

## ÉTUDE DE LA RELATION ENTRE LES COMPORTEMENTS AGRESSIFS ET LES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ET MANIAQUES CHEZ LES ADULTES QUI PRÉSENTENT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Nathalie Girouard et Marc J. Tassé<sup>1</sup>

Une étude portant sur la relation entre les comportements agressifs et les symptômes dépressifs et maniaques chez 50 adultes ayant une déficience intellectuelle a été réalisée. Des analyses de corrélations et de régressions multiples ont été effectuées et les résultats indiquent que les comportements d'agression, d'automutilation et de destruction de biens matériels sont souvent associés aux symptômes dépressifs et maniaques présentés chez plusieurs participants. Nos résultats indiquent également que les troubles de personnalité évitante et dépendante constituent de bons indicateurs de symptômes dépressifs. Les implications cliniques de cette étude sont discutées et des recommandations sont proposées.

Il est maintenant reconnu que les personnes qui présentent une déficience intellectuelle peuvent connaître divers troubles de santé mentale. Selon Rojahn et Tassé (1996), la prévalence des troubles de santé mentale chez les individus qui ont une déficience intellectuelle mentale varie entre 10 % et 40 %. Ces personnes sont exposées à plusieurs facteurs de risque tels que les dommages cérébraux, les troubles neurologiques et l'isolement social; les rendant plus susceptibles de présenter des troubles de la santé mentale.

Selon Gardner et Moffatt (1990), la prévalence des comportements agressifs se situe entre 9 % et 24 % et l'automutilation constitue un problème important chez les personnes qui présentent une déficience intellectuelle (Farber, 1987; Hyman, Fisher, Mercugliano & Cataldo, 1990; Maurice & Tassé, 1995). Plusieurs chercheurs tels que Sovner et Hurley (1983) ainsi que Lowry et Charlot (1996) ont observé que l'apparition ou l'exacerbation de certains comportements problématiques tels que l'agression et l'automutilation pouvaient représenter des caractéristiques associées à un trouble de l'humeur. Reiss (1992) ainsi que Sovner et Hurley (1983) rapportent que les comportements d'agression peuvent être liés à la dépression. Chez les

---

Nathalie Girouard, Centre de Réadaptation de l'Ouest de Montréal, Direction des services à l'enfant et à la famille, 231 ELM, Beaconsfield (Québec), H9W 2E2. Courriel : [ngirouard@ssss.gouv.qc.ca](mailto:ngirouard@ssss.gouv.qc.ca).

Marc J. Tassé, Ph.D., Clinical Assistant Professor of Psychiatry, Center for Development and Learning UAP, University of North Carolina at Chapel Hill, CB# 7255, Chapel Hill, NC, USA, 27599-7255.

Toute correspondance concernant cet article devrait être adressée à Nathalie Girouard.

---

1. Les auteurs tiennent à remercier les centres de réadaptation suivants pour leur collaboration à cette étude : Le Centre de Réadaptation de l'Ouest de Montréal, Le Centre de Réadaptation Butters-Savoy et Horizon ainsi que le Centre de Réadaptation Miriam. La réalisation de cette étude a été rendue possible grâce à une bourse de recherche accordée au premier auteur par la Fondation Peter Hall.

adultes ayant une déficience intellectuelle plus sévère, la dépression pourrait être accompagnée par une humeur irritable et la présence de comportements d'agression (Charlot, 1997).

