

FORMATION ICARE (INTERVENTION POUR COMPORTEMENTS AGRESSIFS EN RÉSIDENCE/RÉADAPTATION) POUR PARENTS D'ADOLESCENTS PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET DES COMPORTEMENTS AGRESSIFS

Marc J. Tassé, Sophie Méthot, André Bélanger, Claude Bélanger et Jacques Forget¹

Cet article présente le programme de formation ICARE (Intervention pour Comportements Agressifs en REsidence/réadaptation) qui a été élaboré spécifiquement pour la formation de parents afin de les outiller à intervenir plus efficacement auprès des comportements agressifs de leurs enfants. La structure du programme ICARE qui comporte deux volets : intervention en situation de crise et évaluation fonctionnelle des comportements agressifs est présentée. L'importance d'offrir ce type de formation aux parents afin de soutenir efficacement et d'assurer une meilleure qualité de vie à la famille entière est discutée.

Il est aujourd'hui bien connu que les comportements problématiques tels que l'agression envers soi, envers les autres ou envers les objets ont une prévalence plus élevée chez les adolescents présentant une déficience intellectuelle que chez les adolescents sans déficience intellectuelle (Borthwick-Duffy, 1994; L'Abbé & Morin, 1999; Reiss, 1994; Rojahn & Tassé, 1996). Ces comportements influent grandement sur la qualité de vie de la personne et de son entourage, le niveau de stress vécu par sa famille et son adaptation à son environnement (Schalock & Harper, 1978). Par ailleurs, les comportements problématiques sont souvent la cause première de placement dans des établissements spécialisés ou de demande de services adaptés (Lakin, Hill, Hauber, Bruininks & Heal, 1983; Scheerenberger, 1981; Bromley & Blacher, 1991).

L'étude de Rimmerman et Duvdevani (1996) a démontré que le meilleur prédicteur de placement des personnes handicapées en institution était le manque de soutien social pour ces individus et la difficulté vécue par les parents et les familles à répondre aux intenses besoins de leurs enfants. Néanmoins, les nombreux mouvements de désinstitutionnalisation, depuis les années 1970, placent les parents et les familles en première ligne lors des crises de leurs enfants et ce, sans nécessairement fournir de ressources supplémentaires. Cette situation affecte sérieusement la qualité de vie de ces enfants ainsi que celle de toute la famille et rend le maintien à domicile plus difficile (CCPE-ASMC, 1996).

Plusieurs auteurs (Blacher, Nihira & Meyers, 1987;

Marc J. Tassé, Center for Development and Learning UAP, University of North Carolina at Chapel Hill, CB #7255, Chapel Hill, NC USA 27599-7255, courrier électronique: mtasse@css.unc.edu; Sophie Méthot et Jacques Forget, Université du Québec à Montréal; André Bélanger, Société québécoise de l'autisme Côte-Nord; Claude Bélanger, Groupe Aide Inc.

1. La réalisation de ce projet de recherche et la préparation de cet article ont été rendus possibles grâce à une subvention de recherche de l'Office des personnes handicapées du Québec. Nous tenons à souligner la contribution de Yvon L'Abbé et Raymond Charlebois lors des discussions préliminaires concernant les volets intervention en situation de crise. Nous tenons également à remercier les parents, intervenants et chercheurs qui ont participé lors de l'étape consultative à titre d'experts.

Bromley & Blacher, 1991) ont démontré que les familles d'enfants présentant une déficience intellectuelle sont plus à risque de souffrir de stress. Le niveau de stress familial est d'autant plus élevé pendant les périodes de transition telle que l'adolescence (Flynt, Wood & Scott, 1992). Les effets de la détresse familiale sont particulièrement évidents chez les familles ayant un réseau social inadéquat ou insuffisant (Herman & Thompson, 1995; Lunsky & Haverkamp, 1999) et la détresse familiale ira en s'accroissant au fur et à mesure que les comportements problématiques s'aggraveront.

