
Chapitre 7

Approches collaboratives du traitement

Intégration des traitements par médicaments et traitements non pharmacologiques

Robert King et Robert Carey

Objectifs d'apprentissage

Le lecteur sera en mesure de :

1. Apprécier la valeur d'une approche collaborative et interdisciplinaire à l'égard des comportements indésirables chez les personnes affectées d'une déficience de développement.
2. Comprendre le rôle d'un suivi objectif des signes et symptômes de maladie mentale durant le processus de traitement.
3. Apprécier le besoin de combinaison des interventions comportementales, environnementales, de conseil et par médication à l'égard des comportements indésirables complexes.
4. Connaître divers types de médicaments psychiatriques.

Introduction

Le modèle biopsychosocial, introduit par Engel en 1977, souligne les effets entre des événements qui surviennent au sein d'un système et entre des systèmes. Pour la compréhension du déclenchement et du déroulement d'une maladie mentale chez les personnes affectées d'une déficience de développement, ce modèle est basé sur l'identification des vulnérabilités à l'égard de la maladie, et des facteurs de déclenchement, de perpétuation et de protection dans de multiples domaines de la vie de la personne concernée. On peut alors utiliser cette information pour dispenser un meilleur soutien à la personne concernée durant les périodes de crise ou de détresse émotionnelle.

Un plan de traitement/soutien nécessite souvent la coordination d'interventions pharmacologiques, comportementales et psychothérapeutiques, et de développement d'aptitudes (environnementales). Nous explorons ce concept dans ce chapitre.

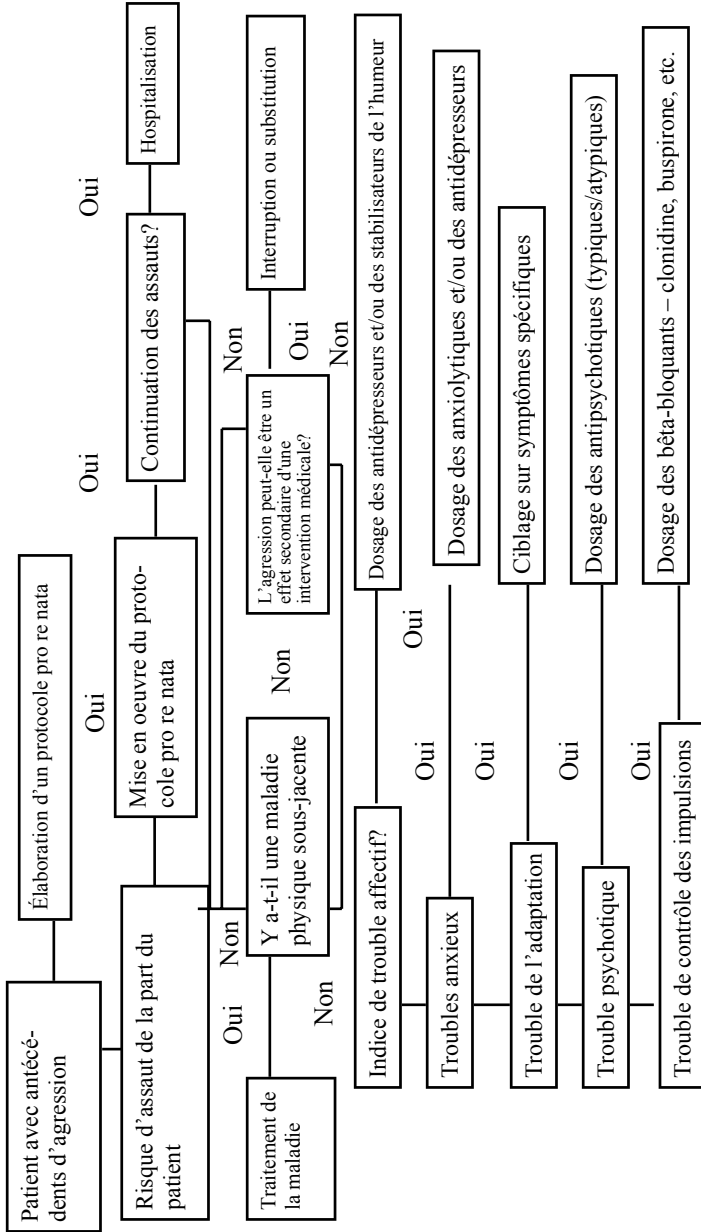
La prévalence des maladies mentales chez les personnes affectées d'une déficience de développement est très élevée, 24-40 % (Pyles, Muniz, Cade & Silva, 1997). On a également fait rapport de taux d'utilisation de médicaments psychiatriques en Amérique du Nord de près de 26-40 % chez les personnes placées en résidence communautaire, et de 35-50 % chez les patients institutionnalisés (David et al., 1997). Malheureusement ces pourcentages attestent d'une surutilisation historique d'une classe de médicaments particulière (neuroleptiques et antipsychotiques). En l'absence d'un processus de diagnostic comportemental impliquant l'examen de tous les domaines de la vie de la personne concernée, l'ordonnance de ces médicaments peut susciter une toxicité comportementale (dégradation des facultés d'apprentissage et d'acquisition de compétences, et des réactions à l'égard des facteurs de renforcement) plutôt qu'une amélioration de la qualité de vie du patient.

Agression, auto-mutilation, hyperactivité et perturbations du sommeil sont des changements de comportement fréquemment observés, qui suscitent des préoccupations chez les familles et les personnels de soutien qui interviennent auprès des personnes affectées d'une déficience de développement. Comme il est illustré à la page suivante, ces changements de comportement sont souvent reliés à des changements cognitifs sous-jacents et à des changements d'humeur qui surviennent dans les contextes suivants :

1. réactions négatives à des médicaments prescrits
2. détresse découlant d'une maladie physique
3. détresse découlant d'une maladie mentale

Cet algorithme souligne le fait que les comportements indésirables ne sont pas intrinsèquement des symptômes de trouble ou de maladie, mais plutôt l'expression symptomatique ou potentiellement manifeste de diverses étiologies sous-jacentes. Myers (1998) a exploré cette relation en ce qui concerne les troubles affectifs, et a documenté le risque d'agression dans le contexte d'une humeur irritable ou dysphorique. La perte des inhibitions durant les phases de manie ou d'hypomanie d'un trouble bipolaire chez les personnes affectées d'une déficience de développement a été décrite. Dans le cas des troubles

Figure 1 – Logigramme décisionnel pour la sélection d'une intervention psycho-pharmacologique chez un adulte affecté d'une déficience de développement qui manifeste de l'agression



qui se manifestent sous forme de crise de panique, de phobie sociale ou de troubles anxieux généralisés, il n'est pas rare d'observer des tentatives d'évitement ou un renfermement face aux interactions interpersonnelles ou environnementales susceptibles de provoquer l'anxiété. On peut également constater des phénomènes d'agression ou auto-mutilation dans ce contexte. Les phénomènes de dissociation, rappel d'images et surexcitation dans le contexte d'un trouble de stress post-traumatique augmentent également le risque d'agression, tout comme l'interruption des activités compulsives dans le contexte d'un trouble obsessionnel-compulsif. On décrira également dans ce chapitre les crises de rage chez les personnes affectées de troubles envahissants du développement ou du syndrome de Gilles de La Tourette et chez les personnes affectées d'une déficience de développement.

