

## Une histoire de calme

Giuliana Galli Carminati & Federico Carminati

Pierre-Yves est un nom d'emprunt et toute référence à faits et personnes réellement existées est complètement casuelle...

Pierre-Yves est un homme de 30 ans, institutionnalisé depuis l'adolescence dans une structure socio-éducative dans un Canton suisse, Beau Lac d'abord en tant qu'externe, ensuite comme résident. Il était né dans une fratrie de 4 enfants et il est le benjamin. Ses parents étaient âgés de 35 ans la mère et 36 ans le père, au moment de la naissance de Pierre-Yves et les autres frères et sœurs (une sœur aînée de 6 ans, et deux frères de 4 et 2 ans respectivement) vivaient dans la maison des parents, une grande ferme où habitaient aussi les parents de la mère.

La naissance de l'enfant avait présenté quelques difficultés car l'enfant avait décidé de venir au monde un mois en avance et l'accouchement avait été laborieux à cause du positionnement anormal. Les souvenirs relatés par les parents restaient peu clairs et ce qui venait à l'esprit était la sensation de danger et de précipitation. L'enfant était resté en couveuse un mois et les médecins avaient parlé d'hypotonie importante.

Pierre-Yves avait de la peine à manger, il aura de la peine à se mettre assis, marchera à 2 ans et demi, n'arrivera pas à parler, le langage étant réduit à quelque mot « maman, boire, bon café ».

Les parents avaient décidé de le garder à la maison, en refusant un placement. Pierre-Yves participait à des activités en école spécialisée, quatre jours par semaine jusqu'à que des comportements agressifs envers lui-même et surtout envers la mère avaient rendu la situation intenable à domicile, les frères étant aussi perturbés par la turbulence et les réactions de colère du frère plus jeune. La sœur, s'étant mariée, vivait dans un appartement dans la même ferme et était donc moins confrontée aux comportements de son frère. La naissance du petit neveu sera l'élément déclencheur qui fera décider les parents à demander une Institutionnalisation. Bien qu'avec beaucoup de réticence ils admettront d'avoir eu peur que Pierre-Yves, sans vouloir, aurait pu faire du mal au petit.

Pierre-Yves s'intégrera à la résidence Beau Lac dans la première jeunesse non sans difficulté. Tout en connaissant la structure « école spécialisée », mais ne comprenant pas pourquoi il devait rentrer en Institution les WE après avoir passé le samedi et le dimanche chez les parents, les comportements à la maison et surtout le retour en voiture devenant cauchemardesques ; l'équipe éducative avait demandé aux parents d'espacer les WE en famille. Pierre-Yves restait tendu et difficilement gérable à son retour à la résidence une bonne moitié de la semaine et ceci de manière cyclique.

Pierre-Yves ne semblait plus savoir où il en était, ni chez les parents ni à Beau Lac, les épisodes d'agitations à la maison, en plus qu'au retour à sa résidence, devenaient de plus en plus fréquents.

Une médication psychotrope avait été longuement discutée avec les parents, qui étaient aussi curateurs de portée générale, donc responsables des soins médicaux et qui refusaient

l'administration d'un antipsychotique. Ils avaient accepté des traitements avec benzodiazépine, calmants, avec une très moindre amélioration des crises.

Une hospitalisation en milieu psychiatrique, au Centre Psychiatrique Cantonal, connu plus largement comme le CPC, hospitalisation sous contrainte, avait amené les parents, désespérés, à accepter le traitement antipsychotique car l'équipe socioéducative refusait le retour à Beau Lac sans traitement.

Le traitement antipsychotique est souvent utilisé plus pour les effets secondaires de sédation que pour l'effet antipsychotique (le symptôme psychotique étant très difficile à cerner chez des personnes non verbales et donc leur amélioration encore moins évaluable).

Pierre-Yves rentra dans son institution après plus de deux mois d'hospitalisation, les visites à la maison avaient été drastiquement réduites à une fois par mois, le samedi jusqu'à dimanche midi avec une seule nuit au domicile des parents. A part un certain ralentissement et une très légère diminution des crises de colère, la situation de Pierre-Yves n'était pas changée. Le psychiatre qui consultait à l'institution augmente légèrement le traitement antipsychotique car l'équipe socio-éducative a de plus en plus de peine à supporter les colères tout de même présentes. La proposition de garder Pierre-Yves en résidence pour lui faire faire des activités sur place n'était pas acceptée car d'une part il était plus calme en atelier, probablement à cause de la structuration des activités, et de l'autre on ne savait pas comment l'occuper en résidence. Le souci le plus important était d'arriver à l'amener sans explosions de la résidence à l'atelier, l'envers semblant poser moins de problèmes.