Il a par ailleurs été démontré que les parents d'enfants ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement ont la motivation et la capacité de devenir d'excellents intervenants (Lovaas, 1987). Ils peuvent maîtriser toute la gamme des interventions de type comportemental dans des domaines aussi variés que l'apprentissage du langage, les troubles alimentaires et les comportements d'automutilation (Harris, Alessandri & Gill, 1991). Ces parents revendiquent de plus en plus la possibilité d'obtenir des informations tirées d'études empiriques validées (Turnbull & Ruef, 1996). Bien que la plupart des formations de parents soient offertes à des familles ayant des enfants d'intelligence normale (Baker, 1989; Barkley, 1997; Forehand & McMahon, 1981; Meharg & Lipsker, 1992; Patterson, Reid & Dishion, 1992), certains programmes ont été offerts à des familles d'enfants présentant une déficience intellectuelle ou ayant un trouble envahissant du développement (Lovaas, 1987; McEachin, Smith, & Lovaas, 1993; Breiner & Beck, 1984; Dangel & Polster, 1984; Schopler & Mesibov, 1986). En général, les écrits scientifiques indiquent que les formations de parents sont efficaces pour permettre à ces parents d'acquérir de nouvelles habiletés parentales (Graziano & Diamant, 1992; Kramer, 1990).

Les différentes formations offertes aux parents originent habituellement des théories de l'apprentissage, particulièrement des techniques issues du conditionnement opérant de Skinner et de l'apprentissage social de Bandura (Kazdin, 1997). Par contre, peu des formations de parents ont inclus un volet d'intervention en situation de crise ou l'évaluation fonctionnelle du comportement, réservant ces thématiques aux intervenants et professionnels. Il

est surprenant de voir de quelle façon les parents, bien qu'ils soient souvent les premières personnes à intervenir en situation de crise à la maison, sont oubliés lorsqu'il est temps d'offrir ce type de formation. Aucune formation de parents existante intègre dans son curriculum un volet d'intervention en situation de crise, ni un volet abordant l'apprentissage des fonctions possibles des comportements problématiques ou des techniques de l'évaluation fonctionnelle du comportement. Un programme de formation structuré sur l'intervention en situation de crise visant à rendre les parents plus confiants face à la manifestation des comportements agressifs de leur enfant, en plus de leur donner les connaissances nécessaires pour devenir des partenaires efficaces lors d'une démarche d'élaboration et de mise en oeuvre d'un plan d'intervention individualisé pour leur enfant. Un volet abordant l'apprentissage des principes d'évaluation fonctionnelle est essentiel puisqu'il permet aux parents non seulement de comprendre les principes comportementaux liés à l'apparition et au maintien des comportements problématiques, mais les outillera afin d'identifier rapidement la fonction d'un comportement avant qu'il ne devienne trop problématique et ainsi agir de façon proactive pour prévenir l'escalade des comportements agressifs.

Le présent article décrit un programme de formation novateur à l'intention des parents d'adolescents présentant une déficience intellectuelle ou un trouble autiste et des comportements agressifs. Ce programme de formation vise à fournir aux parents les outils et les ressources nécessaires à la gestion et à la prévention des comportements agressifs à la maison et ainsi favoriser le maintien à domicile.

LA FORMATION ICARE

Origine

Le programme de formation ICARE (Intervention pour Comportements Agressifs en REsidence/réadaptation) origine d'une demande formulée par un groupe de parents aux prises avec ce type de problématique. Avec l'aide d'une subvention de l'Office des personnes handicapées du Québec, la Société québécoise de l'autisme Côte-Nord s'est affiliée avec des chercheurs du groupe CORTED

