

---

---

## Chapitre 4

### Le manuel DSM-IV et son application aux personnes affectées d'une déficience de développement

Chrissoula Stavrakaki

---

#### Objectifs d'apprentissage

Le lecteur sera en mesure de :

1. Décrire ce que représente le manuel DSM-IV, son format, et ses principales applications.
2. Identifier les catégories de troubles mentaux mentionnées dans ce manuel.
3. Décrire l'application de ces catégories aux personnes affectées d'une déficience de développement – enfants et adultes.

#### Introduction

Souvenez-vous des problèmes de santé mentale d'un client affecté d'une déficience de développement. Essayez de vous souvenir des modes de présentation du problème de santé mentale, et éventuellement du diagnostic formel formulé pour cette personne par le personnel d'une clinique psychiatrique ou d'un centre communautaire de santé mentale. Quelles étaient vos impressions?

Depuis longtemps on utilise des formulations de diagnostic basées sur certains critères ou sur les modes de communication utilisés entre eux par les professionnels. De nouveaux critères basés sur de

nouvelles approches de la compréhension des problèmes de santé mentale ont été élaborés sur plusieurs continents, pour l'amélioration des moyens d'application de ces critères à toutes les personnes, quels que soient leurs antécédents culturels ou religieux et leurs divers degrés de déficience.

Nous tentons de présenter dans ce chapitre les critères du Diagnostic and Statistical Manual/Manuel diagnostique et statistique (DSM-IV), les diverses catégories qu'on y mentionne, et plus spécifiquement comment on peut les appliquer aux personnes affectées d'une déficience de développement. On peut facilement comprendre que tout ensemble de critères qu'on voudrait appliquer à toutes les questions de santé mentale et/ou à tous les troubles/maladies/pathologies psychiatriques, susciterait des défis et des limitations, particulièrement dans l'application de ces critères à des groupes d'exception comme les personnes affectées d'une déficience de développement. Le manuel DSM-IV manifeste de telles limitations à l'égard de cette population. Malgré ces difficultés, le manuel DSM-IV offre une version améliorée des critères de diagnostic antérieurement acceptés, et on peut l'appliquer avec succès aux personnes affectées d'une déficience de développement qui manifestent un niveau de fonctionnement plus élevé.

Essayons d'abord de découvrir ce qu'est réellement le manuel DSM-IV, et ses applications appropriées à nos clients.

### **Qu'est-ce qu'est le manuel DSM-IV?**

DSM-IV signifie « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder » (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). L'édition courante, la plus récente, est la quatrième édition. Le manuel a été initialement publié en mai 1994 par l'association American Psychiatric Association de Washington, DC. Le manuel DSM-IV est le produit d'un travail d'équipe. Plus d'un millier de personnes et de nombreuses organisations

professionnelles ont contribué à sa rédaction sous la direction du comité de rédaction, pour en faire un guide utile de pratique clinique. L'ouvrage, dans sa forme finale, est utilisé par des groupes très divers de cliniciens, chercheurs et éducateurs qui pratiquent de nombreuses spécialités et/ou d'orientations diverses. Par exemple, ce livre est utilisé par les psychiatres et autres médecins, psychologues, travailleurs sociaux, personnels infirmiers, thérapeutes des maladies et accidents de travail (thérapeutes en réadaptation), conseillers et autres professionnels de la santé et de la santé mentale.

Le manuel DSM-IV a été utilisé dans divers environnements, comme les établissements offrant des traitements pour patients ambulatoires ou institutionnalisés, hospitalisation à temps partiel, cliniques de consultation-liaison, pratique privée, et environnements communautaires et de traitement primaire. Son objectif fondamental demeure la communication et la description des divers troubles mentaux, pour une meilleure compréhension de ces troubles par les professionnels. Le manuel DSM-IV est ainsi un outil extrêmement utile et important pour tous les groupes de professionnels, quelles que soient leur spécialité et/ou orientation ou l'étape du traitement des patients.

