

LES TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES CHEZ LES PERSONNES AYANT UNE DEFICIENCE INTELLECTUELLE

Christine Caron

Les domaines de la déficience intellectuelle et de la psychopathologie se sont développés de façon parallèle et presque mutuellement exclusive. Ainsi en témoignent, entre autres, l'organisation des services et la formation des intervenants. Une telle conception ne semble pas répondre aux besoins d'une partie des personnes présentant une déficience intellectuelle puisque se développe, depuis une quinzaine d'années, le concept de "diagnostic double" consacré à l'étude et au traitement des troubles d'ordre psychopathologique chez les personnes présentant une déficience intellectuelle. L'objectif de cet article est de présenter une vue d'ensemble de cette situation, de souligner les difficultés et de bien identifier cette nouvelle problématique. Il fait état des nouvelles stratégies d'évaluation et d'intervention auprès de ces personnes et termine en présentant quelques recommandations relatives à l'évaluation, à l'intervention, à la recherche et à la formation des intervenants qui auront à offrir des services adéquats aux personnes présentant une déficience intellectuelle associée à un trouble psychopathologique.

INTRODUCTION

La reconnaissance de la présence de troubles de l'ordre de la psychopathologie chez les personnes présentant une déficience intellectuelle a donné lieu, depuis une quinzaine d'années, à de nombreuses publications, particulièrement dans les revues américaines. Ces derniers ont utilisé le vocable "diagnostic double" (dually diagnosed) pour désigner cette nouvelle réalité.

Cependant, l'attribution d'un substantif à une réalité ne constitue pas nécessairement une garantie de sa clarté, de sa compréhension. Ainsi, à titre d'exemple, le vocable "diagnostic double" désigne-t-il également, en psychiatrie, la personne présentant une maladie mentale associée à une dépendance aux drogues ou à l'alcool.

L'objectif de cet article est de donner une vue d'ensemble de la problématique de la maladie mentale

Christine Caron, Agente de programmation sénior, Service de réadaptation en déficience intellectuelle, Centre hospitalier Robert-Giffard, 2601, de la Canardière, Québec (Québec), G1J 2G3.

L'auteure tient à remercier le docteur Jean Delège, Psychiatre, et Mme Jocelyne Auger, Psychologue, qui ont bien voulu collaborer à ce texte par leurs avis judicieux.

chez la personne ayant une déficience intellectuelle. Tout en faisant un état de situation global, il souligne certaines difficultés liées au diagnostic, à la qualité des données épidémiologiques et à l'évaluation de cette clientèle. Finalement, il présente les principales caractéristiques des programmes existants et formule quelques recommandations susceptibles d'améliorer la recherche et la pratique en ce domaine.

LE DIAGNOSTIC DOUBLE

Dans cet article, l'expression "diagnostic double" réfère à la présence d'une pathologie mentale chez une personne ayant une déficience intellectuelle. La définition de ce concept repose donc sur la présence de deux variables: pathologie mentale et déficience intellectuelle. S'il peut être relativement simple d'identifier un état de déficience intellectuelle, le diagnostic d'une pathologie mentale chez cette population, n'est pas sans susciter de nombreuses difficultés.

La déficience intellectuelle

Dans le contexte nord-américain, la majorité des

professionnels adhèrent à la définition de la déficience intellectuelle proposée par l'American Association on Mental Retardation (AAMR); celle-ci fait appel à la présence concomitante de déficits aux plans intellectuel et adaptatif, déficits observés au cours de la période de développement, c'est-à-dire avant l'âge de 18 ans. Il existe de nombreux tests et échelles susceptibles d'aider à une bonne évaluation. L'aspect "déficit intellectuel" peut donc être évalué avec une certaine fiabilité dans la mesure où le choix, l'application des tests et leur interprétation respectent des critères de qualité.