(Consortium de recherche sur les troubles envahissants du développement) de l'Université du Québec à Montréal, des intervenants du Centre de réadaptation l'Émergent et une entreprise privée spécialisée dans le domaine de la formation. Ce partenariat a permis de développer et de valider un programme de formation pour répondre à cette demande des parents. Suite à une recension des écrits scientifiques et des programmes existants, une première ébauche du programme a vu le jour. Par la suite, le programme a été évalué et commenté par un comité d'experts composé de parents, d'intervenants et de chercheurs. Des modifications ont été apportées au programme pour tenir compte de l'évaluation faite par le comité d'experts. Le résultat fut un programme de formation ayant comme toile de fond l'approche positive de la personne présentant une déficience intellectuelle (Fraser & Labbé, 1995). Les stratégies pédagogiques utilisées sont variées et s'inspirent de programmes de formation d'habiletés présents dans différents domaines (Barkley, 1997; Benson, 1992; Tassé, Havercamp & Reiss, 1996). Les stratégies pédagogiques du programme ICARE vont de brefs exposés magistraux aux discussions, en passant par les travaux d'équipe, les ateliers de réflexion, le modelage, les jeux de rôles et les exercices pratiques à la maison. En fait, la formation ICARE est composée d'un amalgame de contenus et techniques pédagogiques qui ont déjà fait leurs preuves en termes d'efficacité (Barkley, 1997 ; Benson, 1992; Tassé *et al.*, 1996). Ce que le programme ICARE apporte de nouveau et novateur est le fait d'offrir cette formation directement aux parents pour qu'ils puissent mieux intervenir auprès de leur adolescent.

Contenu et déroulement

Le programme ICARE a été conçu pour se donner en petit groupe de six à huit parents avec un ou deux facilitateurs. Un facilitateur est une personne qui donne la formation et n'exige pas nécessairement qu'il soit un professionnel. Un parent peut devenir un facilitateur s'il possède certaines compétences de base. Le facilitateur doit bien connaître la déficience intellectuelle et les comportements agressifs, bien maîtriser le contenu et la structure du programme ICARE, avoir une facilité à interagir en groupe, posséder une bonne écoute active et maîtriser les

techniques comportementales telles que le façonnement, le modelage, les jeux de rôles et le renforcement positif.

Le programme ICARE est d'une durée de six jours et est divisé en deux modules, chaque module comprenant trois jours de formation. Le premier bloc a trait à l'intervention en situation de crise. À cet effet, les parents apprennent comment intervenir psychologiquement et physiquement face à une crise de leur adolescent. Plusieurs sujets sont traités, notamment la définition et les étapes de déroulement d'une crise, les manifestations et indices précurseurs d'une crise, les principes et stratégies d'intervention à respecter lors d'une crise, la communication verbale et non verbale et les techniques d'intervention physiques non abusives. Ces dernières stratégies sont inspirées du programme IPPNA (Intervention Physique et Psychologique Non Abusive) élaboré par le Groupe Hélène Quevillon (1991) et du programme CPI (Crisis Prevention Institute) élaboré par Wyka (1989) ainsi que du programme développé par L'Abbé et Charlebois (1997). L'objectif de ce volet de la formation est d'outiller les parents à intervenir de façon contrôlée lors d'une situation d'agression physique afin de se protéger, protéger l'entourage et protéger la personne elle-même.

La formation concernant le volet d'intervention en situation de crise se décompose selon la séquence présentée au Tableau 1.

Intervention en situation de crise

Jour 1

Les thématiques abordées sont surtout axées sur le concept de crise, ses manifestations, ses étapes de déroulement et les indices précurseurs associés à chacune des étapes de son développement. Certaines activités se centrent aussi sur l'identification de ce que l'adolescent tente de communiquer par ses comportements problématiques, et ce, à chacune des étapes de développement d'une crise. Le facilitateur aborde les quatre étapes de développement de la crise (interrogation-agitation, opposition-panique, intimidation-agression et recouvrement-équilibrage) en relation avec les stratégies d'intervention appropriées à