Cicchetti et Schneider-Rosen (1984) ont recours à la théorie développementale afin d'expliquer le lien entre l'irritabilité et la dépression chez les adultes qui présentent une déficience intellectuelle. Pour des raisons développementales, la dépression pourrait s'exprimer notamment par de l'irritabilité. On reconnaît d'ailleurs qu'un état dépressif peut se traduire par de l'irritabilité chez les enfants et les adolescents d'intelligence normale (DSM-IV, APA). Charlot (1994) avait observé que les symptômes de dépression majeure chez les personnes qui présentent une déficience intellectuelle étaient similaires à ceux des enfants d'intelligence normale. Ainsi, la manifestation des symptômes dépressifs chez les individus qui ont une déficience intellectuelle pourrait ressembler aux symptômes observés chez les enfants d'intelligence et s'exprimer notamment par de l'irritabilité. Cette irritabilité pourrait se traduire par des comportements problématiques tels que l'agression, l'automutilation et la destruction de biens matériels. À cet effet, Menolascino et Weiler (1990) ont observé que l'apparition ou l'augmentation des comportements d'automutilation et de destruction de biens matériels étaient observées auprès des personnes dépressives ayant une déficience intellectuelle sévère.

Certaines études rapportent une relation entre les troubles de santé mentale et les comportements problématiques chez les adultes qui ont une déficience intellectuelle (Nihira, 1988; Reiss & Rojahn, 1993; Charlot, 1997) alors que d'autres études ne rapportent aucune relation significative (Fraser, Leudar, Gray & Campbell, 1986; Rojahn, Borthwick-Duffy & Jacobson, 1993). Le but de cette étude vise à explorer le lien entre les troubles de santé mentale et les comportements problématiques. Plus spécifiquement, elle cherche à vérifier si la présence de comportements d'agression, d'automutilation ainsi que la destruction de biens matériels permet d'identifier la présence d'un trouble de

l'humeur tel que la dépression ou la manie. Nous examinerons également l'influence de certaines variables médicales (p.ex., épilepsie, problèmes de communications) sur les comportements problématiques. Les résultats de cette étude permettront de faciliter l'identification et le traitement d'un trouble de l'humeur chez les adultes qui ont une déficience intellectuelle.

## **DESCRIPTION DES INSTRUMENTS DE MESURE**

Les données de cette étude ont été obtenues à partir d'un questionnaire médical et des grilles d'évaluation suivantes:

- *The Reiss Screen for Maladaptive Behavior* (Reiss Screen, 1988);
- *The Behavior Problems Inventory* (BPI: Rojahn, 1992);
- *L'Assessment of Symptomatic Behaviors* (Sovner & Lowry, 1990; Lowry & Charlot, 1996).

Le *Reiss Screen* est un questionnaire qui vise à dépister des problèmes de santé mentale chez les adolescents et les adultes qui ont une déficience intellectuelle de légère à sévère. Ce questionnaire doit être rempli par deux intervenants. Il comporte 38 items et 8 sous-échelles:

- agression;
- psychose;
- paranoïa;
- dépression (indices comportementaux);
- dépression (indices physiques);
- trouble de personnalité dépendante;
- trouble de personnalité évitante;
- autisme.

## MÉTHODOLOGIE

### Participants

Les personnes évaluées étaient des adultes qui présentaient une déficience intellectuelle (N=50). Elles devaient présenter un ou plusieurs comportements agressifs depuis le dernier mois (p. ex., agression, automutilation, destruction de biens matériels). L'échantillon était composé de 37 hommes (74 %) et de 13 femmes (26 %). L'âge des participants variait de 20 à 61 ans avec une moyenne de 37,1 ans et un écart type de 9,7 ans. Cinq participants (10 %) présentaient une déficience intellectuelle légère, 16 participants (32 %) présentaient une déficience intellectuelle modérée et 27 participants (54 %) présentaient une déficience intellectuelle de sévère à profonde. Le niveau de déficience intellectuelle n'a pas été précisé pour deux participants (4 %).

Parmi les adultes évalués, 10 participants (20 %) présentaient un handicap visuel, quatre participants (8 %) présentaient un handicap auditif, 30 participants (60 %) présentaient des problèmes de communication, sept participants (14 %) présentaient des problèmes ambulatoires, cinq participants (10 %) présentaient un diagnostic de paralysie cérébrale, 16 participants (32 %). Parmi les diagnostics psychiatriques attribués, 18 participants (36 %) avaient un diagnostic d'autisme, deux participants (1 %) avaient un diagnostic de schizophrénie et trois participants (6 %) avaient respectivement un diagnostic de trouble bipolaire, trouble obsessionnel-compulsif et personnalité antisociale.