La politique du canton étant stricte sur l'importance du maintien des activités en atelier, la commission de contrôle, intervenue dans cette difficile situation, avait exhorté les équipes au maintien de ces activités.

Le psychiatre consultant avait par contre conseillé une réduction modérée des activités en atelier pour diminuer le stress des trajets qui monopolisait au moins deux éducateurs pour l'accompagnement, mais la réaction des autorités de contrôle avait été vive car « l'enfermement » dans la résidence n'était pas « éthiquement acceptable » : les activités en atelier étaient « fondamentales pour l'intégration sociale et l'autonomisation de la personne ».

Pierre-Yves vivait donc entre sa résidence et l'atelier avec environ une crise de colère chaque deux jours ce qui avait amené le psychiatre consultant à augmenter le traitement sédatif et à demander l'une sur l'autre trois autres hospitalisations au CPC.

Les psychiatres hospitaliers, ne sachant pas quoi faire de plus pour ce patient, à part retoucher de manière presque esthétique le traitement, avaient tendance ou à le faire sortir après deux jours ou à l'oublier dans leurs couloirs, ce qui ne semblait pas déplaire à Pierre-Yves qui, il est vrai, était beaucoup plus calme dans le cadre strict, certes, mais très calme de la psychiatrie hospitalière.

Après environ deux ans et demi de traitement psychotrope, des désordres somatiques avaient fait leur apparition, ou peut en étant déjà présents mais méconnus, et ils avaient attiré l'attention des éducateurs, toujours à la recherche des raisons des explosions de colère de Pierre-Yves.

Ces désordres concernaient surtout la situation gastro-intestinale, notamment sous forme d'une constipation d'autant plus difficile à cerner car le contrôle des selles était si non difficile, laborieux.

Ce mal-être physique, la présence de résidents plus bruyants et quelques agressions à ces mêmes résidents avaient obligé la mise en place de mesure de contrainte. Une situation classique de « chat qui se mord la queue » car le mal-être somatique engendrait des colères, sédatisés à force de psychotropes, qui engendraient une constipation, donc le mal-être somatique et ainsi de suite.

Les mesures de contrainte, dont la législation permettait une application élargie au milieu non hospitalier dans ce Canton (en milieu hospitalier la réglementation est très stricte, l'application en milieu non hospitalier est par ailleurs très contestée) commençaient à devenir un besoin quotidien, ce qui avait heurté les parents qui voyaient en cela une forme d'enfermement carcéral.

La famille ayant alerté les autorités de contrôle, le psychiatre consultant avait été rappelé à l'ordre et menacé de passer en commission disciplinaire, ainsi que les éducateurs référents et le responsable pédagogique.

Le psychiatre consultant avait donc décidé et fait ubiquitairement savoir qu'il n'aurait plus signé les mesures de contraintes et envoyé donc Pierre-Yves directement en psychiatrie hospitalière. L'équipe éducative, pour une fois, avait été d'accord avec le psychiatre consultant car avoir un blâme ou perdre leur place de travail n'enchantait personne et donc Pierre-Yves avait battu le record des aller-retour au CPC avec une intensification des échanges téléphoniques plus ou moins collégiaux entre les internes et le psychiatre consultant. Les hospitalisations étaient d'une brièveté foudroyante, le CPC étant lui soumis aux exigences de « efficacité et économicité » cantonales.

La famille avait demandé des entretiens avec les responsables pédagogiques et le psychiatre consultant qui avait tout simplement souligné la situation sans issue entre l'impossibilité d'utiliser des mesures de contraintes car jugées excessives par la commission de contrôle et la multiplication des hospitalisations de plus en plus fréquentes et courtes au CPC.

La famille avait donc compris que l'attitude de dénonciation aux autorités n'avait pas que du bon et demandait que le canton puisse mettre du personnel en plus à disposition de Beau Lac pour les besoins de Pierre-Yves.

