructuration cognitive, entraînement des habiletés et diminution de l'« arousal ».  Tenue d'un journal de bord comme travail à la maison.	La diminution du score du NAS n'est pas significative statistiquement.  Les scores au PI n'ont pas diminué significativement.  Une diminution du « Self-Rated Anger Behaviour » a été observée chez les individus ainsi que chez leurs aidants, sans toutefois être significative.  Une augmentation, non significative, de l'échelle « Anger Regulation » a été observée chez les participants. Les aidants ont eux aussi mentionné cette amélioration dans la capacité de gestion de la colère.  50 % des améliorations liées au programme l'ont été par plus d'un écart-type (NAS)  33% des améliorations dues au traitement l'ont été par plus d'un écart- type (PI).  83% des personnes ont connu une amélioration au niveau de la régulation de la colère.

<sup>a</sup> Les approches inspirées de Novaco (1994) utilisent trois composantes principales afin d'influencer la gestion des émotions. Ces composantes sont a) l'auto-instruction, b) la restructuration cognitive et c) l'utilisation de méthodes de relaxation.

<sup>b</sup> Les modèles inspirés de cette méthode comptent cinq étapes : 1- l'évaluation, 2-la reconnaissance et l'identification des émotions, 3- la pratique de la relaxation, 4- l'auto instruction et 5- l'acquisition d'habiletés de résolution de problème.

\* Réfère aux articles retenus dans la revue de littérature de Hassiotis et Hall (2009). Seules deux des quatre études ont été retenues, dans notre revue de littérature, en raison de leur date de publication.

\*\* Gradation : (1) revue de littérature systématique ayant au moins une étude randomisée avec groupe contrôle; (2) étude randomisée avec groupe contrôle; (3) étude de groupe sans randomisation ou groupe de comparaison; (4) étude systématique sans randomisation ou groupe de comparaison; (5) opinion d'experts.

**Tableau 2**

**Présentation des études recensées 2001-2010 : utilisation du « mindfulness »**

<b>Auteurs/Année</b>	<b>Force**</b>	<b>Échantillons</b>	<b>Mesures</b>	<b>Durée</b>	<b>Procédures</b>	<b>Conclusions</b>
Singh et al. (2003)	4	N = 1 (27 ans)  Déficience intellectuelle légère	Médication  Journal d'observation des comportements agressifs verbaux et physiques (auto-rapportés)  Rapports du personnel (nombre d'événements agressifs verbaux et physiques, nombre d'évènements où la personne utilise de l'autocontrôle, etc.)  Mesures pré-post Suivi de 12 mois	2 fois 30 minutes par jour  5 fois par semaine  Phase d'entraînement : 2 semaines  Phase de pratique : 12 mois	Méthode mindfulness « Soles of the feet »  Reconnaitre les situations causant l'agressivité par des jeux de rôle : « <i>recreating-the-scene</i> »  Trouver une posture naturelle Respiration naturelle Permettre aux pensées de circuler sans leur répondre ou les arrêter Focalisation sur la plante du pied (au besoin utilisation d'un marqueur) Quitter la situation avec un demi-sourire Exercices à la maison Pratique de la technique avec support audio.	Diminution majeure du nombre d'incidents agressifs physiques et verbaux.  Amélioration de l'autocontrôle et du nombre d'activités sociales auxquelles la personne participe.  Diminution graduelle de la médication pour l'agressivité (Risperdal, Seroquel et Zyprexa) jusqu'à l'arrêt total de prise de médicaments.
Singh et al. (2007)	4	N = 3 Adultes  Trouble du comportement  Déficience intellectuelle moyenne	Données sur le nombre d'évènements agressifs (physiques et verbaux) envers autrui  Suivi de 24 mois	35 semaines  2 fois par jour minimum  Période d'entraînement et de pratique : 35 semaines	Méthode mindfulness « Soles of the Feet » de Singh et al. (2003).	Diminution du nombre de comportements agressifs chez les 3 participants.  Maintien des résultats sur 2 ans.
Singh et al. (2008)	4	N = 6 Adultes  Milieu carcéral	Données sur le nombre d'agressions physiques et verbales Calcul des coûts-bénéfices	27 mois  2 fois par jour minimum	Méthode mindfulness « Soles of the Feet » de Singh et al. (2003).	Diminution, allant jusqu'à l'absence, des comportements agressifs chez chacun des participants. Tous les participants ont montré une