En ce qui concerne la médication des participants, 42 participants (84 %) recevaient des neuroleptiques, 14 participants (28 %) recevaient des antidépresseurs alors que 17 participants (34 %) recevaient des stabilisateurs de l'humeur. La connaissance des adultes évalués variait de 1 à 35 ans avec une moyenne de 9 ans et un écart type de 7,0 ans. Les répondants étaient des éducateurs; ils étaient en présence des adultes évalués de 1 à 24 heures avec une moyenne de 7 heures par jour et un écart type de 3,0 heures.

Le score global est composé de 26 items et la cotation s'exprime de 0 à 2, soit (0) aucun problème, (1) problème et (2) problème grave. Le *Reiss Screen* possède globalement de bonnes qualités psychométriques.

Le *Behavior Problems Inventory* évalue la fréquence et l'intensité des comportements problématiques chez les adultes qui ont une déficience intellectuelle. Le BPI comporte 50 items et mesure les comportements d'automutilation (15 items), les comportements stéréotypés (26 items) et les comportements agressifs/destructeurs (9 items). La cotation de la fréquence s'exprime de 0 à 4, soit (0) jamais, (1) par mois, (2) par semaine, (3) par jour et (4) par heure. La cotation de la sévérité s'exprime de 0 à 3, soit de (1) léger, (2) modéré et (3) sévère. Le BPI révèle également de bonnes qualités psychométriques.

L'*Assessment of Symptomatic Behaviors* permet d'évaluer les symptômes dépressifs et les symptômes maniaques chez les personnes qui présentent une déficience intellectuelle à partir de comportements observables. Celle-ci a été élaborée à partir des principaux critères diagnostiques du DSM-IV (American Psychological Association, 1994) et les comportements symptomatiques associés à chaque symptôme du DSM-IV ont été dérivés à partir de nombreuses observations cliniques. Le diagnostic de dépression sera posé si un ensemble particulier de symptômes se manifeste sur une base quotidienne sur une période minimale de deux semaines. Cinq symptômes ou plus doivent être présents et un de ces symptômes doit comporter une : (1) humeur dépressive ou une (2) diminution marquée de l'intérêt manifesté dans une activité. Le diagnostic de manie sera posé également à partir de la manifestation d'un ensemble particulier de symptômes sur une période minimale de sept jours. Ce diagnostic peut être posé sur la base de deux critères: (1) présence de manie ou (2) présence d'irritabilité. Le critère manie avec euphorie sera posé en présence d'une (1) humeur euphorique et d'au moins trois autres symptômes. Le critère manie avec irritabilité sera posé en présence d'une (1) humeur irritable mais non euphorique en présence d'au moins quatre autres symptômes.

## PROCÉDURE

Le recrutement des participants s'est effectué par le biais de trois centres de réadaptation desservant une clientèle anglophone de la région de Montréal : (1) le Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal, (2) le Centre Miriam et (3) les Centres Butters-Savoy et Horizon. Dans la mesure où les instruments utilisés dans cette recherche n'étaient pas validés en français, ils devaient être ainsi administrés auprès d'une clientèle anglophone. Nous contactons en premier lieu les psychologues travaillant dans ces établissements afin de leur présenter les objectifs de cette étude. Suite à l'accord de la direction de ces établissements, les participants étaient sélectionnés et les intervenants recevaient les documents explicatifs du projet de recherche. Ces documents étaient constitués d'un résumé de projet, d'une lettre d'instruction, d'un questionnaire médical, de deux formulaires de consentement des grilles d'évaluation et d'une enveloppe retour. La personne responsable du participant (c.-à-d. famille naturelle, tuteur légal ou curatelle publique) devait ensuite signer un formulaire de consentement permettant ainsi sa participation à l'étude. Suite à la réception du formulaire de consentement, les évaluateurs (éducateurs) devaient remplir les instruments pour ces participants. Lorsque les grilles d'évaluation étaient complétées, elles étaient acheminées à la responsable du projet. Celle-ci faisait ensuite parvenir aux psychologues des trois établissements un résumé des résultats obtenus pour chaque participant.