Tableau 1**Programme de formation ICARE**

Intervention en situation de crise	
Jour 1	Cette journée porte sur la crise comportementale : les manifestations, les étapes de déroulement et les indices précurseurs associés à chacune des étapes du développement d'une crise. Les stratégies d'intervention afin de prévenir ou stopper une crise.
Jour 2	La communication non verbale et l'intervention psychologique lors d'une crise sont abordées. Présentation de l'ensemble des techniques de protection personnelle sont présentées et pratiquées par les parents (techniques de blocage, dégagement d'un étranglement, dégagement de prise aux cheveux, dégagement de morsures, etc.).
Jour 3	Mise en pratique des techniques de protection personnelle (techniques de blocage, dégagement d'un étranglement, dégagement de prise aux cheveux, dégagement de morsures, etc.).
Fonction du comportement agressif	
Jour 4	Cette journée porte sur la qualité de vie. Elle permet aux parents d'identifier les principaux facteurs susceptibles de faciliter l'apparition des comportements agressifs, mais aussi de définir les étapes de la démarche de prévention face à ces comportements, dans une optique d'amélioration de la qualité de vie. Introduction aux fonctions possibles des comportements agressifs.
Jour 5	Suite de l'apprentissage des concepts comportementaux liés à l'apparition et au maintien des comportements agressifs et début de l'apprentissage du processus d'évaluation fonctionnelle du comportement (c.-à-d. cibler le comportement et le définir de manière opérationnelle; analyser les circonstances; analyser la fonction du comportement; analyser les coûts et bénéfices du comportement).
Jour 6	Cette dernière journée de formation vise à identifier les principes d'intervention. C'est ainsi que les parents peuvent apprendre à utiliser certains types de conséquences pour moduler la fréquence et l'intensité du comportement problème, mais aussi l'émergence de nouvelles compétences (p. ex. le façonnement, l'imitation, l'enchaînement, etc.).

chaque étape de développement de la crise (offrir du support, être directif, appliquer les techniques de protection personnelle et offrir son aide). Finalement, une introduction aux techniques de protection personnelle est abordée.

Jour 2

Toujours dans le concept de crise, les parents apprennent à appliquer la stratégie «être directif» à l'aide d'un jeu de rôle. De plus, un exposé sur la communication non verbale ainsi que sur les principes d'intervention qui y sont associés permet aux parents de mieux comprendre comment la posture et le langage non verbal peuvent influencer les comportements de leur enfant. L'animateur propose ensuite un atelier de réflexion sur l'impact de la crise sur le parent, sur l'adolescent en crise et sur l'entourage. L'ensemble des techniques de protection personnelle sont présentées et pratiquées par les parents (techniques de blocage, dégagement d'un étranglement, dégagement de prise aux cheveux, dégagement de morsures, etc).

Jour 3

Au cours de cette journée, une révision de l'ensemble des techniques de protection personnelle est faite avec les parents, en plus de couvrir les techniques de maîtrise et d'accompagnement. Ces derniers ont alors l'occasion de mettre en pratique les techniques apprises lors de la deuxième journée, et ainsi augmenter la précision et la rapidité lors de l'exécution de celles-ci. Par la suite, les parents doivent participer à une simulation d'agression physique faite par l'animateur. Cette simulation vise non seulement à évaluer le degré auquel les parents maîtrisent les différentes techniques, mais aussi à leur fournir une rétroaction constructive de la part du facilitateur et des autres participants. Finalement, un petit exercice vise à identifier les sentiments et réactions habituelles lors d'une situation de crise, et ce, tant au plan physique que psychologique.