Les responsables de Beau Lac et le psychiatre consultant avaient donc écrit une demande, suivie d'une contre demande du Canton d'un rapport détaillé, suivie d'un envoi de plusieurs rapports de plus en plus détaillés pour obtenir, enfin, l'accord d'une dotation extraordinaire d'un demi-poste d'éducateur sur une période de trois mois, sous condition d'autres rapports détaillés décrivant la situation et l'évolution des besoins de Pierre-Yves.

Pierre-Yves était en train d'absorber un temps de travail considérable de la part des équipes éducatives et du psychiatre consultant, ceci malheureusement mais inévitablement, à détriments des autres résidents.

Les activités en ateliers devaient continuer coûte que coûte, les explosions se suivaient, avec des agressions répétées aux autres résidents et maintenant les plaintes des autres familles qui commençaient à ne plus accepter de se trouver leurs enfants avec des marques de coups.

La présence du demi-poste d'éducateur en plus avait aidé partiellement car Pierre-Yves tout en étant pris en charge par une personne « pour lui » sur une partie des activités en résidence et en atelier, était rapidement fatigué, ne voulait rien faire ni en atelier ni en résidence, tournait en rond et s'énervant rapidement n'était pas à l'abri de débordements explosifs de colère

Les mesures de contrainte n'étaient plus appliquées, la prise en charge classique en atelier devenait impossible car rapidement Pierre-Yves s'en lassait, la situation en résidence restait tendue avec les autres résidents en état d'alerte continue, l'amélioration espérée grâce aux « mesures extraordinaires » n'était pas au RDV, les rapports, bien que détaillés à souhait étaient d'une répétition qui frisait le copier-coller et toute l'équipe désinvestissait ce résident difficile, toujours autant explosif et source de soucis.

La mesure exceptionnelle accordée par le Canton au bout de huit mois avait été supprimée « faute d'efficacité » et la famille avait accepté une hospitalisation annoncée « longue » et organisée cette fois avec une négociation en haut lieu. Beau Lac ne pouvait pas accueillir Pierre-Yves et le CPC restait donc l'unique lieu où garder ce jeune homme.

Cette vignette clinique, qui est un résumé et un condensé de différentes situations cliniques et de différentes difficultés psychoéducatives a pour but d'illustrer une situation et de suggérer une possible – et relativement facile – solution aux situations dans lesquelles les personnes avec Déshabilité Intellectuelle et Autisme Sévères (DIAS) deviennent très difficilement gérables dans le cadre socio-éducatif et sont donc amenées à vivre de longues hospitalisations en milieu psychiatrique qui, sans vouloir dramatiser l'éventualité du séjour hospitalier, devraient être les moins fréquentes possibles et ne pas dépasser les deux semaines.

Ce qui suit est une proposition modeste, dans la théorie et dans l'application, d'activités psychopédagogiques structurantes qui peuvent être faites en résidence, en atelier et même en famille, qui aident à détendre et calmer les personnes avec des besoins spécifiques tout en gardant un lien avec les personnes qui en ont la charge et les soins.

La partie théorique qui se veut ici très simplement esquissée est apparue dans l'article Psychopédagogie en miroir dans la population avec Déshabilité Intellectuelle et Autisme Sévères (DIAS): Vignette clinique et réflexion : cadre, activité et calme dans l'autisme sévère sortie sur la revue Psychothérapies et sur EJID.

Nous rappelons que l'autisme sévère est très difficilement différenciable de la déshabilité mentale sévère/profonde, car la triade autistique (difficulté dans la relation sociale et verbale, difficulté à anticiper et perceptions sensorielles anormales) est présente dans les deux situations. L'autisme sévère touche environ 0.1% de la population générale (Durkin et al., 2008, 2010; Fombonne, 2009; Grether et al., 2009, King et Bearman, 2009; Rice, 2013; Rice et al., 2013; Schieve et al., 2011 ; Wing et Potter, 2002) et nécessite des soins psycho-éducatifs très importants et un engagement humain et économique très onéreux (Hewlett et Moran, 2014 ; Honeycutt et al. 2004 ; WHO, 2006 ; Pinheiro et al., 2017 ; Trautman et al., 2016). Nous allons définir cette population avec Déshabilité Intellectuelle et Autisme Sévères DIAS en tenant compte de la sévérité de la déshabilité intellectuelle et de la sévérité du trouble du spectre autistique.