La pathologie mentale

La définition du "trouble mental" suscite davantage de difficultés. Il peut se présenter sous de multiples facettes et son identification, chez les personnes ayant une déficience intellectuelle, représente un défi de taille.

De façon générale, la pathologie mentale est associée à une anomalie de la conduite, des émotions, à des réactions suffisamment sévères et durables pour exiger des soins spécialisés.

Elle réfère (Stark, McGee & al., 1984) à diverses catégories de désordres; ils peuvent être très sévères, comme les psychoses et les désordres de la personnalité ou se présenter sous forme de symptômes spécifiques tels l'hyperactivité, l'anxiété ou de réactions dues à un stress situationnel.

Il existe des instruments susceptibles d'aider les professionnels concernés à poser un jugement clinique, un diagnostic. Les plus connus sont le CIM 9 et le DSM III-R.

Si personne ne nie la difficulté de bien diagnostiquer une pathologie mentale chez une personne dite d'intelligence normale, que penser du défi que représente la tâche de l'examen mental d'une personne qui, en raison d'un langage insuffisant ou incompréhensible, s'exprime par des comportements bizarres, inadéquats, sinon dangereux? Que penser également de la pertinence d'évaluer des personnes présentant une déficience intellectuelle à l'aide de critères élaborés à partir d'une population "normale", ayant des caractéristiques différentes (1).

1. Le lecteur intéressé pourra trouver de plus amples informations sur le problème des embûches diagnostiques que pose l'examen mental de la personne ayant une déficience intellectuelle dans un article du docteur Jean Delage publié en 1990.

Il sera important de garder à l'esprit ces limites, dues avant tout à l'état de la recherche, quand il sera question du diagnostic et de l'incidence de la maladie mentale chez la personne présentant une déficience intellectuelle.

LE DIAGNOSTIC DE LA PSYCHOPATHOLOGIE CHEZ LES PERSONNES PRESENTANT UNE DEFICIENCE INTELLECTUELLE

Les auteurs qui se sont intéressés au diagnostic des troubles d'ordre psychopathologique chez les personnes ayant une déficience intellectuelle, soulignent les difficultés, sinon les défis qu'il soulève. L'approche traditionnelle, basée sur l'entrevue diagnostique et l'examen médical mérite d'être revue. Pour apporter des résultats satisfaisants, elle doit être associée à d'autres procédés diagnostiques et reposer sur la mise en commun d'informations de différents types et de sources variées. Cette cueillette d'informations se fait au moyen d'une évaluation clinique et d'évaluations standardisées.

L'évaluation clinique: nouvelles stratégies

Selon la tradition, l'évaluation de l'état mental repose sur l'histoire psychosociale du client au cours des dernières années et les éléments verbaux y jouent un rôle primordial. Quand des personnes ne parlent pas ou ont des capacités de communication limitées, il est nécessaire d'avoir recours à de nouvelles stratégies. Celles-ci font appel à l'identification des signes (comportements inadéquats) plutôt que des symptômes (dysfonction au plan verbal, détresse rapportée verbalement) qui caractérisent les troubles psychiatriques.

L'identification de tels signes repose, quant à elle, sur des observations directes et de qualité. Elles doivent provenir d'informateurs diversifiés, incluant bien sûr le client, et référer à une grande variété de situations. Il existe plusieurs instruments et techniques qui, associés à la perspicacité des observateurs, sauront fournir des données de qualité. Celles-ci devront par la suite faire l'objet d'analyses afin d'identifier les situations auxquelles sont associés les comportements en cause, les facteurs précipitants immédiats ou simplement antérieurs mais susceptibles d'exercer une influence (2). Toutes ces

2. Cette notion réfère au concept de "setting event" proposé par W. Gardner (1984) qui suggère de ne pas limiter nos observations aux événements immédiats mais de se préoccuper d'événements qui ont pu se produire la veille ou l'avant-veille (querelle avec un ami, insomnie) et rendent la personne plus irritable.

informations serviront à alimenter les hypothèses relatives à la présence d'un trouble mental ou comportemental.