Comme ceci a été discuté au chapitre 3 (L'approche biopsychosociale intégrée des comportements difficiles), le recours au seul algorithme ci-dessus pour la formulation et la compréhension des comportements indésirables ne conduira qu'à une approche de traitement unidimensionnelle et parfois unidisciplinaire. En l'absence d'un modèle biopsychosocial intégré, les interactions dynamiques des multiples facteurs contribuant à un comportement indésirable étudié seraient sous-évaluées. L'utilisation de ce modèle par une équipe de santé mentale interdisciplinaire est bien décrite au chapitre 10 (L'équipe interdisciplinaire de santé mentale) du présent ouvrage. La nature collaborative du processus de prise de décision de l'équipe pour l'évaluation et le traitement des clients manifestant des déficiences multiples ou complexes est bien décrite dans ce chapitre. On rappelle en particulier au lecteur l'emphase de l'équipe sur l'exploitation des signes et symptômes des problèmes de santé mentale sous-jacents suspectés, et sur l'utilité de l'utilisation de systèmes de suivi objectifs pour les phases d'évaluation et traitement du processus d'intervention.

L'analyse biopsychosociale d'un comportement indésirable – une approche intégrée

Un modèle multimodal (biopsychosocial), comme celui décrit au chapitre 3 et qu'on développe ci-dessous, utilise la technologie des comportements à plusieurs fins :

1. analyse comportementale et fonctionnelle des comportements indésirables;
2. test des hypothèses selon lesquelles les maladies mentales établissent des vulnérabilités et agissent comme facteurs

- déclencheurs et de maintien de situations dans le contexte des comportements indésirables;
3. conversion des signes et symptômes de maladie mentale en comportements observables donnant lieu à un enregistrement et des mesures;
 4. utilisation des modes de mesure ci-dessus pour la détermination de l'efficacité des interventions prescrites.

Les objectifs des modèles modernes sont les suivants :

1. amélioration de la qualité de vie, selon les objectifs définis par la personne;
2. développement des aptitudes utiles et appropriées pour relations interpersonnelles et sociales, autogestion/autonomie et résistance aux facteurs de stress;
3. minimisation/élimination d'une manière individualisée, positive et non intrusive des facteurs biochimiques et psychosociaux qui contribuent aux comportements problématiques.

On trouve des exemples de modèle multimodal dans : (1) *Gardner's Multi-Modal Contextual Behavioural Analytic Model (Modèle d'analyse comportementale contextuelle et multimodale de Gardner)* (Griffiths, 1998), et (2) *Carey's Positive Systems Approach (Approche positive des systèmes)* (Carey, 1983).

Le modèle de Gardner a été bien décrit et illustré, avec des exemples de cas spécifiques, au chapitre 3.

On présente ci-dessous un exemple de cas décrivant le **modèle de Gardner** :

Le cas de Pierre

Pierre est un homme de 40 ans affecté d'une déficience de développement considérée comme peu importante ou légère. Il a des antécédents d'agression sexuelle contre des enfants de sexe féminin de 9 à 18 ans. Pierre a fait l'objet d'inculpations répétitives pour ses délits, et il a passé quelque temps en prison – généralement en isolation, du fait de sa vulnérabilité aux attaques des autres prisonniers. Pierre a commis divers

délits sexuels : exhibitionnisme en public en présence de jeunes enfants; attouchements de nature sexuelle sur des adolescentes; formulation de remarques grossières/obscènes et de menaces à l'endroit de jeunes filles alors qu'il les observait d'une manière très évidente et menaçante. Pierre vivait dans son propre appartement avec des services d'aide à l'autonomie (soutien à raison de huit heures par semaine).

Facteurs instigateurs :

Une évaluation fonctionnelle des comportements observés a révélé les caractéristiques suivantes :

- a) manifestation dans des situations spécifiques – essentiellement dans des lieux publics où Pierre pouvait être à proximité physique de jeunes filles adolescentes ou prépubères;
- b) manifestation généralement durant le temps libre non structuré – essentiellement durant les soirées et fins de semaine, lorsqu'aucun personnel de supervision n'était présent;
- c) manifestation du comportement surtout après le visionnement de certains vidéofilms à contenu sexuel explicite que Pierre avait en sa possession;
- d) le comportement pouvait aussi se manifester à l'égard du personnel d'aide féminin – généralement après qu'on lui avait demandé de faire quelque chose qu'il n'avait pas envie de faire.

Facteurs de vulnérabilité :

L'évaluation psychologique de Pierre a révélé :

- a) déficits cognitifs à un niveau tel qu'il avait de très médiocres aptitudes de raisonnement abstrait, avec mémoire brève et des aptitudes médiocres de raisonnement séquentiel et de résolution de problème – ceci suggère une compréhension médiocre au niveau social et un manque d'aptitude à anticiper les conséquences;
- b) antécédents familiaux incluant des abus sexuels, lorsqu'il était enfant (commis par une femme plus âgée de la famille), et par

- un ancien employé de l'agence qui lui dispensait un soutien lorsqu'il avait 20 ans et plus;
- c) un psychiatre a diagnostiqué chez Pierre un trouble de personnalité narcissique (code DSM-IV : 301.81) avec caractéristiques de passivité-agressivité.

L'analyse du système de soutien de Pierre a également révélé quelques problèmes qui augmentaient sa vulnérabilité et sa prédisposition à récidiver, et à adopter répétitivement ces comportements. Ceci incluait :

- a) ressources de personnel inadéquates pour un suivi de ses comportements durant les périodes où la probabilité de manifestation de ces comportements était plus élevée;
- b) aucune participation médicale pour l'évaluation des facteurs reliés au niveau de testostérone et à la libido élevée;
- c) choix peu approprié de son lieu de résidence (c'est-à-dire à proximité d'une école secondaire, d'un centre commercial et de plusieurs salons de thé/café);
- d) système de soutien familial qui avait tendance à nier son potentiel de récurrence et à créer des conflits pour le personnel de soutien, ainsi qu'à l'exposer à des situations à risque élevé lorsqu'il venait rendre visite à la famille.

Conformément au modèle d'analyse comportementale contextuelle et multimodale de Gardner, l'approche de traitement choisie pour Pierre incluait des interventions comportementales, éducatives, biomédicales et écologiques. Des stratégies d'action sur le comportement ont été mises en place pour le personnel de soutien et la famille; ceci procurait des limites fermes à l'égard des comportements spécifiques, qui avaient été soigneusement définies pour garantir la cohérence de l'enregistrement des faits et des interventions. De plus, on a dispensé à Pierre un enseignement pour le développement des aptitudes d'accueil et communication pro-sociale, et on lui dispensait un renforcement très positif lorsqu'il manifestait/appliquait ses aptitudes durant les sessions de formation, et de même lorsqu'il apparaissait qu'il parvenait à les mettre en œuvre dans les situations de la vie quotidienne. Les membres du personnel et de la famille ont reçu un enseignement à

l'égard de la nature du développement de ses comportements sexuels déviants, ainsi qu'à l'égard de la nature de son trouble de personnalité.