Pour cette population spécifique, éminemment incapable de donner son avis (Brown et Brown, 2003; Schalock et al., 2002; Schalock, 2005; Verdugo et al., 2005; Bertelli et Brown, 2006) manque ou est très pauvre le discernement pour donner un consentement éclairé

Le résultat de la difficulté à étudier cette population est une prise en soins psychopédagogique largement empruntée à d'autres populations nettement moins atteintes et plus autonomes et des traitements psychopharmacologiques hérités largement de la population psychiatrique générale ou de la pédopsychiatrie (Aman, 2010 ; Aman et al., 1985a, 1985b ; Fombonne et al., 1995, 2009 ; Holland et Wainer, 2012).

Pour revenir à la pratique psychopédagogique, il est central de se pencher sur les difficultés d'adaptation à la réalité quotidienne dans la population considérée leur sont propres.

1. Respect du besoin de cadre prévisible et rassurant.
2. Respect du besoin de répétitivité.
3. Respect du besoin de calme.
4. Respect du besoin de moments sans stimulation sonore/sensorielle.

Nous allons aborder les activités, car une attention appuyée doit être donnée à la teneur des activités qui peuvent avoir lieu dans l'appartement ou dans les ateliers. Il faudrait renoncer à faire les mêmes activités dans les deux lieux pour éviter des confusions (Adams, 2017 ; Reichler et Schopler, 1976 ; Stoppelbein et al., 2016), par exemple faire les puzzles en résidence et des rangements d'objets en atelier peut amener une différence déjà suffisante pour éviter les confusions.

Quand la personne avec Déshabilité Intellectuelle et Autisme Sévères est dans une période d'adaptation, ou de difficulté, ou en crise, il est judicieux de ne pas rajouter un lieu (l'atelier notamment) et de garder des activités en appartement. Les activités dans cette situation délicate peuvent être spécialement difficiles à faire seul et la personne doit être accompagnée par un éducateur, si possible déjà connu d'elle. Si la personne est en mesure de faire une activité seule, la séquence des gestes devrait être conçue de manière à lui permettre un maximum de prévisibilité de façon à colmater ses difficultés d'anticipation. Il est important de comprendre que vouloir aller plus vite que les possibilités d'adaptation de la personne amène à des pertes de temps considérables et à des souffrances réelles et peut aussi provoquer la chronicisation des difficultés de la personne.

Dans ces moments, les activités sont spécialement difficiles, car la personne se trouve confrontée à son incapacité partielle ou totale à mener à bien l'exercice proposé, même si choisi par la personne elle-même. La frustration face à cette incapacité se traduit fréquemment dans une crise de colère. (Berkovits et al. 2016 ; Gourash, 2017 ; Torrado et al., 2017). Le calme et la répétitivité dans l'activité sont le point central de la réussite. Il est conseillée de répéter les mêmes gestes dans le même ordre, mais cette exigence ne doit pas stresser l'éducateur, car c'est le fait d'être à l'aise qui lui permet de mettre à l'aise, en miroir pourrait-on dire, la personne. Les personnes ayant un niveau intellectuel très limité et des troubles autistiques ont en effet une capacité remarquable à travailler en groupe (Galli Carminati, 2003) pourvu que le cadre soit prévisible, stable et calme.

En effet la personne regarde l'éducateur qui fait l'exercice et participe de manière à regarder ou à accompagner ou, à la limite, répéter les gestes de l'éducateurs sans vouloir en aucune manière qu'il « réussisse » à faire quoi que ce soit. La situation d'activité calme et détendue est fondamentale pour permettre la psychopédagogie en miroir, elle peut être menée en individuel et aussi en groupe (Galli Carminati et al., 2004 ; Galli Carminati et al., 2017 ; Legay et al. ; 2003), ce qui est utile aussi sur le plan « économique », car un éducateur peut travailler et donner un cadre rassurant et soutenant à plusieurs personnes, même en crise, et éviter le problème bien connu des équipes socio-éducatives de devoir travailler un à un, ce qui est ensuite très difficile à changer en revenant à une présence moins exclusive.

Malheureusement cette population qui nous confronte de manière inévitable à nos difficultés voire à notre impuissance à aider, ou tout au moins à aider « à notre façon » déchaîne un excès de bonne volonté et d'activisme qui est largement inutile et souvent délétère à l'hygiène de vie de ces personnes.