L'évaluation clinique doit donc sortir des sentiers battus; elle doit reposer non seulement sur la collaboration de la personne, mais surtout sur celle d'une équipe multidisciplinaire.

Les évaluations formelles: un outil supplémentaire

Etant donné les difficultés d'évaluation déjà mentionnées, il est hautement souhaitable de s'appuyer en plus de l'évaluation clinique, sur des mesures formelles. Citons, entre autres, le *Reiss Screen*, le *Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults* (PIMRA), le *Dual Diagnosis Screen for Children*, le *Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped* (DASH) ainsi que les diverses échelles d'évaluation des comportements mésadaptés.

Les tests biologiques constituent également une riche source d'informations: des examens neurologiques, les tests sanguins, l'examen physique général permettent parfois d'identifier, sinon d'éliminer, les sources physiques de problèmes de comportement.

En conclusion, le diagnostic de la psychopathologie chez les personnes présentant une déficience intellectuelle est complexe; il doit reposer sur les évaluations et les observations d'une équipe multidisciplinaire et sur un ensemble de tests standardisés.

L'INCIDENCE DE LA PSYCHOPATHOLOGIE CHEZ LES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Des études menées avant 1960 dans les milieux institutionnels établissaient, pour la population ayant une déficience intellectuelle, un taux de prévalence de trouble mental variant de 16% à 40%. Des études plus récentes montrent que 10% des adultes institutionnalisés ayant une déficience intellectuelle présentent une pathologie mentale grave; ce taux grimpe à 60% si on inclut les personnes présentant une pathologie mineure. La prévalence de pathologie mentale chez les personnes ayant une déficience intellectuelle et vivant en institution varierait donc de 10% à 60%.

Les études faites auprès de la population de personnes présentant une déficience intellectuelle et vivant dans leur famille ou dans une ressource communautaire

rapportent de façon constante un taux de 20% à 30% de trouble affectif.

La caractéristique commune à ces études est sans doute la variation des taux de prévalence. Les difficultés déjà énoncées relativement aux critères diagnostiques et les problèmes méthodologiques ne sont sans doute pas étrangers à la variabilité de ces données.

Ceci étant dit, il est raisonnable de penser que les personnes ayant une déficience intellectuelle sont davantage susceptibles de présenter un trouble d'ordre psychopathologique que la population dite normale où 20% des personnes risquent de présenter de tels problèmes au cours de leur vie. Les raisons de cette vulnérabilité ne sont pas encore très claires. Il existe certaines hypothèses sur ce point. Ainsi, Menolascino et Stark (1984) croient que les personnes ayant une déficience intellectuelle font face, plus que d'autres, à des frustrations ou à des situations conflictuelles: leur handicap et leurs capacités cognitives réduites les rendraient plus vulnérables à des situations de stress. Cette hypothèse semble plausible suite à l'observation des réactions d'anxiété, de stress chez ces personnes lorsqu'elles ont à vivre des changements. Reiss (1991), quant à lui, l'explique par l'impact de la psychopathologie sur le fonctionnement adaptatif de la personne. Les personnes d'intelligence "normale" ont un niveau de fonctionnement supérieur à ce qui est requis pour avoir une autonomie minimale. La psychopathologie doit donc être sévère pour empêcher un fonctionnement minimum et exiger l'hospitalisation. Par contre, les personnes présentant un retard, même léger, n'ont souvent que les habiletés adaptatives minimales nécessaires pour vivre de façon autonome. En conséquence, un désordre mental, même léger, peut avoir un impact tel qu'il provoque une désorganisation qui peut amener à un placement ou à une hospitalisation.

Les dispensateurs de services devraient être très sensibles à cette fragilité et développer la capacité des intervenants à percevoir les changements, même mineurs, susceptibles d'affecter ces personnes et à les supporter lors d'évènements particuliers comme des changements de résidence, d'amis, de travail.