Un psychiatre a par ailleurs diagnostiqué chez Pierre la pédophilie et un trouble de personnalité narcissique. Après une évaluation médicale complète, on a prescrit la Depo-Provera (acétate de médroxy-progestérone) à Pierre pour le contrôle de ses pulsions sexuelles et de ses pensées obsessionnelles. Pierre a été identifié comme délinquant de type IV – ou pervers sexuel (atteint de paraphilie); il s'agit des personnes qui associent excitation sexuelle, fantasmes et actes sexuels avec des stimuli inacceptables – comme les enfants. La littérature indique que seuls les délinquants de Type IV pervers sexuel (atteint de paraphilie) réagissent au traitement par la Depo-Provera; les sujets des trois autres types nient l'existence de leur comportement (Type I), blâment d'autres personnes pour leur comportement (Type II), ou aiment laisser cours à leurs pulsions violentes (Type III) et ne reconnaissent pas que leur comportement est hors de contrôle ou inapproprié. La Depo-Provera est un médicament anti-androgène qui réduit le niveau de testostérone dans le sérum sanguin des hommes, grâce à une baisse de la libération d'hormones lutéinisantes par l'hypophyse. La réduction de la testostérone déclenche une réduction correspondante de l'intérêt sexuel, et par conséquent, ceci réduit la récurrence. De plus, ce médicament réduit efficacement la fréquence de l'imagerie érotique et provoque normalement une «impuissance» temporaire (ou interférence avec les érections), ce qui contribue également à une réduction de la récurrence. Ce médicament a été prescrit pour Pierre parce qu'il agit rapidement; les effets positifs apparaissent généralement après moins de six mois de traitement.

En plus de l'approche médicale, on a également procédé à une révision drastique de l'ensemble du système de soutien de Pierre (intervention écologique). Ceci inclut un changement de résidence, l'intervention de personnel durant les périodes de la semaine où il était le plus vulnérable, et la mise en place dans sa résidence d'un système de détection de présence avec alarme pour qu'il ne puisse quitter son logement sans que le personnel en soit averti. La

participation de travailleurs sociaux a également joué un rôle important : ceux-ci ont aidé la famille à s'informer sur la nature de son trouble mental et à l'accepter, et à accepter de coopérer en permanence dans le cadre de son programme.

En moins de six mois, le taux d'incidence d'actes sexuels de Pierre a chuté d'une moyenne de plus de vingt épisodes par mois à moins de deux par mois. Il lui faut cependant encore un environnement structuré avec suffisamment de ressources de personnel pour un suivi efficace de son comportement 24 heures par jour.

Carey décrit son **approche positive des systèmes** comme un «amalgame de divers aspects des principales approches qui sont actuellement communément utilisées» (pour le soutien des personnes affectées d'une déficience de développement et qui manifestent des comportements problématiques) (Carey, 1998). Ceci inclut :

- **analyse comportementale appliquée**
- **théorie de la communication par les comportements** – reconnaissance du fait que certains comportements problématiques sont souvent des tentatives de communication de besoins, et enseignement de méthodes plus acceptables d'expression du sujet
- **théorie des systèmes** – promotion de l'hypothèse selon laquelle les systèmes sont des ensembles de composants qui, lorsqu'ils sont associés ensemble, interagissent et s'influencent mutuellement pour former un ensemble
- **enseignement en douceur** – il s'agit d'un concept formulé par McGee, basé sur la psychologie de l'interdépendance (le changement étant considéré comme mutuel et apportant une sensation de relation amicale dans la communauté). Cette philosophie promeut les objectifs suivants : (a) apprendre aux personnes concernées à se sentir en sécurité avec les prestataires de services/soins, (b) apprendre aux personnes concernées à se sentir engagées, (c) apprendre aux personnes concernées à sentir qu'on les apprécie sans condition, et (d)

apprendre aux personnes concernées à apprécier leur entourage sans condition.

Six facteurs individuels sont identifiés dans ce modèle pour la promotion du développement individuel :

1. **Identification** – compréhension du comportement dans le contexte où il se manifeste. Tout comme pour le modèle de Gardner, ce facteur inclut une évaluation des questions de santé mentale et biomédicale comme éléments instigateurs ou de perpétuation du comportement problématique.
2. **Communication** – prise en considération du comportement de la personne comme une forme de communication, qui a une signification et une fonction.
3. **Stimulation** – amplification de l'exposition à des sources de plaisir et à des activités stimulantes sans relation avec les comportements étudiés.
4. **Renforcement** – promotion d'une action de renforcement intense non programmatique et non conditionnel, d'une manière fréquente.
5. **Redirection** – changement d'aspect de l'environnement de la personne concernée et des types d'interaction; tirer parti des opportunités de changement de stimulus.
6. **Réaction face au stress** – enseignement de méthodes et techniques permettant de maîtriser les facteurs de stress et de friction.

Carey a également identifié six facteurs systémiques que l'on doit prendre en compte pour comprendre et traiter les comportements problématiques. Il s'agit des suivants :

1. **Flexibilité** – le système doit procurer autant de flexibilité que possible dans divers domaines, comme qualifications du personnel, horaires de travail du personnel, circonstances de résidence et programmes de traitement hors résidence.
2. **Persévérance/tolérance** – les programmes de soutien doivent manifester un solide engagement de l'agence responsable à l'égard du maintien des personnes concernées dans leur communauté. Plutôt qu'une insertion forcée dans un environnement prescrit, l'engagement exige de la part des prestataires

- de services l'établissement d'un environnement fluide, mieux adapté aux personnes concernées et à leurs désirs et besoins.
3. **Constance** – on ne peut mettre en oeuvre une approche positive des systèmes (APS) à temps partiel, par intermittence. Il convient d'établir des protocoles de soutien qui permettent une réaction positive et méthodique à l'égard du comportement problématique.
 4. **Portabilité** – le plan de soutien doit pouvoir suivre la personne concernée dans les divers environnements où elle devra interagir; pour chaque lieu de séjour, les membres du personnel et de la famille doivent recevoir la formation qui leur permettra de comprendre les approches d'interaction.
 5. **Intensité** – ceci concerne la fréquence et la qualité des interactions avec les gens durant la journée.
 6. **Changement** – ceci concerne la reconfiguration de l'environnement ou donner la formation aux prestataires de services/soins la formation qui leur permettra d'être sensibles à l'égard des stimuli ou facteurs qui déclenchent les comportements, dans une optique de prévention de la manifestation de ces comportements.

On présente ci-dessous un exemple de cas qui illustre l'approche de Carey :

Le cas de Suzanne

Suzanne était âgée de 22 ans lorsqu'on l'a retirée d'un établissement pour enfants pour la placer dans la communauté. Suzanne a été ainsi placée dans la communauté non parce qu'elle était prête, mais parce qu'elle avait dépassé l'âge de 18 ans. Suzanne avait vécu dans un établissement pour enfants depuis l'âge de 2 ans, lorsqu'elle y avait été placée par sa mère schizophrène qui ne pouvait plus s'occuper d'elle. On observe dans les antécédents de Suzanne de graves phénomènes d'auto-mutilation remontant à son admission – chocs à la tête, se frapper la tête avec les mains et un objet. Durant l'adolescence, ces phénomènes d'auto-

mutilation étaient si graves qu'on avait considéré que la neurochirurgie était le seul moyen de contrôler ces comportements dangereux de Suzanne. Malgré ses comportements problématiques, Suzanne est demeurée une personne agréable et assez brillante (autisme avec niveau de fonctionnement élevé). Suzanne pouvait faire fonctionner un photocopieur et encaisser les paiements pour les copies faites pour les employés de l'établissement. Elle pouvait rendre la monnaie et calculer les montants payables. Lorsqu'on lui a fait quitter la résidence communautaire (un établissement de grande ampleur en milieu rural), elle manifestait fréquemment des comportements d'auto-mutilation, et l'approche recommandée était l'emploi d'une ferme réprimande verbale suivie brièvement d'une restriction physique (maintien des mains sur ses flancs). Le personnel de l'agence communautaire avait reçu l'instruction d'employer constamment cette procédure, faute de quoi on pouvait constater une escalade de ce comportement jusqu'à une perte de contrôle totale.