## RÉSULTATS

Les données ont été analysées à partir du logiciel SPSS-PC - version 7.5. Parmi les 25 participants qui présentaient un résultat significatif à la sous-échelle d'agression du «*Reiss Screen*», 12 adultes (46 %) avaient un trouble d'épilepsie et quinze adultes (60 %) avaient des problèmes de communication. Aux sous-échelles du «*Reiss Screen*», 25 participants (50 %) présentaient un résultat significatif à la sous-échelle «agression», neuf participants (18 %) avaient un résultat significatif à la sous-échelle «dépression physique», quatre participants (8 %) présentaient un résultat

significatif à la sous-échelle «dépression comportementale» (voir tableau 1).

Les données obtenues à partir de l'«*Assessment of Symptomatic Behaviors*» indiquent que 20 participants (42 %) avaient des symptômes de dépression et 19 participants (38 %) avaient des symptômes de manie (28 % selon le critère d'euphorie et 10 % selon le critère d'irritabilité).

Parmi les 20 participants ayant des symptômes dépressifs, 11 d'entre eux (19 %) présentaient des manifestations d'anxiété. Quatre participants (19 %) s'accrochaient ou se tenaient près des autres, sept participants (33 %) avaient une expression faciale de peur, quatre participants (19 %) présentaient des plaintes répétées de douleur et on notait chez 18 participants (86 %) l'apparition ou une augmentation de comportements problématiques tels que l'agression, l'automutilation et/ou destruction de biens matériels. Parmi les 19 participants ayant des symptômes de manie, 16 participants (84 %) présentaient une humeur labile et on notait chez tous les participants (100 %) l'apparition ou une augmentation de comportements problématiques tels que l'agression, l'automutilation et/ou destruction de biens matériels (voir tableau 2).

Plusieurs participants présentaient à la fois un résultat significatif à la sous-échelle d'agression et de dépression du *Reiss Screen* et de l'*Assessment of Symptomatic Behaviors*.

## ANALYSES DE CORRÉLATIONS

En premier lieu, on observe des corrélations significatives entre différentes sous-échelles du *Reiss Screen*; soit entre les sous-échelles agression et de dépression comportementale ( $r=,35$ ,  $p<,05$ ) et de dépression physique ( $r=,31$ ,  $p<,05$ ). Des corrélations sont également observées entre la sous-échelle dépression comportementale et les sous-échelles de personnalité dépendante ( $r=,64$ ,  $p<,01$ ). On note des corrélations entre la sous-échelle dépression physique et les sous-échelles de personnalité évitante ( $r=,63$ ,  $p<,01$ ) et de personnalité dépendante ( $r=,42$ ,  $p<,01$ ).

**Tableau 1**

**Pourcentage des sous-échelles significatives du «Reiss Screen»**

<b>Sous-échelles</b>	<b>Pourcentage (%)</b>	<b>Nombre de participants (N)</b>
1. Agression	50 %	25
2. Autisme	22 %	11
3. Dépression comportementale	8 %	4
4. Dépression physique	18 %	9
5. Paranoïa	10 %	5
6. Psychose	2 %	1
7. Personnalité dépendante	16 %	8
8. Personnalité évitante	16 %	8

**Tableau 2**

**Pourcentage des comportements associés à la dépression et à la manie**

	<b>Grille Dépression (ASB)</b>	<b>Grille Manie (ASB)</b>
<b>Comportements associés</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
S'accrocher / se tient près des autres	19 %	--
Expression faciale de peur	33 %	--
Plaintes répétées de douleur	19 %	--
Humeur labile	--	84 %
Apparition / augmentation de comportements problématiques	86 %	100 %