Le deuxième bloc de la formation ICARE porte sur les fonctions possibles (p. ex., communiquer quelque chose; obtenir, éviter ou échapper à quelque chose; signifier un malaise/douleur) des comportements agressifs et l'apprentissage d'une démarche structurée

d'évaluation fonctionnelle du comportement. L'objectif est d'habiliter les parents à devenir de meilleurs observateurs et de les amener à mieux comprendre les principes comportementaux qui peuvent expliquer l'apparition et le maintien des comportements agressifs de leur enfant. Il s'agit en fait de mieux les outiller pour qu'ils puissent travailler en collaboration avec les intervenants du milieu dans le but d'établir un plan d'intervention centré sur la personne, ses besoins et ses particularités.

Fonction du comportement agressif

La formation concernant le volet portant sur la fonction des comportements problématiques et la démarche d'analyse fonctionnelle du comportement se décompose comme suit:

Jour 4

Cette journée porte sur la qualité de vie. Elle permet aux parents d'identifier les principaux facteurs susceptibles de faciliter l'apparition des comportements agressifs, mais aussi de définir les étapes de la démarche de prévention face à ces comportements, dans une optique d'amélioration de la qualité de vie. En corollaire, un volet sur la création et le maintien de liens significatifs et son rapport possible avec la manifestation des comportements agressifs est abordé. Finalement, les parents peuvent effectuer un bilan de la qualité de vie de leur adolescent, tout en découvrant certaines stratégies à mettre en place en vue d'une amélioration de la qualité de vie.

Jour 5

Cette journée porte sur l'évaluation fonctionnelle du comportement et sur l'apprentissage des concepts comportementaux liés à l'apparition et au maintien des comportements agressifs. Les parents peuvent ainsi identifier et mettre en pratique les différentes étapes du processus d'évaluation fonctionnelle (c'est-à-dire cibler le comportement et le définir de manière opérationnelle; analyser les circonstances; analyser la fonction du comportement; analyser les coûts et bénéfices du comportement). Ces apprentissages sont faits à l'aide d'une étude de cas fictive, mais aussi en lien avec les comportements exprimés à la maison par les adolescents.

Jour 6

Cette journée de formation vise à identifier les principes d'intervention liés à l'utilisation des stimuli de renforcement et de punition. C'est ainsi que les parents peuvent apprendre à utiliser certains types de conséquences pour moduler la fréquence et l'intensité du comportement problème, mais aussi l'émergence de nouvelles compétences. Les parents apprennent, entre autres, quelques techniques de modification du comportement telles le façonnement, l'imitation et l'enchaînement. Un deuxième volet de cette journée vise à construire pour chaque parent un plan de travail intégrant les notions comportementales apprises, dans le but de prévenir ou diminuer l'apparition du comportement problème ciblé par le parent. Les parents apprennent aussi comment construire un tableau d'émulation leur permettant de suivre l'évolution du comportement et l'efficacité de l'approche adoptée. Finalement, un dernier volet porte sur la nécessité d'identifier les ressources dont disposent les parents et sur l'importance d'obtenir du soutien de la part de l'entourage.

CONCLUSION

Le programme ICARE est novateur en ce sens qu'il offre aux parents, qui sont souvent les intervenants de première ligne, une formation et des outils qui sont depuis longtemps disponibles aux intervenants et professionnels. Nous croyons que le programme ICARE permettra aux parents, tuteurs et autres personnes vivant avec des personnes ayant une déficience intellectuelle d'intervenir avec une plus grande efficacité et ainsi réduire les comportements

agressifs et ses conséquences. Nous croyons qu'il est crucial d'outiller les parents (naturels, substitués, d'accueil) afin qu'ils interviennent efficacement, car il sont de plus en plus les intervenants de première ligne et ont parfois à faire face à de graves comportements problématiques. Le programme ICARE comporte les éléments essentiels afin de permettre aux parents d'intervenir de façon efficace et sécuritaire lors de situations de crise d'agression (envers les autres, envers le matériel ou envers soi).