On a constaté une escalade graduelle du comportement, probablement du fait de l'application non constante de l'approche choisie et de la procédure établie. Vingt-huit personnes travaillaient avec Suzanne durant chaque semaine, et chacune interprétait et appliquait la procédure selon sa propre vision.

On a constaté une escalade constante des incidents d'auto-violence de Suzanne jusqu'au point où son visage était souvent rougi et très enflé. Après de nombreuses années de répétition de ses chocs à la tête, une de ses rétines s'était également détachée. Une intervention chirurgicale était nécessaire. Le médecin traitant habituel de Suzanne était en vacances et un médecin qui ne connaissait pas Suzanne avait interprété les comportements d'auto-mutilation, observés dans son cabinet, comme un comportement suicidaire, et avait immédiatement fait venir une ambulance et prescrit l'admission involontaire de Suzanne dans un hôpital psychiatrique local. L'admission

de Suzanne à l'hôpital psychiatrique impliquait l'utilisation d'une camisole de force. Son programme de médication avait été significativement modifié et le nombre d'incidents d'auto-mutilation avait augmenté jusqu'à 2000 par jour. Son séjour à l'hôpital dura 6 mois. L'ancienne procédure de réprimande verbale et de retenue des mains n'avait plus d'effet. La situation avait connu une escalade jusqu'à un point de crise, et le personnel de l'agence envisageait d'adresser Suzanne à un établissement où le traitement par électrochocs serait utilisé comme outil de réduction des comportements de Suzanne (même si des administrations antérieures de ce traitement n'avaient pas eu d'effet). À bout de ressources et par frustration, l'équipe de direction décida d'employer l'approche positive des systèmes, recommandée par l'un des auteurs (Carey). Il s'agissait de considérer le comportement de Suzanne comme une forme de communication et d'essayer de répondre à ses besoins et désirs, d'employer une évaluation comportementale et de fournir aux membres du personnel des stratégies d'interaction positives, conçues pour empêcher la manifestation du comportement et de réorienter les comportements inappropriés, tout en renforçant les diverses aptitudes de résistance au stress.

L'approche APS pour le traitement de Suzanne incluait :

a) L'interprétation du comportement indésirable comme moyen de communication – fournir des formes de stimulation appropriées – re-direction, changement de stimulus, enseignement de formes de communication plus appropriées – sur la base de l'hypothèse selon laquelle Suzanne communiquait qu'elle n'aimait pas le travail qu'elle faisait et les attentes qu'on lui imposait. Suzanne avait besoin de plus de choix dans ses activités quotidiennes. Il fallait incorporer des activités récréatives et des loisirs dans la vie de Suzanne. Lorsque les membres du personnel ont été plus conscients des signes annonciateurs du comportement et de l'agitation de Suzanne, l'emploi des techniques de re-direction et de changement

de stimulus permettait de briser le cycle d'auto-mutilation et d'introduire des changements du comportement. Les membres du personnel ont également encouragé Suzanne à communiquer verbalement et à communiquer ses désirs et besoins d'une manière plus appropriée. Il a été donné à Suzanne l'occasion de s'exprimer et de prendre le contrôle de ses activités quotidiennes.

b) L'emphase sur la relation entre Suzanne et ses prestataires de services/soins – il ne fallait pas d'une relation basée sur le pouvoir, le contrôle et la soumission. Une équipe de base de cinq personnes qui aimaient réellement Suzanne fut formée; les membres de l'équipe reçurent une formation spéciale sur la nouvelle approche interactionnelle. Un membre de l'équipe était disponible durant chaque période de travail pour faciliter la mise en oeuvre cohérente et pour montrer aux autres personnes de l'entourage comment interagir avec Suzanne.

c) Le changement de l'environnement de vie de Suzanne, soit l'établissement d'un appartement autonome au sein de l'importante résidence, pour que Suzanne puisse avoir son propre espace sans être perturbée par le chaos et le bruit externes. Ceci tenait compte du fait que Suzanne était autiste. Sa résidence fut également adaptée avec l'addition d'isolation phonique pour la réduction du bruit et des sources de distraction.

d) L'intervention d'un psychiatre qui connaissait bien l'autisme, pour l'incorporation de tous les éléments d'une approche biopsychosociale. Après une évaluation médicale complète, le programme de médication de Suzanne a été modifié. Tout d'abord, il était reconnu que l'autisme était le diagnostic le plus approprié pour elle, et ceci suggérait que son programme actuel de médication essentiellement sédatif était probablement inefficace. On a établi pour Suzanne un programme d'administration de rispéridone; même s'il n'y a aucune indication de l'emploi de ce médicament pour le traitement de l'autisme, des études récentes suggèrent qu'il peut améliorer le comportement des personnes atteintes d'autisme (McDougle et al., 2000). La recherche neurobiologique a permis d'identifier un rôle des systèmes de production de dopamine et de sérotonine dans la pathogenèse de l'autisme. Les rapports suggèrent que la rispéridone, un antagoniste de la sérotonine 2A et

de la dopamine D2 peut être un médicament sûr et efficace pour la réduction des symptômes causant des interférences chez les personnes atteintes d'autisme; c'est pourquoi ce médicament a été adopté.

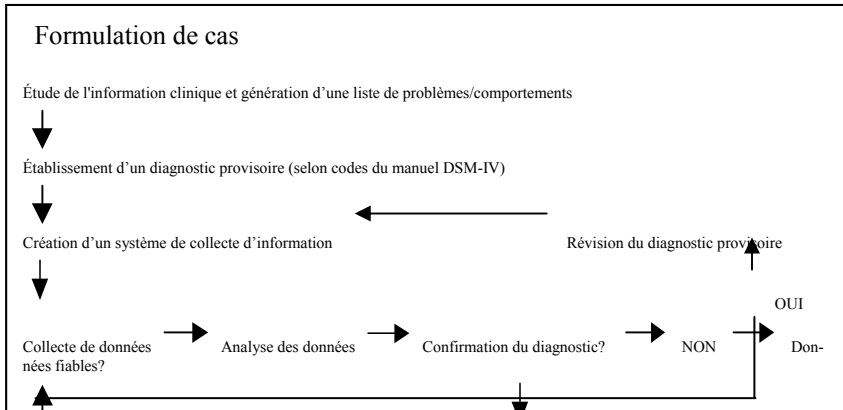
e) L'analyse des antécédents familiaux et la recherche du rétablissement d'un contact avec la mère de Suzanne. Le contact a été établi et les deux parties ont fait rapport d'un résultat positif.

Globalement, à la surprise de beaucoup de personnes, le nombre d'incidents d'auto-mutilation de Suzanne a chuté de 2000 incidents par jour à 200 par jour en moins de 6 mois après la mise en oeuvre de la nouvelle approche. Un an plus tard, la fréquence des incidents était tombée à zéro. Un tel progrès n'avait jamais été réalisé depuis que Suzanne avait été admise dans un établissement spécialisé à l'âge de 2 ans. L'incidence du comportement est demeurée nulle pendant plusieurs années et le dossier a été clos.