En conclusion, il n'y a pas de morale à donner aux éducateurs et aux familles qui peuvent se reconnaître dans l'histoire de Pierre-Yves, elle décrit sauf erreurs et omissions une situation qui est le mélange de nombreuses situations dans lesquelles le personnel éducatif et soignant peut se aisément se retrouver et se sentir mal à l'aise, nous en sommes sûrs. Une approche sereine et soutenue, qui respecte les exigences de cadre prévisible et rassurant, de répétitivité, de calme et de moments sans stimulation sonore/sensorielle peut éviter le stress auquel les personnes avec Déshabilité Intellectuelle et Autisme Sévères (DIAS) sont spécialement vulnérables.

## Références

Adams D. (2017) : Behavior Supports and Instructional Strategies for Students with HighFunctioning Autism in the Inclusive Elementary School Classroom. URL [http://csusmdspace.calstate.edu/bitstream/handle/10211.3/198291/AdamsDana\\_Fall2017.pdf](http://csusmdspace.calstate.edu/bitstream/handle/10211.3/198291/AdamsDana_Fall2017.pdf). Last read on July 2018.

Aman M.G. (2010) : "Annotated bibliography on the aberrant behavior checklist (ABC)", unpublished manuscript, Ohio State University, Columbus, OH, available at: [http://psychmed.osu.edu/media/ABC\\_Annotated\\_Bibliography\\_12-6-2010.pdf](http://psychmed.osu.edu/media/ABC_Annotated_Bibliography_12-6-2010.pdf) (accessed June 30, 2016).

Aman M.G., Singh N.N., Stewart A.W., Field, C.J. (1985a) : The aberrant behavior checklist: a behavior rating scale for the assessment of treatment effects, *American Journal of Mental Deficiency*, 89 (5) : 485-491.

Aman M.G., Singh N.N., Stewart A.W., Field C.J. (1985b) : Psychometric characteristics of the aberrant behavior checklist, *Journal of Mental Deficiency*, 89 (5) : 492-502.

Berkovits L., Eisenhower A., Blacher J. (2016): Emotion regulation in young children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 47 (1): 68-79.

Bertelli M., Brown I. (2006) : Quality of life for people with intellectual disabilities. *Current Opinion in Psychiatry*, 19 (5) : 508-513.

Brown I., Brown R.I. (2003) : *Quality of Life and Disability: An Approach for Community Practitioners*. London, Jessica Kingsley.

Durkin M.S., Maenner M.J., Meaney F.J., Levy S.E., Di.Guiseppi C., Nicholas J.S., Kirby R.S., Pinto-Martin J.A., Schieve L.A. (2010) : Socioeconomic inequality in the prevalence of autism spectrum disorder: Evidence from a U.S. cross-sectional study. PLoS ONE, 5 (7): e11551. [PMC free article] [PubMed]

Durkin M.S.M., Matthew J., Newschaffer C.J., Lee L.C., Cunniff C.M., Daniels J.L., Kirby R.S., Leavitt L., Miller L., Zahorodny W., Schieve L.A. (2008): Advanced parental age and the risk of autism spectrum disorder. American Journal of Epidemiology, 168 (11): 1268–1276. [PMC free article] [PubMed]

Fombonne E., Achard S., Tuffreau R. (1995) : L'évaluation du comportement adaptatif: l'échelle de Vineland, in : Handicaps et Inadaptations. Les Cahiers du CTNERHI, Nos 67- 68, pp. 79-90.

Fombonne E. (2009) : Epidemiology of pervasive developmental disorders. Pediatric Research, 65 (6) : 591–598. [PubMed] 6

Galli Carminati G. (2003) : Le groupe arbres, in : G. Galli Carminati, A. Méndez : Groupes, psychopathologie et retard mental. L'expérience genevoise (pp. 25-34). Genève, Médecine et Hygiène.

Galli Carminati G., Carminati F, Lehotkay R., Lorincz E.N., Subirade Jacopit V., Rondini E., Bertelli M.O. (2017) : Residential placement and quality of life for adults with severe autism spectrum disorders and severe-to-profound intellectual disabilities. Advances in Autism, 4 : 187-205.

Galli Carminati G., Constantin N., Legay Y., Tschopp B., Zid L., Hermet A., Thibault P., Gorianz P., Schaya M., Levental M., Carrel C., Ritter S. (2004) : « Sonar Group » Underwater Music Therapy. Evolution of 2 persons with severe disability on a period of 3 years. European Journal of Psychiatry, 18 Supplement : 106-114.