La relation entre le niveau de déficience intellectuelle et le type de pathologie mentale

Les données actuelles (McGee et al., dans Menolascino et Stark, 1984) montrent que les personnes présentant un retard sévère ou très sévère ont généralement des troubles associés au niveau du système nerveux central,

une haute fréquence de handicaps multiples, sensoriels, d'épilepsie et une grande vulnérabilité aux désordres psychiatriques. Ces personnes sont souvent sur-stimulées et réagissent de façon primitive, sous forme d'auto-agression, d'auto-stimulation, d'agressivité.

Deux hypothèses expliqueraient la vulnérabilité des personnes présentant une déficience moyenne. La première tient à la lenteur de leur développement, au besoin d'une approche concrète. Les difficultés à comprendre l'abstraction et les règles complexes suscitent des problèmes d'adaptation dans leur famille, leur groupe de pairs et créent des relations interpersonnelles difficiles. La seconde hypothèse tient à un désordre de leur développement qui se manifeste par une incapacité de traiter l'information et par un manque d'habileté à exprimer leurs besoins de base et leurs émotions.

Ces dernières caractéristiques se retrouvent encore plus particulièrement chez les personnes présentant une déficience légère. La communication représente pour elles un défi de taille. Bien qu'elles puissent exprimer leurs besoins et leurs émotions, elles ne peuvent le faire avec suffisamment de profondeur pour exprimer leur détresse personnelle. En outre, ces personnes sont souvent conscientes de leur incapacité à vivre comme les autres adultes; elles peuvent alors ne pas accepter cette situation ou encore "démissionner".

Quant aux troubles d'ordre physique, métabolique et neurologique, particulièrement l'épilepsie, ils doivent être évalués quel que soit le niveau de la déficience intellectuelle.

Au plan statistique, peu de recherches ont tenté de mettre en relation le niveau de déficience intellectuelle et la forme de pathologie mentale. Presque tous les auteurs se réfèrent à une étude de Mc Gee et al. (1984) effectuée entre 1979 et 1981 auprès de 305 personnes de 3 à 76 ans vivant dans une institution, le Nebraska Psychiatric Institute.

Selon cette étude, 100% des personnes hospitalisées dans ce centre présentaient une pathologie mentale; elles se répartissaient comme suit: 55,7% avaient un retard léger, 35,3% un retard moyen et 19% un retard sévère ou très sévère.

Quant aux types de troubles mentaux identifiés, ils se répartissaient de la façon suivante:

- désordres reliés à la schizophrénie: 29 %;

- désordres cérébraux organiques: 19,6 %;
- réactions d'ajustement au stress: 16,3 %;
- désordres mentaux non spécifiques: 10,8 %;
- désordres affectifs: 6,5 %;
- désordres de type névrotique: 2,2 %.

Les pathologies mentales les plus souvent associées à la déficience intellectuelle seraient, toujours selon cette étude:

- les psychoses: schizophrénie (paranoïde, catatonique, indifférenciée), psychose maniaco-dépressive, dépression psychotique, psychose brève transitoire;
- les désordres reliés à l'anxiété: réactions de conversion, d'anxiété, réaction dépressive;
- les désordres de la personnalité;
- les désordres situationnels: réactions d'ajustement au stress, désordres d'adaptation, alcoolisme, gestes de suicide;
- les syndromes associés: épisodes de confusion et d'agression (seizure disorder), comportements stéréotypés, actes auto-destructeurs.

Jacobson (1990) a étudié la distribution des diagnostics psychiatriques chez une population de plus de 4 200 personnes ayant une déficience intellectuelle. Les résultats de ses analyses indiquent que, parmi les personnes présentant une psychopathologie associée, ce sont les désordres psychotiques qui ont le taux le plus élevé. Ils sont plus fréquents que les désordres de la personnalité, les désordres affectifs, l'anxiété, les phobies et les troubles du comportement. Jacobson se questionne cependant sur de tels résultats soulignant des lacunes d'ordre méthodologique, les problèmes d'évaluation et la difficulté d'identifier de tels troubles chez les personnes présentant une déficience intellectuelle.