Le programme ICARE est présentement en phase d'expérimentation auprès de plusieurs familles dans la région de Montréal et sur la Côte-Nord du Québec. Cette expérimentation a pour but de vérifier l'efficacité du programme de formation quant aux comportements agressifs des adolescents, leurs niveaux d'habiletés adaptatives et leur qualité de vie, en plus de mesurer la réceptivité des parents au programme ICARE et l'impact d'avoir suivi cette formation sur la détresse familiale. Suite à cette phase d'étude nous comptons apporter les derniers ajustements nécessaires et rendre le programme ICARE disponible.

En conclusion, l'ensemble des éléments de la formation ICARE permet une formation globale et entière. Nous avons présenté le programme ICARE dans son entier et tel qu'il est présentement expérimenté. Il est évident que des efforts ont déjà été faits afin de concevoir le programme sous forme de modules et ainsi augmenter la possibilité d'individualiser la formation aux besoins de chaque famille. Par contre, il faudra être prudent afin de pas négliger ni sous-estimer l'importance de certaines habiletés ou connaissances préalables contenues dans les modules éliminés.

TRAINING IN ICARE (INTERVENTIONS IN AGGRESSIVE BEHAVIORS IN RESIDENTIAL AND READAPTATION PROGRAMS) FOR PARENTS WITH ADOLESCENTS WITH MENTAL RETARDATION AND PRESENTING AGGRESSIVE BEHAVIORS

This article presents the training program ICARE (Intervention in aggressive behaviors in residential/readaptation programs) which was specifically constructed as a tool for training parents grappling with aggressive behaviors in their children. The program consists of two parts: intervention in situations of crisis and functional evaluation of aggressive behaviors. The importance in offering this type of training for parents is to effectively support and insure a better quality of life to the whole family.

BIBLIOGRAPHIE

- BAKER, B. L. (1989) *Parent training and developmental disabilities*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- BARKLEY, R. A. (1997) *Defiant children : A clinician's manual for parent training* (2^e éd.). New York: Guilford Press.
- BENSON, B. A. (1992) *Teaching anger management to persons with mental retardation*. Worthington, OH: IDS Publishing.
- BLACHER, J., NIHIRA, K., MEYERS, C. E. (1987) Characteristics of home environment of families with mentally retarded children: Comparison across levels of mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 91, 313-320.
- BORTHWICK-DUFFY, S. A. (1994) Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 17-27.
- BREINER, J., BECK, S. (1984) Parents as change agents in the management of their developmentally delayed children's noncompliant behavior: A critical review. *Applied Research in Mental Retardation*, 5, 259-278.
- BROMLEY, B. E., BLACHER, J. (1991) Parental reasons for out-of-home placement of children with severe handicaps. *Mental Retardation*, 29, 275-280.
- CENTRE DE CONSULTATION PSYCHOLOGIQUE ET ÉDUCATIONNELLE - ASSOCIATION SCIENTIFIQUE POUR LA MODIFICATION DU COMPORTEMENT (CCPE-ASMC) (1996) *Rapport sur les troubles graves du comportement chez les personnes handicapées*. Montréal, QC: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- DANGEL, R. F., POLSTER, R. A. (1984) *Parent training*. New York: Guilford Press.
- FLYNT, S. W., WOOD, T. A., SCOTT, R. L. (1992) Social support of mothers of children with mental retardation. *Mental Retardation*, 30, 233-236.
- FOREHAND, R., MCMAHON, B. (1981) *Helping the non-compliant child: A clinician's guide to parent training*. New York: Guilford Press.
- FRASER, D., LABBÉ, L. (1993) *L'approche positive de la personne... Une conception globale de l'intervention*. Laval, QC: Éditions Agence d'Arc.
- GRAZIANO, A. M., DIAMENT, D. M. (1992) Parent behavioral training: An examination of the paradigm. *Behavior Modification*, 16, 3-38.
- GROUPE HÉLÈNE QUEVILLON (1991) *Intervention psychologique et physique non abusive*. Montréal, QC: Auteur.
- HARRIS, S. L., ALESSANDRI, M., GILL, M. J. (1991) Training parents of developmentally disabled children. In: J. L. Matson & J. A. Mulick (Éds.), *Handbook of mental retardation* (2e éd., pp. 373-381). New York: Pergamon Press, Inc.
- HERMAN, S. E., THOMPSON, L. (1995) Families perceptions of their resources for caring for children with developmental disabilities. *Mental Retardation*, 33, 73-83.
- KAZDIN, A. E. (1997) Parent management training: Evidence, outcomes, and issues. *Journal of Academic and Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1349-1356.
- KRAMER, J. J. (1990) Training parents as behavior change agents: Successes, failures, and suggestions for school psychologists. In: T. B. Gutkin & C. R. Reynolds (Éds.), *The handbook of school psychology* (2^e éd., pp. 683-702). New York: John Wiley.
- L'ABBÉ, Y., CHARLEBOIS, R. (1997) *Formation des intervenants à l'intervention en situation de crise*. Montréal, QC: Association scientifique pour la modification du comportement.
- L'ABBÉ, Y., MORIN, D. (1999) *Les comportements agressifs: compréhension et intervention chez les personnes qui présentent un retard mental*. Eastman, QC: Éditions Behavioira.
- LAKIN, K. C., HILL, B. K., HAUBER, F. A., BRUININKS, R. H., HEAL, L. W. (1983) New admissions and readmissions in a national sample of public residential facilities. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 13-20.
- LOVASS, O. I. (1987) Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 55, 3-9.
- LUNSKY, Y., HAVERCAMP, S. M. (1999) Distinguishing low levels of social support and social strain: Implications for dual diagnosis. *American Journal on Mental Retardation*, 104, 200-204.