Galli Carminati G., Carminati F. (2019), Psychopédagogie en miroir dans la population avec Déshabilité Intellectuelle et Autisme Sévères (DIAS): Vignette clinique et réflexion. Cadre, activité et calme dans l'autisme sévère, Psychothérapies, 2019 ; vol 39 (3): 161-166 et European Journal of Intellectual Disability, Retrived from <https://ejid.name/files/516/article7-18.pdf>

Gourash L.M. (2017) : Understanding and managing emotional outbursts and tantrums in autism spectrum disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56 (10): S45

Grether J.K., Rosen N.J., Smith K.S., Croen L.A. (2009) : Investigation of shifts in autism reporting in the California Department of Developmental Services. Journal of Autism and Developmental Disorders. 39 (10):1412–1419.

Hewlett E., Moran V. (2014) : Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies. Paris, OECD Publishing.

Holland P., Wainer H. (2012) : Differential item functioning. Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Honeycutt A., Dunlap L., Chen H., al Homsy G., Grosse S., Schendel D., (2004): Economic costs associated with mental retardation, cerebral palsy, hearing loss, and vision impairment – United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 53 (3): 57-59. Last retrieved on July 2018.

King M., Bearman P. (2009) : Diagnostic change and the increased prevalence of autism. *International Journal of Epidemiology*, 38 (5): 1224–1234. [PMC free article] [PubMed]

Legay Y., Galli Carminati G., Tschopp B., Zid L., Hermet A., Schaya M. (2003) : Le groupe sonar : un travail thérapeutique groupal en milieu aquatique, in : Galli Carminati G., Méndez A. : *Groupes, psychopathologie et retard mental. L'expérience genevoise* (pp. 35- 44). Genève, Médecine et Hygiène.

Pinheiro M., Ivandic I., Razzouk D. (2017) : The economic impact of mental disorders and mental health problems in the workplace, in: Razzouk D. (ed.): *Mental Health Economics*. Cham, Springer.

Reichler R.J., Schopler E. (1976) : Developmental therapy : a program model for providing individual services in the community, in : Schopler E., Reichler R.J. (Eds) : *Psychopathology and Child Development*. New York, Plenum Press, pp. 347-372. 7

Rice C. (2013) : *Encyclopedia of autism spectrum disorders*. Volkmar F. Editor, New York, Springer, pp. 3120–3125 (Time trends in diagnosis).

Rice C.E., Rosanoff M., Dawson G., Durkin M.S., Croen L.A., Singer A., Yeargin-Allsopp M. (2013): Evaluating changes in the prevalence of the autism spectrum disorders (ASDs). , 34 (2) :1–22. [PMC free article] [PubMed]

Schalock R.L. (2005) : Introduction and overview of the special issues on quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (10) : 695-698.

Schalock R.L., Brown I., Brown R., Cummins R.A., Felce D., Matikka L., Keith, K.D., Parmenter T. (2002): Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: report of an international panel of experts. *Mental Retardation*, 40 (6) : 457-470.

Schieve L.A., Rice C., Devine O., Maenner M.J., Lee L.C., Fitzgerald R., Wingate M.S., Schendel D., Pettygrove S., van Naarden Braun K. (2011) : Have secular changes in perinatal risk factors contributed to the recent autism prevalence increase? Development and application of a mathematical assessment model. *Annals of Epidemiology*. 21 (12): 930–945 [PMC free article] [PubMed]

Stoppelbein L., Biasini F., Pennick M., Greenin L. (2016): Predicting internalizing and externalizing symptoms among children diagnosed with an autism spectrum disorder: the role of routines. *Journal of Child and Family Studies*. 25 (1): 251–261.

Torrado J.C., Gomez J., Montoro G. (2017) : Emotional self-regulation of individuals with autism spectrum disorders: smartwatches for monitoring and interaction.

*Sensors*, 17 (6): 1359. Trautmann S., Rehm J., Wittchen H. (2016): The economic costs of mental disorders: Do our societies react appropriately to the burden of mental disorders? *EMBO Reports*, 17 (9) : 1245–1249. <http://doi.org/10.15252/embr.201642951>

Verdugo M.A., Schalock R.L., Keith K.D.Y., Stancliffe R. (2005) : Quality of life and its measurement : important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (10) : 707-717.

WHO (2006) : Economic Aspects of The Mental Health System: Key Messages to Health Planners and Policy-Makers. WHO/MSD/MER/06.2

Wing L., Potter D. (2002) : The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is the prevalence rising? *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8 (3):151–161. [PubMed]