Ces deux études révèlent, à l'instar de plusieurs autres, que les personnes ayant une déficience intellectuelle peuvent présenter une variété de troubles d'ordre psychopathologique. Elles ne permettent pas, cependant, d'établir avec précision quels sont les troubles les plus fréquents ou de savoir s'il existe une relation entre un niveau de déficience intellectuelle et une forme de psychopathologie. La recherche en ce sens est à faire et elle devra d'abord surmonter des difficultés d'ordre diagnostique et méthodologique soulignées plus tôt dans ce texte.

L'INTERVENTION AUPRES DES PERSONNES PRESENTANT UNE DEFICIENCE INTELLECTUELLE ASSOCIEE A UNE PSYCHOPATHOLOGIE

L'objectif de ce texte étant de donner une vue d'ensemble, il s'attachera à traiter des orientations générales des programmes et des interventions.

Les orientations générales

Les orientations générales des approches auprès de cette clientèle peuvent se résumer à six grands principes.

Une vision positive des personnes

Le premier est de l'ordre des attitudes; il réside dans une vision positive inconditionnelle de ces personnes et dans une croyance en leurs capacités de développement. Ces attitudes doivent s'actualiser dans le cadre d'approches fermes si nécessaires, mais positives et surtout chaleureuses. C'est d'ailleurs ce qu'indiquent les recherches, soulignant qu'en ce domaine, il n'y a pas de recettes, mais un grand principe: ces personnes sont capables d'apprendre, d'acquérir des habiletés et des comportements appropriés avec un encadrement ferme et surtout chaleureux.

L'équilibre entre les approches médicales et comportementales

Pour répondre réellement aux besoins de cette clientèle, l'approche réadaptative doit rechercher un équilibre constant entre la psychothérapie adaptée, les approches comportementales et la médication psychoactive. La notion d'équilibre se définit ici par un recours à l'une ou l'autre forme de traitement dans des proportions variables selon l'évaluation des intervenants de l'équipe multidisciplinaire et selon les étapes du traitement. L'objectif ne devrait jamais être de prouver l'efficacité d'une approche au détriment de l'autre, mais plutôt de voir comment l'une et l'autre peuvent se compléter pour aider le client à apprendre, à développer un auto-contrôle.

Une approche globale

Un autre aspect important qui risque parfois d'être mis en veilleuse à cause de manifestations comportementales impressionnantes, a trait à la globalité de l'approche. Un programme, pour être efficace, doit se préoccuper de tous les aspects de la vie d'un individu: éducatif,

vocationnel, communicatif... L'intervention ne visant qu'à réduire des comportements mésadaptés, à les contrôler, est vouée à l'échec, non seulement pour l'intervenant, mais surtout pour le client à qui on n'aura pas donné des moyens de se développer, d'acquérir des comportements sociaux adéquats, d'auto-contrôle et de prévenir la manifestation de comportements inadéquats. C'est en le supportant dans tous les aspects de sa vie, en se préoccupant qu'elle soit riche et significative, que le programme l'aidera vraiment à atteindre l'autonomie.

L'approche comportementale: pour un behaviorisme écologique

Tous les auteurs insistent sur le besoin d'une approche comportementale mais tous également en spécifient les caractéristiques. Certains la qualifient de non punitive, d'autres d'écologique ou encore de communicative. Quoi qu'il en soit, l'approche comportementale doit viser, par des moyens positifs, à remplacer les comportements inadéquats par des habiletés fonctionnelles. Ce sont, bien sûr, les résultats de l'analyse fonctionnelle qui permettront de préciser les variables en cause dans le comportement d'un individu et permettront d'individualiser les approches.