Formulation de cas

Dans ces modèles, qui permettent la mise en oeuvre des modalités thérapeutiques les plus modernes – dont un soutien pharmacologique pour les personnes qui manifestent des comportements problématiques, la recommandation d'intervention multimodale est basée sur le processus de *formulation de cas*. Une approche d'équipe interdisciplinaire impliquant des professionnels de la santé mentale et de l'analyse comportementale permet l'incorporation de ses formulations dans un processus unifié. On en présente un exemple à la page suivante.

En vue de la participation à ce processus interdisciplinaire, il est important que tous les membres de l'équipe interdisciplinaire comprennent les principes des approches pharmacologiques employées à l'égard des problèmes de santé mentale des personnes affectées d'une déficience de développement.

Figure 2 – Processus de formulation de cas**L'intégration du processus pharmacologique**

L'identification d'une maladie mentale comme affection qui déclenche ou amplifie un comportement problématique, ou y rend vulnérable, a été entravée dans le passé par l'incapacité des cliniciens à formuler un diagnostic valide et un traitement, invoquant l'absence de préconception à l'égard de la réponse attendue au traitement et un manque de critères établis à l'égard d'un résultat éventuel. Il est important de se souvenir qu'un diagnostic psychiatrique n'est pas simplement une étiquette; il représente plutôt une hypothèse d'explication de la cause des comportements problématiques observés, sur la base de variables neurochimiques (et potentiellement de nombreuses autres variables) (Sovner, 1992).

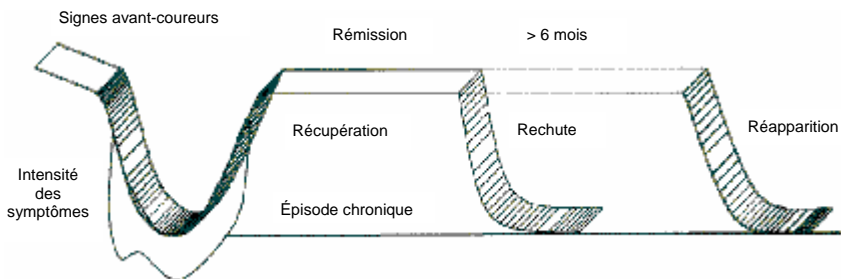
La précision du diagnostic d'un trouble spécifique mentionné dans le manuel DSM-IV pour les personnes affectées d'une déficience de développement, en l'absence d'une approche biopsychosociale intégrée, est réduite par des difficultés ou erreurs imputables aux facteurs suivants :

1. *imputation erronée* – imputation d'une augmentation de l'intensité ou de la fréquence du comportement mal adapté à un comportement acquis plutôt qu'à l'expression comportementale d'un trouble sous-jacent.
2. *erreur de diagnostic* (Reiss, Levitas & Szyszko, 1982) –

- interprétation du comportement mal adapté comme un résultat direct de la déficience de développement d'une personne.
3. **exagération du niveau de base** – non-reconnaissance du fait qu'une augmentation de la fréquence ou de l'intensité d'un comportement mal adapté pourrait signaler le déclenchement d'une maladie physique ou mentale sous-jacente, ou un effet secondaire négatif d'une médication.
 4. non-prise en compte de l'impact des expériences d'une vie médiocre et des déficits de communication sur l'expression des signes et symptômes de maladie mentale.
 5. non-reconnaissance de la possibilité de manifestation simultanée de troubles complexes.
 6. interprétation erronée d'une dégradation du fonctionnement adaptatif, non spécifique et induite par le stress, comme indication d'un trouble psychotique (Sovner & Hurley, 1983).

Il est important de se souvenir que les maladies mentales ont un déroulement naturel incluant signes ou symptômes précurseurs, épisodes aigus avec éventuellement des périodes de crise critiques, épisodes chroniques, et rémission complète ou partielle. Toutes les maladies psychiatriques importantes comportent également un risque de rechute (réapparition des symptômes six mois ou moins après la rémission) et de réapparition (second épisode de manifestation du trouble plus de six mois après la période de rémission initiale) comme l'illustre la figure 3 ci-dessous (exemple de la dépression).

Figure 3 – Évolution naturelle de la dépression



Quatre catégories principales de traitement pharmacologique sont disponibles pour le traitement des troubles psychiatriques :

1. *traitement de la phase aiguë* – pour les symptômes aigus de la maladie.
2. *gestion de crise* – utilisation de médicaments pro re nata pour le traitement des crises en phase aiguë.
3. *traitement de stabilisation* – pour la réduction du risque de rechute
4. *traitement d'entretien* – pour la réduction du risque de réapparition.

Idéalement, la formulation du traitement devrait :

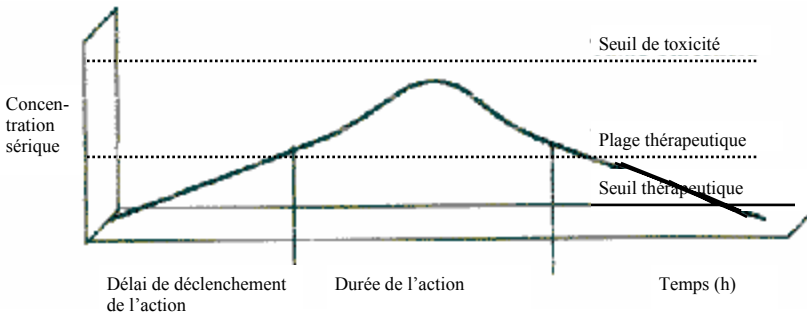
1. mettre en évidence la validité du diagnostic.
2. identifier des symptômes cibles permettant une mesure objective, pour la détermination de la réaction du patient au traitement – ce concept a été proposé par Lowry (1997) dans son modèle *An Assessment of Symptomatic Behaviours* (Évaluation des comportements symptomatiques).

Les recommandations de Lowry, ci-dessous (bien qu'elles concernent surtout les troubles de l'humeur), sont généralisables à tous les troubles psychiatriques. Il recommande :

1. établissement des définitions opérationnelles de chaque comportement symptomatique, ce qui permettra aux prestataires de soins de participer à l'élaboration d'un système de suivi objectif.
2. choix d'un système approprié de collecte d'information sur la base des paramètres existants et connus du comportement étudié (par exemple, détermination de la fréquence, ou système de mesure sur intervalles partiels).
3. présentation sommaire des données pour l'illustration graphique du déroulement du trouble et des résultats du traitement au cours du temps.
4. justification de l'utilisation d'un psychotrope spécifique; le cas échéant, combinaison rationnelle de médicaments.
5. définition de critères pour un essai adéquat de médicaments, sur la base des connaissances suivantes :
 - (a) historique naturel du trouble
 - (b) connaissance des propriétés du médicament, comme ceci est illustré à la page suivante.

On observe les propriétés décrites à la figure 4 pour tous les psychotropes :

Figure 4 – Propriétés des psychotropes



- **délai de déclenchement de l'action** – le temps d’attente nécessaire avant que le médicament manifeste un effet optimal. Il est particulièrement important durant cette période de dispenser un soutien non pharmacologique approprié pour le patient.
 - **durée de l'action** – cette propriété détermine l’espace approprié des doses (intervalle minimum entre les administrations successives des doses).
 - **intervalle thérapeutique** – la concentration du médicament qui s’établit au cours du temps dans le sang et le cerveau après administration d’une dose spécifique du médicament. Cet intervalle est caractérisé par :
 - a. un *seuil thérapeutique* au-dessous duquel le médicament n’a pas un effet optimum;
 - b. un *seuil de toxicité* au-dessus duquel on observe une augmentation des effets négatifs et aucun effet positif additionnel.
6. Établissement des objectifs de traitement – ceci peut inclure :
- suppression du comportement – objectif seulement pour une situation de crise.
 - stabilisation comportementale – pour l’introduction de changements quantitatifs plutôt que qualitatifs en cas de troubles chroniques.
 - normalisation – atteinte d’un état de rémission, et minimisation du risque de rechute et de réapparition.