		Déficience intellectuelle légère à moyenne	Suivi de 12 mois	Période d'entraînement et de pratique : 27 semaines		absence de comportements physiquement agressifs au moins 6 mois avant la fin du programme.  Diminution du nombre de mesures prises par le personnel.  Diminution du nombre de blessures infligées au personnel.
Adkins et al. (2010)	4	N = 3 (adultes)  Résidence communautaire  Troubles graves du comportement  Déficience intellectuelle légère	Nombre de comportements d'agression (physiques et verbaux), de comportements inappropriés, comportements dérangeants, jouer avec ses selles, cris, pleurs.  Nombre de pratiques de « mindfulness » initiées par le participant.  - Subjective Units of Disturbance Scale (SUDS) - Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) - Beck Depression Inventory (BDI-II) - State-Trait Anxiety Inventory	Une heure par jour, 5 jours par semaine  Phase d'entraînement : 2, 4 et 5 semaines  Phase de pratique : 12, 12 et 26 semaines en fonction des participants	Méthode mindfulness « Soles of the Feet » de Singh et al. (2003).	Diminution des comportements inappropriés a été observée chez les 3 participants lors de la phase de pratique de l'expérimentation.  Fréquence peu élevée des comportements a pu être observée lors de la phase de maintien.

\*\* Gradation : (1) revue de littérature systématique ayant au moins une étude randomisée avec groupe contrôle ; (2) étude randomisée avec groupe contrôle ; (3) étude de groupe sans randomisation ou groupe de comparaison; (4) étude systématique sans randomisation ou groupe de comparaison ; (5) opinion d'experts.

Ainsi, les résultats indiquent que leur programme serait plus efficace pour les personnes présentant de plus grandes difficultés au plan de la communication. Selon Hagiliassis et al. (2005), des mesures telles que le Peabody et le Raven permettent de mettre en référence le niveau des compétences verbales des participants avec les effets du programme de gestion de la colère. Même si l'efficacité individuelle des composantes utilisées dans ce programme n'a pas été évaluée, il semble incontournable de mesurer les compétences et déficiences spécifiques des personnes ayant une DI, ainsi que leur perception de ce qu'est la colère pour l'élaboration et le développement des programmes de gestion de la colère qui leur sont proposés.

Les résultats des quatre études recensées quant à l'utilisation de la méditation « Soles of the feet » semblent très prometteurs, même si les études sur les effets des programmes de gestion de la colère utilisant la relaxation sont plus nombreuses et ont obtenu des résultats significatifs quant à leur efficacité. Il serait donc pertinent d'approfondir l'examen des effets de cette procédure auprès des personnes ayant une DI légère ou moyenne et présentant des TC ou des TGC. L'apprentissage de la technique de méditation et sa compréhension se fait sur une période relativement courte et intense. Cependant, la pratique de la méditation s'effectue sur une longue période (au moins 12 mois) et doit être soutenue par les intervenants qui encouragent le client à pratiquer au moins deux fois par jour la méditation et à l'utiliser à bon escient. Ainsi, l'environnement humain serait un facteur déterminant de l'efficacité de cette méditation. Dans le cas des participants ayant une DI moyenne (Singh et al., 2007), le souvenir de situations passées ayant induit chez eux de la colère serait difficile à se remémorer durant la semaine intensive d'apprentissage de la procédure « Soles of the feet ». L'ajout de la technique de méditation « recreating the scene », réalisée avec la participation des intervenants, a permis aux participants d'imaginer plusieurs scènes durant lesquelles ils avaient déjà répondu avec agressivité. Cette observation met en avant le besoin de prendre en considération la compréhension réelle des participants de la raison pour laquelle un programme de gestion de la colère leur est proposé. La qualité de la répétition, tout comme celle du soutien extérieur, semble un élément

essentiel pour l'apprentissage de cette technique de régulation émotionnelle.