Les principaux moyens d'apprentissage suggérés sont l'apprentissage sans erreur, la "redirection" du comportement, l'ingénierie comportementale et l'estompage graduel des mesures d'assistance. Ces moyens visent à aider le client à se prendre en charge graduellement plutôt qu'à subir un contrôle extérieur. Cela n'exclut pas la nécessité d'un encadrement ferme qui peut être, au besoin, une étape sur la route qui mène à l'auto-contrôle.

L'individualisation et la flexibilité

Tout en demeurant très consistant dans son approche, l'intervenant doit savoir se montrer flexible au plan des interventions et des activités. Les personnes présentant une telle problématique ont souvent développé un vaste répertoire de comportements agressifs en réponse à des situations trop exigeantes: il faut donc éviter de les "coincer" de telle façon que leur seule alternative soit de réagir avec agressivité. Cette flexibilité ne se traduit pas par un laisser-aller, mais plutôt par la possibilité de faire des choix. Ces choix permettent d'éviter l'agressivité et d'enseigner des comportements adéquats. Comme le soulignent Menolascino et Stark (1984), il faut manipuler l'art du compromis et savoir "perdre une bataille pour gagner la guerre".

L'approche communautaire

Les principes énoncés, qu'ils aient trait aux attitudes des intervenants ou aux principes d'apprentissage, doivent s'actualiser dans des programmes axés sur l'utilisation des ressources communautaires. Sauf dans des cas d'exception, les personnes présentant une déficience intellectuelle associée à une pathologie mentale devraient être traitées dans leur milieu et recevoir des services de la même façon que la population en général. L'approche communautaire correspond à une vision contemporaine, qu'il s'agisse des approches positives, de l'idéologie de la valorisation des rôles sociaux et du fait qu'une personne a plus de chances d'apprendre et de maintenir des comportements adéquats dans un environnement normal.

RECOMMANDATIONS

Cette vue d'ensemble de la problématique de la psychopathologie chez les personnes présentant une déficience intellectuelle soulève certaines questions et met en lumière des lacunes à combler afin d'améliorer les services.

Définir clairement le concept

Il est primordial de clarifier la notion de "diagnostic double" et de faire en sorte que la communauté scientifique s'entende sur la réalité que recouvre cette notion de pathologie mentale chez les personnes présentant une déficience intellectuelle.

Développer des instruments d'évaluation fiables

Il est tout aussi important de se doter d'instruments d'évaluation quantitatifs et qualitatifs ainsi que d'instruments diagnostiques qui tiennent compte des caractéristiques spécifiques à cette population. Ainsi, les critères diagnostiques de la maladie mentale tels que définis dans le CIM-9 et le DSM III-R devraient-ils être revus à la lumière des données actuelles relatives à la manifestation des troubles mentaux chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. Il serait également important de consentir des efforts au développement d'instruments d'évaluation standardisés pour la population

francophone du Québec ou de nationalités autres. Il existe actuellement un certain nombre d'instruments de ce type, mais tous sont en anglais, ayant été développés aux Etats-Unis. Comme le souligne S. Reiss (1991), il est essentiel de bien identifier tous les problèmes afin d'être en mesure d'offrir une réponse adaptée à chacun.

Obtenir des données épidémiologiques plus précises

Le développement de services adéquats repose sur l'identification du nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle associée à une psychopathologie et sur la précision de leurs diagnostics. La variabilité des données épidémiologiques actuelle (10% à 60%) laisse croire qu'elles sont basées sur des critères qui mériteraient d'être précisés.

Développer la recherche

Des recherches ayant une méthodologie très stricte devraient se développer selon deux axes. L'un devrait s'employer à mieux définir et identifier cette problématique chez les personnes présentant une déficience intellectuelle. L'autre devrait évaluer la qualité des programmes offerts à cette population, tant au plan du processus que des résultats.