Le manuel DSM-IV tente également de combler un fossé entre les divers continents. Les rédacteurs ont collaboré avec les comités de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'établissement d'une compréhension harmonieuse et continue des troubles mentaux, non seulement en Amérique du Nord mais également dans l'ensemble du monde, en utilisant des concepts similaires comme le document International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Classification internationale des maladies et problèmes de santé connexes) (ICO-10) (Organisation mondiale de la Santé, OMS, 1994), ce qui optimise la compatibilité.

Une révision du texte du manuel DSM-IV a été entreprise en 1997 par une équipe d'experts qui ont examiné les aspects suivants en

conjonction avec les professionnels impliqués dans la rédaction initiale du manuel :

- A. Toute erreur factuelle dans le manuel DSM-IV, pour tentative de correction
- B. Mise à jour de l'information présentée dans le manuel DSM-IV
- C. Introduction de modifications reflétant la nouvelle information disponible
- D. Introduction d'améliorations de la valeur éducative du manuel DSM-IV
- E. Mise à jour des codes ICD-9 (Organisation mondiale de la Santé), modifiés avec l'introduction du manuel DSM-IV.

Les principaux attributs du manuel DSM-IV :

- Reconnaissance du fait que, malgré ce qu'implique sa définition, un «trouble mental» est tout autant un trouble physique, et qu'un trouble physique influence le trouble mental.
- Clarification des catégories qui répartissent les troubles mentaux en types basés sur des critères avec caractéristiques définissantes.

Il est cependant très important d'exercer un jugement individuel, professionnel et clinique, pour une utilisation adéquate du manuel DSM-IV. Ainsi, le manuel DSM-IV est un *outil* qui *ne* doit être utilisé *qu'en* conjonction avec d'autres données cliniques et un bon jugement. Il convient d'exercer des précautions spécifiques lors de l'application des catégories, critères et descriptions de troubles mentaux du manuel DSM-IV. Par exemple, pour la clientèle des services psycholégaux, la détermination juridique de compétence, responsabilité clinique ou déficience peut s'écarter beaucoup des définitions des termes présentées dans le manuel DSM-IV.

On a déployé des efforts particuliers durant la rédaction du manuel DSM-IV afin que le lecteur soit conscient que le manuel est utilisé

en Amérique du Nord et internationalement, à l'égard de populations culturellement diverses. C'est pourquoi le manuel DSM-IV inclut trois catégories d'informations spécifiquement reliées aux considérations culturelles :

1. Discussion des variantes culturelles et de la présentation des troubles mentaux.
2. Description des syndromes reliés à la culture qui n'avaient pas été inclus dans le manuel DSM-III-R.
3. Plan de formulation culturelle facilitant l'évaluation et le rapport de l'information relative au contexte culturel de la personne.

### **Utilisation du manuel**

#### Qu'est-ce qu'un système multiaxial?

Le manuel DSM-IV est un système multiaxial qui implique une évaluation par rapport à plusieurs *axes ou niveaux*, dont chacun fait référence à un domaine d'information différent qui peut aider le prestataire de services à planifier un traitement et à en prévoir les résultats.

Le manuel DSM-IV inclut cinq axes, dont chacun concerne un domaine de diagnostic différent :

AXE I : Troubles cliniques/maladies mentales

AXE II : Troubles de la personnalité et retard mental/déficience développementale

AXE III : Affections médicales générales

AXE IV : Problèmes psychosociaux et environnementaux

AXE V : Évaluation globale du fonctionnement

**Table 1 : AXE I – Troubles cliniques/maladies mentales****Troubles cliniques**

- Delirium, démence, Trouble amnésique, et autres Troubles cognitifs
- Troubles mentaux dus à une affection médicale générale non classée ailleurs
- Troubles liés à une substance
- Schizophrénie et autres troubles psychotiques
- Troubles de l'humeur
- Troubles anxieux
- Troubles somatoformes
- Troubles factices
- Troubles dissociatifs
- Troubles sexuels et Troubles de l'identité sexuelle
- Troubles des conduites alimentaires
- Troubles du sommeil
- Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs
- Troubles de l'adaptation

L'axe I inclut les diverses sous-catégories cliniques des maladies mentales, comme troubles d'anxiété et de l'humeur, schizophrénie, troubles somatoformes et dissociatifs, etc.