De plus, une fois la situation remémorée, les participants n'étaient pas en mesure de reporter leur attention sur leurs plantes de pied. L'utilisation d'un autocollant sous leurs plantes de pied fut nécessaire pour les guider. Après plusieurs entraînements par jour, les participants ont été en mesure d'effectuer la procédure sans aide. Il semble donc qu'il faille, pour certains cas, mettre en place des stratégies complémentaires permettant le soutien de l'apprentissage de la méditation « Soles of the feet ». À nouveau, certaines caractéristiques cognitives concomitantes à la présence de DI doivent être considérées dans la mise en place des programmes.

Heeren, Van Broeck et Phillipot (2009) ont étudié les effets du « mindfulness » sur les processus exécutifs. Les résultats indiquent que l'entraînement au « mindfulness » améliore l'inhibition cognitive et la flexibilité cognitive. Selon Roemer et Orsillo (2003), les chercheurs étudiant le « mindfulness » suggèrent qu'un de ses objectifs est l'amélioration de la régulation et de la flexibilité émotionnelles (expérimenter des émotions et revenir à un niveau de base après les réponses émotionnelles). Selon Büchel et Paour (2005), les capacités cognitives de traitement de l'information sont présentes et mobilisables même si elles sont, d'une certaine façon, limitées chez les personnes ayant une DI. Selon nous, il serait avantageux de vérifier les effets de l'entraînement au « mindfulness » sur l'inhibition et la flexibilité cognitives chez les personnes ayant une DI.

Dans les programmes cognitivo-comportementaux axés sur le « mindfulness », seule la description de la procédure de méditation est fournie par les auteurs. Il est mentionné que la personne, une fois calme et sereine, peut choisir de répondre de manière adéquate ou bien de s'éloigner en souriant. Dans les programmes de gestion de la colère plus traditionnels (basés sur la relaxation), ces étapes sont abordées avec un apprentissage de comportements adéquats et des stratégies de résolution de problème (Burns et al., 2003; Hagiliassis et al., 2005; Lindsay et al., 2004; Willner et al., 2002). Selon Singh et al. (2003), « Soles of the feet » serait une intervention à une seule composante qui permettrait à l'individu

d'apprendre une méthode simple de contrôle internalisé de son comportement agressif. Cela laisse supposer que la personne est laissée à ses propres ressources pour élaborer le comportement adéquat à adopter.

Notons cependant que, pour les quatre études sur le « mindfulness », les individus avaient tous comme objectif de revenir ou de rester dans la communauté (ou d'y retourner). S'ils parvenaient à suivre le programme et à appliquer la procédure correctement (donc à réduire effectivement la fréquence et la gravité de leurs comportements agressifs), ils atteignaient leur objectif. De plus, la procédure était proposée individuellement aux participants avec un soutien important du responsable du programme et des intervenants. En ce qui concerne les variables mesurées, les auteurs s'intéressent particulièrement aux incidents rapportés par les intervenants et les participants (lorsque possible). Ces incidents sont répartis en fonction de leur nature (p. ex. nombre d'agressions physiques, nombre de mesures restrictives, nombres de blessures du personnel, etc.). Les variables en lien direct avec l'entraînement au « mindfulness » et celles en lien avec les mécanismes qui sous-tendent l'acquisition de l'habileté à acquiescer ou à mettre en œuvre lors du « mindfulness » ne sont pas considérées. Une mesure du « mindfulness » devrait être adaptée aux personnes ayant une DI afin de vérifier les relations entre l'entraînement à la méditation « Soles of the feet » et la réduction des comportements agressifs. Des efforts dans ce sens devront donc être faits, dans le futur, afin de confirmer ou d'infirmer les effets de l'intervention auprès d'une population ayant une DI et des TGC.