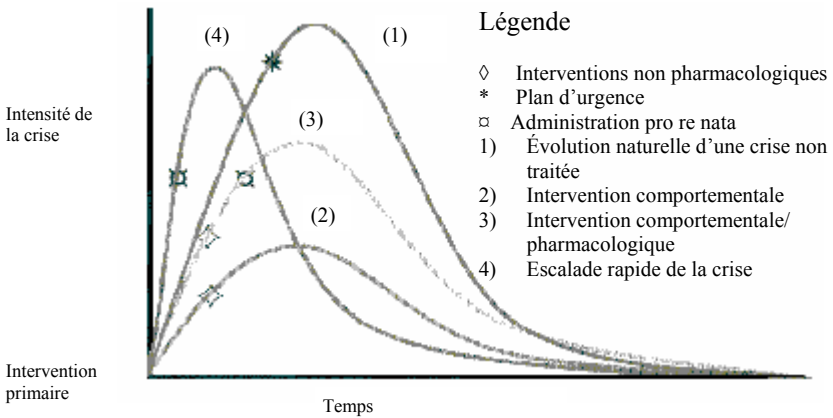
La table 1 ci-dessous illustre les travaux réalisés par un thérapeute comportemental et des conseillers en milieu de résidence. Ces travaux portent sur la traduction des signes et symptômes d'hypomanie et de dépression chez un patient non-verbal avec déficience de développement (autisme et trouble bipolaire) en comportements observables quotidiennement :

Table 1 – Signes et symptômes d'hypomanie et de dépression

Signes et symptômes d'hypomanie et de dépression	
Hypomanie	Dépression
Hyperactivité incessante (p. ex., piétinement, balancement)	Morsure de la main, laissant des marques sur la peau
Jeter/renverser des objets répétitivement	Larmes
Ramener répétitivement le même objet au personnel	Masturbation en public, trois ou quatre fois
Perturbation du sommeil (moins de 4 heures durant la nuit)	Adoption de la position fœtale en des lieux inhabituels
Nouveaux mots, presque des phrases, amélioration de l'élocution expressive	Inactivité – patient restant en place pendant une période prolongée, supérieure à une heure
Euphorie, onomatopées à voix forte et intense, rire prononcé	
Agression physique (frapper et/ou pousser), choix de lieux bizarres pour uriner (p. ex. panier de linge sale) et incontinence, font également l'objet d'un suivi mais semblent être présents dans les deux phases.	
(King & McCartney, 1999)	

En situation de crise (lorsque les facultés de résistance au stress du patient ne lui permettent pas de surmonter le stress important apporté par la crise) des *protocoles* d'administration de psychotropes énergiques et *pro re nata (administration selon le besoin)* sont nécessaires pour minimiser le risque que le sujet en crise présente pour lui-même, pour les autres patients et pour le personnel, et pour minimiser la destruction de biens matériels (King, Fay & Croghan, 2000). La figure qui suit illustre les scénarios potentiels d'évolution de l'intensité durant une crise. Là encore, il est essentiel d'avoir recours à une équipe interdisciplinaire et à un modèle biopsychosocial pour l'élaboration des plans de crise, ceci pouvant inclure l'emploi de médicaments. L'identification des facteurs d'instigation, d'entretien et de vulnérabilité peut faciliter la formulation des recommandations appropriées pour la réduction de la fréquence des crises (il s'agit de la prévention primaire). Ceci conduit à une réduction du besoin de suppression comportementale par des thérapies pro re nata.

Figure 5 – Scénarios potentiels d'évolution de l'intensité d'une crise



La figure 5 illustre ce qui suit :

1. Périodes observables pour déclenchement et intervalles d'intensité maximale, et finalement résolution spontanée – évolution naturelle des crises.
2. L'intervention non pharmacologique définie à l'avance par consensus au sein de l'équipe et l'analyse des résultats des interventions antérieures peuvent minimiser l'intensité des crises et leur durée (intervention comportementale).
3. L'analyse des crises antérieures peut faciliter la prise de décision à l'égard du choix du moment approprié d'administration d'une médication pro re nata pour la réduction de l'intensité de la crise.
4. L'escalade rapide des comportements problématiques peut nécessiter l'administration d'urgence d'une médication pro re nata, simultanément avec la mise en oeuvre du plan d'action d'urgence.

Il est important de demander aux prescripteurs de médicaments :

1. Avons-nous assez de temps pour utiliser ce médicament en sécurité dans l'environnement spécifique (déclenchement de

l'action)?

2. Que peut-on faire pour soutenir le patient durant la période d'attente avant l'apparition des effets du médicament?
3. Quels sont les effets positifs et négatifs attendus du médicament (seuil thérapeutique et seuil de toxicité)?
4. Quelle est la durée de l'effet du médicament (espacement des doses)?
5. Après l'observation de l'effet calmant ou sédatif du médicament, que peut-on faire pour vérifier que la crise est résolue?

Classes de psychotropes

1. **Benzodiazépines** –agents sédatifs et anxiolytiques; ces produits agissent sur l'agitation psychomotrice, la crainte et l'anxiété; ils ont un effet calmant ou sédatif.

Exemples : Lorazépam (Ativan), Diazépam (Valium), Oxazépam (Serax), Alprazolam (Xanax), Clonazépam (Rivotril) et Midazolam (Versed)

2. **Antipsychotiques** – ces médicaments agissent sur l'agitation psychomotrice et le comportement d'agression, particulièrement en présence de symptômes psychotiques (hallucinations, illusions délirantes et comportement désorganisé). Il existe deux catégories d'antipsychotiques :
 - (a) antipsychotiques traditionnels – exemples : Halopéridol (Haldol), Chlorpromazine (Thorazine), Thioridazine (Mellaril), Méthotriméprazine (Nozinan), Trifluopérazine (Stelazine), Loxapine (Loxapac) et Perphénazine (Trilafon)
 - (b) antipsychotiques atypiques – exemples : Clozapine (Clozaril), Rispéridone (Risperdal), Olanzapine (Zyprexa) et Quétiapine (Seroquel)

La table 2 présente les propriétés relatives (avantages et désavantages) de ces produits pour les situations de crise et le traitement des troubles psychotiques et autres troubles :

Table 2 – Avantages et désavantages des antipsychotiques traditionnels

Avantages des antipsychotiques traditionnels	Désavantages des antipsychotiques traditionnels
<p>1. Caractéristiques d'un antipsychotique idéal :</p> <p>a. Manifestation rapide de l'action.</p> <p>b. Effet sédatif initial.</p> <p>c. Peu d'effets neurologiques négatifs.</p> <p>d. Durée d'action suffisante pour la minimisation de la fréquence d'administration.</p> <p>e. Bonne tolérabilité locale en cas d'administration intramusculaire ou intraveineuse (Carey, 1998).</p>	<p>1. Risque de réaction paradoxale après excès de sédation et acathisie.</p> <p>2. Effet neurologique négatif aigu (incluant dystonie, torticolis spasmodique, crise oculogyre) avec un impact potentiellement négatif sur les utilisations ultérieures.</p> <p>3. Exacerbation des crises épileptiques.</p> <p>4. Effets sédatifs et anticholinergiques négatifs pouvant produire un delirium.</p> <p>5. Exacerbation des phénomènes de dissociation dans les cas d'un trouble de stress post-traumatique.</p>
<p>*Récent progrès : l'acétate de zuclopendixole (Clopixol Acuphase), pour administration intramusculaire, offre une durée d'action de 48 à 72 heures.</p>	

En tant que groupe, les antipsychotiques atypiques produisent moins d'effets négatifs aigus et durables par comparaison aux neuroleptiques traditionnels. La table 3 illustre ces effets négatifs.