Concernant les sous-échelles du *Behavior Problems Inventory*, on note des corrélations entre les sous-échelles d'agression et la sous-échelle stéréotypies ( $r = ,35$ ,  $p < ,05$ ) et la sous-échelle automutilation ( $r = ,30$ ,  $p < ,05$ ). La sous-échelle stéréotypies corrèle également avec la sous-échelle d'automutilation ( $r = ,47$ ,  $p < ,01$ ). La sous-échelle d'agression du BPI corrèle également avec les sous-échelles de dépression physique ( $r = ,30$ ,  $p < ,05$ ) et personnalité dépendante ( $r = ,34$ ,  $p < ,05$ ). La sous-échelle d'automutilation corrèle avec la sous-échelle dépression physique ( $r = ,33$ ,  $p < ,05$ ). Des corrélations sont constatées entre les sous-échelles d'agression et de dépression ( $r = ,34$ ,  $p < ,05$ ) et de manie ( $r = ,41$ ,  $p < ,01$ ) ainsi qu'entre la sous-échelle d'automutilation et la dépression ( $r = ,33$ ,  $p < ,05$ ) (voir tableau 3).

### ANALYSES DE RÉGRESSIONS MULTIPLES

Plusieurs analyses de régressions multiples ont été réalisées afin d'identifier si les comportements d'agression et les troubles de l'humeur pouvaient être identifiés par la présence de certains troubles de santé mentale. Une première analyse de régression a été effectuée afin d'identifier la variable agression (*Reiss Screen*) par les variables psychose, dépression

physique et de paranoïa,  $R = ,67$  ( $R^2$  ajusté =  $,41$ ),  $F(3,46) = 12,37$ ,  $p < ,0005$ . Les résultats indiquent que les variables dépression et paranoïa expliquent respectivement 55 % et 25 % de la variance de l'agression.

Une seconde analyse de régression a été réalisée afin d'identifier l'agression (BPI) par les variables manie, d'automutilation et de personnalité dépendante,  $R = ,54$  ( $R^2$  ajusté =  $,25$ ),  $F(3,46) = 6,42$ ,  $p < ,001$ . Les résultats indiquent que les variables manie et automutilation expliquent respectivement 29 % de la variance du comportement d'agression. Nous avons ensuite effectué une troisième analyse de régression afin d'identifier la dépression comportementale par les variables agression (*Reiss Screen*), personnalité évitante et personnalité dépendante,  $R = ,76$  ( $R^2$  ajusté =  $,54$ ),  $F(3,46) = 20,31$ ,  $p < ,0005$ . Les résultats indiquent que les variables personnalité dépendante et personnalité évitante expliquent respectivement 50 % et 39 % de la variance de la dépression comportementale. Afin d'identifier la dépression physique par les variables automutilation, personnalité dépendante et personnalité évitante, une analyse de régression a été réalisée  $R = ,75$  ( $R^2$  ajusté =  $,53$ ),  $F(3,46) = 19,55$ ,  $p < ,0005$ . Les résultats indiquent que la personnalité évitante explique 52 % de la

**Tableau 3**

**Corrélations entre les sous-échelles du *Behavior Problems Inventory* et les grilles de dépression et de manie de l'*Assessment of Symptomatic Behaviors***

	Grille Dépression (ASB)	Grille Manie (ASB)
<b>Sous-échelles du BPI</b>		
1. Agression	,34*	,41*
2. Stéréotypies	,20	,12
3. Automutilation	,33*	,05

\*  $p < ,05$

\*\*  $p < ,01$

variance de la dépression physique alors que la personnalité dépendante et l'automutilation expliquent respectivement 32 % et 27 % de la variance de la dépression physique. En dernier lieu, une analyse de régression a été effectuée afin d'identifier la dépression (ASB) par les variables agression (BPI), automutilation, manie et personnalité évitante  $R = ,69$  ( $R^2$  ajusté = ,45),  $F(3,46) = 14,25$ ,  $p < ,0005$ . Les résultats indiquent que la manie explique 53 % de la variance de la dépression et que les variables personnalité évitante et automutilation expliquent respectivement 36 % et 25 % de la variance de l'agression.