### **CONCLUSION**

Malgré des résultats qui semblent tendre vers une efficacité des programmes cognitivo-

comportementaux de gestion de la colère sur les TC ou TGC chez les personnes ayant une DI, certaines limites méthodologiques ne permettent pas d'affirmer qu'ils soient une panacée à ce moment-ci. Les effets positifs résultant des études menées sur les programmes de gestion de la colère ont été relevés après l'application des programmes complets (tous les modules proposés, le temps requis d'acquisition et d'entraînement, l'aide nécessaire). Ainsi, il est recommandé de proposer l'ensemble des composantes et des modules proposés dans les programmes au moment de l'intervention. Ces types d'intervention peuvent s'avérer bénéfiques autant pour le participant dans une perspective positive de l'intervention en réadaptation que pour l'environnement social. La différence entre les programmes de gestion de la colère proposés à un public tout-venant comparativement à ceux proposés aux personnes ayant une DI nous semble reposer principalement sur les stratégies facilitatrices de compréhension du contenu des programmes plutôt que sur la structure des programmes. L'étude de la construction cognitive qui mène à la colère ou aux comportements agressifs chez les personnes ayant une DI, malgré les difficultés de communication, nous semble importante à approfondir. Également, l'adaptation des supports à la compréhension de la gestion de la colère et à la communication dans les programmes devrait être poursuivie. Il est reconnu que les personnes ayant une DI ont des capacités cognitives, même si la compréhension de l'ensemble de ces capacités et de leur potentiel reste à l'étude. Les futures recherches devraient considérer les effets des différentes composantes des programmes sur ces capacités ou s'appuyer sur ces dernières en les considérant comme des éléments permettant d'améliorer les programmes qui leur sont proposés. Enfin, la comparaison entre les effets des programmes basés sur la relaxation et ceux basés sur le « mindfulness » reste à entreprendre.

## ANGER MANAGEMENT PROGRAMS FOR PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES: LAST IMPROVEMENTS

This review of the literature (from 2001 to 2010) examined the effects of anger management programs developed for people with intellectual disabilities (ID) and challenging behavior (CB). The aim of this paper is to present recent development of these programs in the particular context of ID and CB. The studies reviewed ( $N = 12$ ) were separated in two types of approach. The results of these studies show some beneficial effects on CB for programs based on cognitive-behavioral approach and relaxation ( $n = 8$ ) and those based on "mindfulness" approach ( $n = 4$ ). The adequacy of the components and the adaptation of different learning situations in these programs are discussed.

### BIBLIOGRAPHIE

- ADKINS, A. D., SINGH, A. N., WINTON, A. S., McKEEGAN, G. F., SINGH, J. (2010). Using a mindfulness-based procedure in the community: Translating research to practice. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 175-183.
- BENSON, B. A. (1986). Anger management training. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews*, 5, 51-55.
- BISHOP, S. R., LAU, M., SHAPIRO, A., CARLSON, L. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 11(3), 230-241.
- BÜCHEL, F. P., PAOUR, J.-L. (1995). Déficience intellectuelle : déficits et remédiation cognitive. *Enfance*, 3(57), 227-240.
- BURNS, M., BIRD, D., LEACH, C., HIGGINS, K. (2003). Anger management training : The effects of a structured programme on self-reported anger experience of forensic inpatients with learning disability. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 569-577.
- CHAPMAN, R.A., SHEDLACK, K. J., FRANCE, J. (2006). Stop-Think-Relax: an Adapted Self-Control Training Strategy for Individuals with Mental Retardation and Coexisting Psychiatric Illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 205-214.
- CROCKER, A. G., MERCIER, C., ALLAIRE, J.-F., ROY, M.-E. (2007). Profiles and correlates of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(10), 786-801.
- GADNER, W. I., COLE, C. L., BERRY, D. L., NOWINSKI, J. M. (1983). Reduction of disruptive behaviors in mentally retarded adults: A self-management Approach. *Behavior Modification*, 7(1), 76-96.
- GARDNER, W. I., MOFFAT, C. W. (1990). Aggressive behaviour: Definition, assessment, treatment. *International Review of Psychiatry*, 2(1), 91-100.
- GIROUARD, N., TASSÉ, M. J. (2002). Étude de la relation entre les comportements agressifs et les symptômes dépressifs et maniaques chez les adultes qui présentent une déficience intellectuelle. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 12(2), 115-123.
- HAGILIASSIS, N., GULBENKOGLU, H., DI MARCO, M., YOUNG, S., HUDSON, A. (2005). The anger management project: A group intervention for anger in people with physical and multiple disabilities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 30(2), 86-96.
- HASSIOTIS, A. A., HALL, I. (2009). Behavioural and cognitive-behavioural interventions for