**Table 2 : AXE II – Troubles de la personnalité et retard mental/déficience développementale**

- Personnalité paranoïaque
- Personnalité schizoïde
- Personnalité schizotypique
- Personnalité antisociale
- Personnalité borderline
- Personnalité dépendante
- Personnalité obsessionnelle-compulsive
- Personnalité histrionique
- Personnalité narcissique
- Personnalité évitante

Retard mental/déficience développementale/retard de compréhension

- Léger
- Moyen
- Grave
- Profond

L'axe II inclut les divers troubles de la personnalité et les sous-groupes cliniques correspondant à retard mental/déficience développementale.

**Table 3 : AXE III – Affections médicales générales**

- Maladies infectieuses et parasitaires
- Néoplasmes (tumeurs)
- Maladies endocriniennes, métaboliques, de la nutrition et maladies immunitaires
- Maladies du sang et des organes hématopoïétiques
- Maladies du système nerveux
- Maladies de l'appareil circulatoire
- Maladies de l'appareil respiratoire
- Maladies de l'appareil digestif
- Maladies des organes génito-urinaires
- Maladies du système ostéomusculaire et des tissus conjonctifs

L'axe III inclut toute maladie médicale physiologique de tout système de l'organisme, comme le sang, le système nerveux, l'appareil circulatoire et l'appareil respiratoire, les néoplasmes, les infections, etc.

**Table 4 : AXE IV – Problèmes environnementaux et psychosociaux**

- Problèmes avec le groupe de support principal
- Problèmes liés à l'environnement social
- Problèmes d'éducation
- Problèmes de logement
- Problèmes économiques
- Problèmes d'accès aux services de santé
- Problèmes en relation avec les institutions judiciaires/pénales
- Autres problèmes psychosociaux et environnementaux

L'axe IV inclut tout problème psychosocial/environnemental, comme scolarisation, logement, finances, accès à des services, etc.

## AXE V : Évaluation globale du fonctionnement (EGF)

Ceci concerne le jugement du clinicien à l'égard du niveau global de fonctionnement de la personne concernée. Cette évaluation est généralement réalisée au moyen de l'échelle GAF (Global Assessment of Functioning Scale/Échelle d'évaluation globale du fonctionnement). Il s'agit d'une échelle numérique de 1 à 100. *Les valeurs élevées correspondent à un meilleur fonctionnement de la personne durant une période spécifiée.* Par exemple, une note GAF de 70 pour l'année écoulée décrit un niveau de fonctionnement relativement élevé pour l'année écoulée. (Voir table 5)

**Table 5 : AXE V – Échelle d'évaluation globale du fonctionnement EGF (Échelle G.A.F. ou Global Assessment of Functioning Scale)**

Note numérique	Bien-être/maladie
100-91	Niveau supérieur de fonctionnement – absence de symptômes
90-81	Symptômes absents ou minimes (anxiété légère mais fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines)
80-71	Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress
70-61	Quelques symptômes légers mais fonctionne assez bien de façon générale
60-51	Symptômes d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire
50-41	Symptômes importants ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire
40-31	Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication ou déficience majeure dans plusieurs domaines (travail, école, jugement, pensée)
30-21	Idées délirantes ou hallucinations; trouble grave de la communication ou du jugement
20-11	Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression/ altération massive de la communication
10-1	Danger persistant d'auto ou d'hétéro-agression grave/incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum

Cette échelle d'évaluation prend en compte le fonctionnement psychologique, social ou au travail de la personne concernée, ou un continuum hypothétique de maladie/bien-être mental.