## **CONCLUSION**

Les résultats de cette étude démontrent qu'il existe une relation entre les comportements agressifs et les symptômes dépressifs et maniaques. Les indices de corrélations obtenus sont supérieurs aux études précédentes; possiblement en raison du type d'instrument utilisé. En effet, l'utilisation d'un instrument mesurant les équivalents comportementaux de la dépression et de la manie peuvent faciliter l'identification de ces symptômes auprès d'une clientèle ayant une déficience intellectuelle. Cette étude révèle également que les comportements d'agression et d'automutilation sont reliés aux symptômes dépressifs et maniaques chez plusieurs participants. De plus, la présence de trouble de personnalité dépendante ou évitante permettait également d'identifier la présence de symptômes dépressifs. Reiss (1988) avait également constaté une relation entre ces troubles de personnalité et la dépression.

Cette étude rapporte aussi une relation entre les comportements d'automutilation et les comportements stéréotypés. Dans la mesure où les participants ayant une déficience intellectuelle de sévère à profonde avaient une fréquence de comportements stéréotypés plus élevée que les autres participants, il est possible que le niveau de déficience intellectuelle représente un facteur de risque à la fois pour les comportements d'automutilation que les comportements stéréotypés.

Près du tiers des participants de la présente étude avaient de l'épilepsie et 75 % d'entre eux présentaient également des comportements agressifs. Nous ne pouvons déterminer dans quelle mesure l'épilepsie des participants était bien contrôlée puisque lorsque tel n'est pas le cas, l'épilepsie peut entraîner des comportements agressifs et être liée à la dépression, la dysthymie, l'anxiété et l'irritabilité (Botez, 1996). Cinquante pour cent des participants présentaient à la fois des comportements d'agression et des problèmes de communication; les données de cette étude ne nous renseignent pas sur l'ampleur de ces problèmes. Or l'influence de cette variable sur les comportements problématiques devrait être étudiée afin de mieux comprendre son implication.

Les résultats de cette étude doivent être interprétés en tenant compte des limites méthodologiques de cette étude. En premier lieu, le nombre limité de participants ainsi que la rigueur des critères d'inclusion de l'étude limitent la généralisation des résultats. *L'Assessment of Symptomatic Behavior* n'a pas encore été validé malgré son utilisation de recherche en double diagnostic. Bien que son utilité ait été démontrée cliniquement, l'interprétation des données obtenues doit être effectuée avec réserve. Des recherches futures devraient être entreprises afin de confirmer la valeur psychométrique des équivalents comportementaux.

En conclusion, les résultats de l'étude de la relation entre les comportements agressifs et les symptômes dépressifs et maniaques auprès d'adultes ayant une déficience intellectuelle a permis d'identifier que les comportements d'agression, d'automutilation et de destruction de biens matériels sont fréquemment associés aux symptômes dépressifs et maniaques auprès d'une clientèle qui présente un retard mental. Les troubles de personnalité évitante et dépendante constituent également de bons indicateurs de symptômes dépressifs. Cette étude a révélé l'importance des comportements associés aux troubles de l'humeur et permettra de mieux déceler la présence de dépression et de manie chez les adultes qui ont une déficience intellectuelle afin de leur offrir des traitements appropriés.

## A STUDY ON THE RELATIONS OF BEHAVIOR AND MENTAL HEALTH PROBLEMS IN MENTALLY RETARDED PERSONS

A study of the relations between behavior and mental health problems of 50 mental retarded persons was realized. It indicated that aggressive, self-mutilation and destructive maniac symptoms present in many participants. Our results also indicate that avoidant and dependant personality disorders are good indicators of depressive symptoms. Clinical implications are discussed and recommendations are suggested.

### BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, 4th edition. DC: Auteur.
- BOTEZ, M. I. (1996) *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement*. Montréal, Québec : Les Presses de l'Université de Montréal et Paris, France : Masson.
- CHARLOT, L. R. (1994) *The phenomenology of depressive symptoms in adults with mental retardation*. Unpublished doctoral dissertation, Boston College : Boston San Francisco : California.
- CHARLOT, L. R. (1997) Irritability, aggression, and depression in adults with mental retardation: A developmental perspective. *Psychiatric-Annals*, Vol. 27(3), 190-197.
- CICCHETTI, D. & SCHNEIDER-ROSEN, K. (1984) *Childhood Depression*. Jossey-Bass Social and Behavioral Science Series.
- FARBER, J. M. (1987) Psychopharmacology of self-injurious behavior in the mentally retarded. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 296-302.
- FRASER, W. I., LEUDAR I., GRAY, J. & CAMPBELL, I. (1986) Psychiatric and behavior disturbance in mental handicap. *Journal of Mental Deficiency Research*, 30, 49-57.
- GARDNER, W. I. & MOFFAT, C. W. (1990) Aggressive behavior: Definition, assessment, treatment. *International Review of Psychiatry*, 2, 91-100.
- HYMAN, S. L., FISHER, W., MERCUGLIANO, M. & CATALDO, M. F. (1990) Children with self-injurious behavior. *Pediatrics*, 85, 437-446.
- LOWRY, M.A. & CHARLOT, L.R. (1996) Depression and associated aggression and self-injury. *The NADD Newsletter*, 13, 1-5.
- MAURICE, P. & TASSÉ, M. J. (1995) Les comportements d'automutilation. Dans : S. Ionescu (Ed.), *La déficience intellectuelle. Tome 2, Pratique de l'intégration* (pp. 227-246). Paris : Éditions Nathan.
- MENOLASCINO, F. J. & WEILER, M. A. (1990) The challenge of depression and suicide in severely mentally retarded adults. Dans : Dosen, A. & Menolascino, F. J. (Editors), *Depression in Mentally Retarded Adults*. Leiden : Logan.
- NIHIRA, K., RICE-WILLIAMS, D. R., WHITE, J. F. (1988) Social competence and maladaptive behavior of people with dual diagnosis. *Journal of Multihandicapped Person*, 1, 185-199.
- REISS, S. (1988) *Test Manual for the Reiss Screen for Maladaptive Behavior*. International Diagnostic Systems Inc., Worthington : OH.
- REISS, S. (1992) Assessment of a man with dual diagnosis. *Mental Retardation*, 30, 1-6.
- REISS, S. & ROJAHN, J. (1993) Joint occurrence of depression and aggression in children and adults with mental retardation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 37, 287-294.
- ROJAHN, J. (1992) *The Behavior Problems Inventory*. Ohio State University's Nisonger Center, Columbus : OH.
- ROJAHN, J., BORTHWICK-DUFFY, S. & JACOBSON, J. W. (1993) The association between psychiatric diagnosis and severe behavior problems in mental retardation. *Annals of Clinical Psychiatry*, 5, 163-170.

- ROJAHN, J. & TASSÉ, M. J. (1996) Psychopathology in mental retardation. Dans : J. W. Jacobson & J. A. Mulick (Eds), *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation*. Washington, DC : American Psychological Association.
- SOVNER, R. & LOWRY, M. (1990) A behavioral methodology for diagnosing affective disorders in individuals with mental retardation. *The Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 9, 55-61.
- SOVNER, R. & HURLEY, A. D. (1983) Do the mentally retarded suffer from affective disorders? *Archives of General Psychiatry*, 40, 61-67.