- outwardly-directed aggressive behaviour in people with learning disabilities (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-40.
- HEEREN, A., VAN BROECK, N., PHILLIPOT, P. (2009). The effects of mindfulness on executive processes and autobiographical memory specificity. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 403-409.
- HILL, B. K., BRUININKS, R. H. (1984). Maladaptive behaviour of mentally retarded individuals in residential facilities. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 380-387.
- HOLTEN, B., GITLESEN, J. P. (2002). Prevalence of psychiatric symptoms in adults with mental retardation and challenging behaviour. *Research in Developmental Disabilities*, 24(5), 323-332.
- JONES, J., MINNES, P., ELMS, J., PARET, L., VILELA, T. (2007). Anger management group for persons with dual diagnosis : A pilot study. *Journal on Developmental Disabilities*, 13(3), 37-45.
- LINDSAY, W. R., ALLAN, R., PARRY, C., MACLEOD, F., COTTRELL, J., OVEREND, H., ET AL. (2004). Anger and aggression in people with intellectual disabilities: Treatment and follow-up of consecutive referrals and a waiting list comparison. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 255-264.
- LINDSAY, W. R., BATY, F. (1989). Group relaxation training: Explorations with adults who are mentally handicapped. *Behavioural Psychotherapy*, 17, 43-51.
- NOVACO, R. W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA: Heath.
- NOVACO, R. W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. Dans J. Monahan & H. Steadman (Éds), *Violence and mental disorder: Development in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press.
- ROEMER, L., ORSILLO, S. M. (2003). Mindfulness: A promising intervention strategy in need of further study. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 10(2), 172-178.
- SINGH, N. N., LANCIONI, G. E., WINTON, A. S., ADKINS, A. D., SINGH, J., SINGH, A. N. (2007). Mindfulness training assists individuals with moderate mental retardation to maintain their community placements. *Behavior Modification*, 31(6), 800-814.
- SINGH, N. N., LANCIONI, G. E., WINTON, A. S., SINGH, A. N., ADKINS, A. D., SINGH, J. (2008). Clinical and benefit cost outcomes of teaching a mindfulness-based procedure to adult offenders with intellectual disabilities. *Behavior Modification*, 32(5), 622-637.
- SINGH, N. N., WAHLER, R. G., ADKINS A. D., MYERS, R. E. (2003). Soles of the feet: A mindfulness-based self-control intervention for aggression by an individual with mild mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities*, 24, 158-169.
- STURMEY, P. (2004). Cognitive therapy with people with intellectual disabilities: A selective review and critique. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(4), 222-232.
- TASSÉ, J-M., SABOURIN, G., GARCIN., N., LECAVALIER, L. (2010). Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 42(1), 62-69.
- TAYLOR, J. L. (2002). A review of assessment and treatment of anger and aggression in offenders with intellectual disability.



- Journal of Intellectual Disability Research*, 46(1), 57-73.
- TAYLOR, J. L., NOVACO, R. W., GILLMER, B., ROBERTSON, A., THORNE, I. (2005). Individual cognitive-behavioural anger treatment for people with mild-borderline intellectual disabilities and histories of aggression: A controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 367-382.
- TAYLOR, J. L., NOVACO, R. W., GILLMER, B., THORNE, I. (2002). Cognitive-behavioural treatment of anger intensity in offenders with intellectual disabilities. *Journal of applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 151-165.
- WHITAKER, S. (2001). Anger control for people with learning disabilities : A critical review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 277-293.
- WILLIAMS E., BARLOW, R. (1998). *Anger Control Training*. Speechmark Publishing, Bicester.
- WILLNER, P., JONES, J., TAMS, R., GREEN, G. (2002). A randomized controlled trial of the efficacy of a cognitive-behavioral anger management group for clients with learning disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 224-235.