### **Le cas de M. C.**

*M. C. a 45 ans; il vit dans une résidence de groupe; son âge mental est au niveau 8-10 ans (handicap intellectuel grave). Durant les trois derniers mois M. C. s'est renfermé, a perdu tout goût des plaisirs de la vie, comme les visites aux magasins du voisinage, et a refusé de marcher ou de se déplacer en voiture, activités qu'il aimait auparavant. Sa dépendance à l'égard du personnel a constamment augmenté et il a perdu sa capacité à prendre soin de lui-même.*

*M. C. a également perdu l'appétit, et son poids a maintenant diminué de dix livres. Ses habitudes de sommeil ont également changé, et il se réveille durant la nuit vers 2-3 heures et est incapable de se rendormir, ce qui perturbe les autres résidents. Lorsqu'on lui en parle, il a tendance à nier toutes difficultés et se renferme encore plus.*

*Il semble qu'à l'époque où ces symptômes ont commencé à se manifester, M. C. venait de perdre son programme d'activités quotidiennes du fait du manque de ressources disponibles et du manque de travail. Durant l'entrevue, M. C. est assez renfermé; il ne parle pas spontanément et il s'accroche au personnel. Cependant, il nie entendre des voix et/ou avoir des visions.*

Évaluation de M. C. selon les 5 axes du manuel DSM-IV :

<b>Axe I</b>	Trouble dépressif majeur, épisode isolé, sévère sans caractéristiques psychotiques
<b>Axe II</b>	Retard mental grave
<b>Axe III</b>	Anomalie du fonctionnement cérébral non classée
<b>Axe IV</b>	Perte d'un programme d'activités durant la journée
<b>Axe V</b>	<b>Note GAF : 35 (actuelle)</b>

### **Classification DSM-IV TR**

La liste des catégories mentionnées dans cet ouvrage est essentiellement celle qui est communément appliquée aux personnes de tout âge affectées d'une déficience de développement. Ce chapitre n'inclut pas les troubles découlant de l'utilisation d'une substance chimique ni les troubles sexuels et d'identité sexuelle, parce qu'on en traite ailleurs dans cet ouvrage.

#### **A. Troubles usuellement diagnostiqués initialement durant le jeune âge, l'enfance ou l'adolescence.**

##### ***Retard mental/Déficience développementale :***

###### ***Troubles de la communication***

- Trouble du langage de type expressif
- Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif
- Bégaiement
- Trouble phonologique

###### ***Troubles envahissants du développement***

- Trouble autistique
- Syndrome de Rett
- Syndrome d'Asperger
- Trouble désintégratif de l'enfance

###### ***Déficit de l'attention et comportements perturbateurs***

- Déficit de l'attention/hyperactivité

- Troubles des conduites
- Trouble oppositionnel avec provocation
- Trouble perturbateur, NS

***Troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires – de la première ou de la deuxième enfance***

- Pica
- Mérycisme
- Troubles de l'alimentation – de la première ou de la deuxième enfance

***Tics***

- Syndrome de Gilles de la Tourette
- Tic vocal ou moteur chronique
- Tic transitoire
- Tic (sans classification) (NS)

***Trouble du contrôle sphinctérien***

- Énurésie
- Encoprésie

**Retard mental/déficience développementale/retard de compréhension**

La référence la plus importante de la classification du manuel DSM-IV-TR, en ce qui concerne ses applications aux personnes affectées d'une déficience de développement, est la section sur retard mental/déficience développementale. Comme ceci a déjà été mentionné au chapitre 1, la caractéristique essentielle des troubles de type retard mental/déficience développementale/retard de compréhension est un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne (*critère A*), accompagné de déficits/dégradations du fonctionnement adaptatif et/ou d'une limitation significative du fonctionnement adaptatif dans au moins deux des domaines suivants (*critère B*), se manifestant avant l'âge de 18 ans (*critère C*).

### **Déficience de développement légère (retard mental léger) : potentiel et risques pour la santé mentale**

Ce groupe représente le segment le plus important (environ 85 %) de l'ensemble des personnes affectées d'une déficience de développement. On les appelait antérieurement *personnes éducatibles*. Les personnes qui manifestent ce degré de déficience peuvent acquérir des aptitudes académiques jusqu'à environ le niveau de la sixième année, et on ne constate typiquement dans les aptitudes sociales et de communication qu'une dégradation minimale de la sensorimotricité. Durant leur vie d'adulte, elles parviennent habituellement à acquérir des aptitudes sociales et professionnelles adéquates pour un niveau minimum d'autonomie.