- MCEACHIN, J. J., SMITH, T., LOVAAS, O. I. (1993) Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal of Mental Retardation*, 97, 369-372.
- MEHARG, S. S., LIPSKER, L. E. (1992) Parent training using videotape self-modeling.. *Child and Family Behavior Therapy*, 13, 1-27.
- PATTERSON, G. R., REID, J. B., DISHION, T. J. (1992) *Antisocial boys*. Eugene, OR : Castalia.
- REISS, S. (1994) *Handbook on challenging behavior: mental health aspects of mental retardation*. Worthington, OH: IDS Publishing Corporation.
- RIMMERMAN, A., DUVDEVANI, I. (1996) Parents of children and adolescents with severe mental retardation: Stress, family support, resources, normalization, and their application for out-of-home placement. *Research in Developmental Disabilities*, 17, 487-494.
- ROJAHN, J., TASSÉ, M. J. (1996) Psychopathology in mental retardation. In: J. W. Jacobson & J. A. Mulick (Eds.), *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation* (pp. 147-156). Washington, DC: American Psychological Association.
- SCHALOCK, R. L., HARPER, R. S. (1978) Placement from community-based mental retardation programs: How well do clients do? *American Journal of Mental Retardation*, 83, 240-247.
- SCHEERENBERGER, R. C. (1981) Deinstitutionalization: Trends and difficulties. In: R. H. Bruininks, C. E. Meyer, B. B. Sigford & K. C. Lakin (Éds.), *Deinstitutionalization and community adjustment of mentally retarded people* (pp. 3-13). Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- SCHOPLER, E. & MESIBOV, G. (1986) *Social behavior in autism*. New York: Plenum Press.
- TASSÉ, M. J., HAVERCAMP, S. M., REISS, S. (1996) *Home-of-Your-Own: Cooperative living skills*. Santa Barbara, CA: James Stanfield Company, Inc.
- TURNBULL, A. P., RUEF, M. (1996) Family perspective on problem behavior. *Mental Retardation*, 34, 280-293.
- WEBSTER-STRATTON, C. (1984) Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 666-678.
- WYKA, G. J. (1989) *The disruptive child* [document vidéo]. Brookfield, WI: National Crisis Prevention Institute.