La liste croissante des utilisations des neuroleptiques atypiques chez les personnes affectées d'une déficience de développement inclut :

- Traitement actif et de maintenance pour la schizophrénie et d'autres troubles psychotiques.
- Stabilisateurs de l'humeur complémentaires dans les cas de trouble bipolaire.
- Traitement actif de l'hypomanie et des manies dans les cas de trouble bipolaire.

- Suppression des tics et traitement des comportements d'opposition dans les cas du syndrome de Gilles de la Tourette.
- Traitement auxiliaire dans les cas trouble obsessionnel-compulsif.
- Traitement symptomatique de l'agression, de l'auto-mutilation et de l'agitation dans les cas des troubles envahissants du développement.
- Stratégie de conversion – adoption des antipsychotiques atypiques après l'abandon des antipsychotiques traditionnels prescrits précédemment et pour la réduction des risques de dyskinésie tardive durant la vie du patient.

Table 3 – Avantages et désavantages des antipsychotiques atypiques

Avantages des antipsychotiques atypiques	Désavantages des antipsychotiques atypiques
1. Diminution des risques d'effets négatifs extrapyramidaux et de dyskinésie tardive.	1. Risque d'agranulocytose, particulièrement durant les six premiers mois du traitement avec la Clozapine.
2. Réduction du risque d'hyperprolactinémie (sauf la Risperidone).	2. Risque théorique de dépression respiratoire lors de l'utilisation combinée de Lorazépam et de Clozapine.
3. Amélioration des symptômes négatifs de la schizophrénie.	3. Risque de crise épileptique relié à la dose, avec la Clozapine.
4. Interaction avec les systèmes de production de dopamine et sérotonine.	4. Augmentation de poids significative.

Antidépresseurs

- *Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine* – ces médicaments altèrent la transmission de la sérotonine (neurotransmetteur); on les utilise également pour le traitement de (i) trouble panique, (ii) névrose obsessionnelle, (iii) phobie sociale et (iv) boulimie.

Ces médicaments sont généralement bien tolérés chez les personnes affectées d'une déficience de développement. On peut observer certains effets négatifs : dysfonctionnement sexuel, nausée, vomissement, maux de tête, insomnie et

augmentation paradoxale de l'anxiété.

- *Nouveaux antidépresseurs* – Venlafaxine (Effexor), Néfazodone (Serzone), Moclobémide (Manerix), Bupropion (Wellbutrin).

Ces médicaments sont différenciés par la manière dont ils influencent des neurotransmetteurs spécifiques du cerveau, et ne réagissent pas à un ou plusieurs inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine.

- *Antidépresseurs tricycliques* – exemples : Amitriptyline (Elavil), Imipramine (Tofranil), Sinequan (Doxépine), Clomipramine (Anafranil).

Ces médicaments plus anciens, qui ont de multiples influences sur les neurotransmetteurs, sont généralement mal tolérés chez les personnes affectées d'une déficience de développement. Effets négatifs fréquents : sédation, tremblement, constipation, sécheresse de la bouche, vision trouble et hypotension orthostatique. Ses effets négatifs empêchent souvent l'atteinte de la dose thérapeutique.

Stabilisateurs de l'humeur

Ces médicaments sont utilisés dans les cas de trouble bipolaire pour le traitement des phases aiguës et le traitement de continuation et d'entretien. Cette catégorie comprend le carbonate de lithium, la carbamazépine et l'acide valproïque. Des travaux récents suggèrent que de nouveaux anticonvulsants, comme le Gabapentin (Neurontin) et le Lamotrigine (Lamictal), ont également des propriétés de stabilisation de l'humeur. On peut assurer le suivi nécessaire par des évaluations en série de la mesure des concentrations sanguines pour le lithium, la carbamazépine et l'acide valproïque, afin d'individualiser les doses, de minimiser les effets négatifs et d'optimiser la réaction au traitement (voir table 4).

Stimulants

On utilise le méthylphénidate (Ritalin) et le sulfate de dexamphétamine (Dexédrine) pour le traitement du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité.

Agents anticholinergiques ou antiparkinsoniens

Cette classe de médicaments comprend entre autres le mésylate de benzatropine (Cogentin), le chlorhydrate de trihexyphénidyle (Artane), l'amantadine (Symmetrel) et la procyclidine (Kemadrin). On utilise ces médicaments essentiellement pour compenser les effets négatifs neurologiques des antipsychotiques.

Table 4 – Stabilisateurs de l'humeur

	Dosage (plage) (mg)	Niveau sérique (plage)	Symptômes cibles	Effets négatifs communs
Acide valproïque	750-3000 mg/j	350-700 µmol/L	Manie aiguë et contrôle à long terme	Douleurs gastro- intestinales, changements d'appétit et de poids, alopecie, ataxie, augmentation asymptomatique de la transaminase hépatique
Carbama- zépine	300-1200 mg/j	17-54 µmol/L	Manie aiguë et contrôle à long terme	Étourdissement, nausée, vision trouble, diplopie, ataxie, maux de tête, frisson- nement, tremblement, bouche sèche, fièvre
Lithium	900-2400 mg/j (aigu) 300-1200 mg/j (entretien)	0,8-1,2 mmol/L (aigu) 0,6-1,0 mmol/L (entretien)	Contrôle à long terme et prévention ou diminution de l'intensité des épisodes ultérieurs de manie et de dépression	Irritation gastro- intestinale, faiblesse musculaire, nervosité, dégradation de l'élocution, vision trouble, hébètement, vertiges

Bêta-bloquants

Ces médicaments – par exemple Propranolol – sont essentiellement utilisés comme agents antihypertensifs et également pour :

- soulagement symptomatique de l'anxiété de performance
- traitement de l'acathisie induite par un neuroleptique
- traitement des tremblements induits par le lithium
- traitement des comportements d'agressivité, auto-mutilation et autres comportements problématiques dans le contexte d'un état d'hyperexcitation, comme dans le cas des troubles envahissants du développement

Clonidine

Indications (entre autres) :

- suppression des tics pour le syndrome de Gilles de la Tourette
- traitement du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité
- traitement symptomatique des états de surexcitation

Bloqueurs opiacés

Exemple : Naltrexone.

Indications (entre autres) :

- dépendance à l'égard de l'alcool
- comportement d'auto-mutilation

Buspirone

Le Buspirone est un agent anti-anxiété différent des benzodiazépines.