Former les intervenants

Dans le contexte actuel, les personnes présentant une déficience intellectuelle associée à une pathologie mentale, tout autant que les intervenants, se retrouvent dans un vacuum. Vacuum de services pour les personnes en marge des organismes spécialisés en déficience intellectuelle en raison de leur pathologie mentale et en marge des organismes spécialisés en maladie mentale en raison de leur déficience intellectuelle. Vacuum au plan de la formation, nos organismes d'éducation, dans la foulée de l'organisation des services, formant des intervenants soit en déficience intellectuelle, soit en santé mentale, chaque groupe développant des connaissances mais surtout des philosophies de services fort différentes. Il est urgent, pour assurer la qualité des services à ces personnes, de développer des programmes de formation qui tiennent compte de cette double problématique et qui, au-delà des connaissances, habilite les intervenants à travailler ensemble.

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, troisième édition révisée. Washington DC: Auteur.
- BORTHWICH DUFFY, S. A., EYMAN, R. K. (1990) Who are the dually diagnosed. *American Journal on mental retardation*, 94, 586-595.
- BREGMAN, D. (1989) Treatment approaches for the mentally retarded, In Michels, R. (Ed): *Psychiatry*, 2, édition révisée. New York: Basic Books.
- DELAGE, J. (1990) Déficience mentale et troubles psychiatriques: embûches diagnostiques et nouvelles approches. *Synergie*, 2, 1-4.
- GARDNER, W. I. (1984) Assessment of setting events influencing functional capacities of mentally retarded adults with behavior difficulties. In: Halpern, A. S., Fuhrer, M. J. (Eds). *Functional assesment in rehabilitation*, 171-185. Baltimore: Brookes Publishing Co.
- GROSSMAN, H. J. (Ed.) (1983) *Classification in mental retardation*. Washington: American Association on mental deficiency.
- JACOBSON, J. W. (1990) Do some mental disorders occur less frequently among persons with mental retardation? *American journal on mental retardation*, 94, 596-602.
- MATSON, J. (1988) *Psychopathology inventory for mentally retarded adults*. Ill.: International Diagnostic Systems Inc.
- MATSON, J. L., BARRETT, R. P. (Eds) (1982) *Psychopathology in the mentally retarded*. New York: Grune & Stratton.
- MC GEE, J. J., FOLK, L., SWANSON, D. A., MENOLASCINO, F. J. (1984) A model impatient psychiatric program: its relationship to a continuum of care for the mentally retarded-mentally ill. in: Menolascino, F. J., Stark, J. A. (Eds): *Handbook of menal illness in the mentally retarded*, 249-272. New York: Plenum Press.
- MENOLASCINO, F. J., LEVITAR, A., GRENIER, C. (1986) The nature and types of mental illness in the mentally retarded. *Psychopharmacology Bulletin*, 22, 1060-1071.
- REISS, S. Assessment of psychopathology in person with mental retardation, in: Matson, J. L. & Barrett, R. P. (Eds): *Psychopathology and Mental Retardation*, 2e édition. New York: Grune & Stratton. (A paraître.)
- REISS, S. (1990) Prevalence of dual diagnosis in community - based day programs in the Chicago metropolitan area. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 575-585.
- REISS, S. (1987) *Reiss screen for maladaptive behavior*. Ill.: International Diagnostic Systems Inc.
- STARK, J. A. (1989) Mental Illness in Person with mental retardation. *News and notes*, 2, 2-4.
- STARK, J. A., MC GEE, J. J., MENOLASCINO, F. J., BAKER, D. H., MENOUSEK, P. E. (1984) Treatment strategies in the habilitation of severely mentally retarded - mentally ill adolescents and adults, in Menalascino, F. J. Stark, J. A. (Eds): *Handbook of mental illness in the mentally retarded*, 189-218. New York: Plenum Press.
- STARK, J. A., MENOLASCINO, F. J., ALBARELLI, M. (Eds) (1987) *Mental retardation and mental health: classification, diagnosis, treatment, services*. New York: Springer - Verlag.