Indications (entre autres) :

- agitation dans les cas de démence et de lésion cérébrale
- troubles anxieux généralisés

Conclusion

Nous avons passé en revue dans ce chapitre diverses approches biopsychosociales modernes permettant d'affronter les comportements problématiques manifestés par certaines personnes affectées d'une déficience de développement. L'emploi d'un

processus interdisciplinaire est un facteur critique de la compréhension de la nature complète de ces cas et de leur complexité inhérente. Conjointement, les principes du diagnostic psychiatrique et l'analyse fonctionnelle des comportements constituent une puissante combinaison de traditions thérapeutiques applicables à ces cas difficiles. Il est également important que les personnes qui utilisent ces approches aient une connaissance familière des principes de base des traitements pharmacothérapeutiques sûrs et efficaces, et des principes juridiques, moraux et éthiques qui interviennent fréquemment dans le traitement des comportements. Nous avons souligné dans ce chapitre deux des approches multimodales les plus fréquemment utilisées de nos jours – le modèle multimodal d'analyse comportementale contextuelle et multimodal de Gardner, et l'approche positive des systèmes de Carey. Ces deux modèles conceptuels d'analyse comportementale sont centrés sur les aspects les plus positifs et les moins intrusifs des interventions comportementales et systémiques. Ces approches de traitement collaboratif reconnaissent l'importance de la compréhension des systèmes et de l'action au sein de ces systèmes; on doit noter que la théorie des systèmes découle des sciences biologiques traditionnelles, et qu'elle a durant les dernières années été appliquée aux sciences humaines (Clarke & Crossland, 1985). Il est devenu clair que les cliniciens ne peuvent plus travailler isolément, sans considérer que l'organisme et l'esprit humain sont des constituants d'un système très complexe (biologique et social), et qu'on ne peut parvenir à une compréhension approfondie d'un problème affectant une personne que par l'étude et la prise en compte de l'ensemble du système et des interrelations entre les constituants du système, et de leurs effets réciproques. Les approches de traitement présentées dans ce chapitre sont toutes basées sur un cadre théorique et empirique sain, et il s'agit d'approches efficaces et relativement douces de la résolution du puzzle sous-jacent associé à de nombreux comportements problématiques manifestés par les personnes affectées d'une déficience de développement.

Des alliances interdisciplinaires ultérieures entre la psychiatrie et l'analyse comportementale pourront produire beaucoup de résultats positifs. L'un des domaines qui font l'objet de travaux actuels est

l'emploi de procédures détaillées d'évaluation comportementale avec enregistrement et appréciation pour le suivi des effets secondaires communs des psychotropes fréquemment utilisés sur les personnes affectées d'une déficience de développement. Ceci permettra une analyse détaillée « coûts/avantages » de ces médicaments et un suivi des effets secondaires potentiels, pour une réaction plus rapide aux effets de l'ajustement des posologies.

Connaissez-vous / Savez-vous?

1. La manière par laquelle un traitement par médicament peut être incorporé dans un modèle biopsychosocial des comportements problématiques chez les personnes affectées d'une déficience de développement?
2. Des exemples des approches modernes de traitement multimodal?
3. Les noms des principales catégories de psychotropes?
4. Comment les membres d'une équipe interdisciplinaire peuvent permettre l'utilisation sûre et efficace des psychotropes?

Ressources

- Crabbe, H.F. (1995). *A Guidebook for the use of psychotropic medications in persons with mental illness and mental retardation*. Second Edition. New London, CT: OmniCare Consultants Inc.
- Reiss, S., & Aman, M.G. (1998). *The International Consensus Handbook: Psychotropic medications and developmental disabilities*. Ohio State University: Nisonger Center.
- Tsiouris, J.A., & Adelman, S.A. (1997) *Guidelines and general information on the use of psychotropic and antiepileptic drugs for individuals with developmental disabilities*. New York State office of Mental Retardation and Developmental Disabilities.

Mental Health Aspects of Developmental Disabilities

Téléphone : 336-581-3700

Site Internet: <http://www.mhaspectsofdd.com>**NADD Bulletin**

Téléphone : 914-331-4336

Site Internet: <http://www.thenadd.org>**The University of Western Ontario – Clinical Bulletin of the Developmental Disabilities Program**

Téléphone: 519-661-3804

Site Internet: <http://www.psychiatry.med.uwo.ca/ddp>**Habilitative Mental Health Resource Network**Site Internet: <http://www.nbpsych.on.ca/HMHRN.HTM>**Quality of Life of People with Developmental Disabilities**Site Internet: <http://www.utoronto.ca/qol/projpwdd.htm>**Mental Retardation – A Journal of Policy, Practices, and Perspectives**

Téléphone: 301-604-1340

Site Internet: <http://www.aamr.org>**AICO – Accreditation Ontario Newsletter**

Téléphone: 705-356-2782

Site Internet: <http://www.acl.on.ca>**Dr. Bob Carey – PSA article/manuals**Site Internet: <http://www.members.home.net/bobcarey>**Références**

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition)*. Washington, DC: Author.

Carey, R. (1983). *Positive systems approach*. Unpublished manuscript.

Carey, R. (1998). *Positive systems approach*. Unpublished manuscript.

Clarke, D.D., & Crossland, J. (1985). *Action systems: An introduction to the analysis of complex behaviour*. New Fetter

- Lane, London: Mehuen & Co. Ltd.
- David, A., Pyles, M., Muniz, K., Cade, A., & Silva, R. (1997). A behavioral diagnostic paradigm for integrating behavior-analytic and psychopharmacological interventions for people with a dual diagnosis. *Research in Developmental Disabilities*, 18(3), 185-214.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Griffiths, D., Gardner, W., & Nugent, J. (1998). *Behavioral supports: Individual centered interventions: A multimodal functional approach*. Kingston, NY: NADD Press.
- King, R., & McCartney, J. (1999). Charting for a purpose: Optimal treatment of bipolar disorder in individuals with developmental disabilities. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 2(2), 1-9.
- King, R., Fay, G., & Croghan, P. (2000). Pro Re Nata: Optimal use of psychotropic PRN medication. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 3(1), 8-16.
- Lowry, M. (1997). Unmasking mood disorders: Recognizing and measuring symptomatic behaviors. *The Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 16(1), 1-6.
- McDougle, C.J., Scahill, L., McCracken, J.T., Aman, M.G., Tierney, E., Arnold, L.E., Freeman, B.J., Martin, A., McGough, J.J., Cronin, P., Posey, D.J., Riddle, M.A., Ritz, L., Swiezy, N.B., Vitiello, B., Volkmar, F.R., Votolato, N.A., & Walson, P. (2000). Research units on pediatric psychopharmacology (RUPP) Autism Network. Background and rationale for an initial controlled study of Risperidone. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9(1), 201-224.
- Myers, B. (1998). Major depression in persons with moderate to profound mental retardation: Clinical presentation and case illustration. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 1, 57-68.
- Pyles, D.A.M., Muniz, K., Cade, A., & Silva, R. (1997). A behavioral diagnostic paradigm for integrating behavior-

analytic and psychopharmacological interventions for people with a dual diagnosis. *Research in Developmental Disabilities*, 18(3), 185-214.

- Reiss, S., Levitas, G., & Szyszko, J. (1982). Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. *American Journal on Mental Deficiency*, 86, 567-574.
- Sovner, R., & Hurley, A.D. (1983). Do the mentally retarded suffer from affective illness? *Archives of General Psychiatry*, 40, 61-67.
- Sovner, R., & Hurley, A. (1992). The diagnostic treatment formulation for psychotropic drug therapy. *The Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 11(12), 81-85.