Ce degré de déficience est imputable à diverses causes; la personne a pu être affectée avant ou après la naissance par infection, affection médicale ou traumatisme. Fréquemment, les personnes de ce groupe souffrent d'un niveau d'anxiété plus élevé et de troubles de l'humeur (Borthwick-Duffy & Eyman, 1990; Stavrakaki & Mintsoulis, 1995; Gitta & Goldberg, 1995), du fait que les exigences sociales et académiques sont souvent supérieures au niveau que leur limitation cognitive leur permet d'atteindre. Ces personnes constatent et reconnaissent également les différences qui existent entre elles-mêmes et la population générale; et ceci augmente le niveau d'anxiété et réduit l'estime de soi. Les expériences très néfastes et traumatiques que ces personnes affrontent durant toute leur vie (barrières imposées par l'école, le travail et la société) constituent un autre facteur important du développement des maladies mentales au sein de ce groupe spécifique. Les autres troubles mentaux ont la même prévalence au sein de ce groupe que dans la population générale (Reid, 1976).

### **Déficience de développement moyenne (retard mental moyen) : potentiel et risques pour la santé mentale**

Ce groupe représente environ 10 % de l'ensemble de la population de personnes affectées d'une déficience de développement. Les

personnes affectées d'une déficience développementale modérée sont habituellement capables d'atteindre le niveau de la seconde année de scolarisation pour la maîtrise des sujets académiques, et peuvent bénéficier d'un apprentissage professionnel. Ces personnes peuvent prendre elles-mêmes en charge leurs besoins personnels sous une supervision modérée. Elles peuvent également apprendre à se déplacer indépendamment dans des lieux familiers. Durant les années de la petite enfance, les sujets avec déficience développementale modérée acquièrent des aptitudes limitées de communication et d'autonomie. Durant l'adolescence, du fait des difficultés de compréhension et difficultés de réaction appropriée aux stimuli et indices sociétaux, ils se retrouvent socialement isolés, avec un réseau de contact limité ou inexistant. Durant la vie adulte, ces personnes sont en majorité en mesure d'exécuter sous supervision des tâches ne nécessitant que peu ou pas d'aptitude particulière, dans des ateliers protégés ou dans l'environnement de travail général.

Les problèmes de santé mentale et le développement de troubles mentaux sont généralement plus prévalents dans ce groupe que dans la population générale. Les troubles du sommeil et de l'adaptation sont également plus prévalents dans ce groupe. Les troubles anxieux et de l'humeur sont plus prévalents dans ce groupe (Stavrakaki & Mintsoulis, 1997, 1999; King, 1999; King & McCartney, 1999). Certains types de schizophrénie sont plus fréquents qu'on ne le pensait auparavant – comme catatonie et sous-types de schizophrénie avec désorganisation (Menolascino, 1972; Hucker, 1979; King, 1994).

### **Déficience de développement grave (retard mental grave) : potentiel et risques pour la santé mentale**

Ce groupe représente 3-4 % des personnes affectées d'une déficience de développement. Ces sujets ne peuvent acquérir au mieux, qu'à un niveau limité, les aptitudes de communication traditionnelle, d'élocution intelligible ou d'autonomie élémentaire. Leur progression dans les sujets pré-académiques est limitée à la

lecture ou reconnaissance visuelle de quelques «mots de survie». À l'âge adulte, ils peuvent être capables d'exécuter quelques tâches simples et répétitives sous supervision étroite. La plupart de ces sujets s'adaptent bien à la vie dans la communauté, avec leur famille ou en résidence de groupe.

Il est bien établi que le risque de problèmes de déficience développementale et de troubles mentaux est d'autant plus élevé que la déficience développementale est plus importante (Heaton-Ward, 1977; Gostason, 1985; Gillberg, Persson, Grufman & Themner, 1986; Borthwick-Duffy, 1990). On peut également dire que les déficiences médicales et physiques connexes sont d'autant plus fréquentes que le degré de déficience développementale est plus important (Heaton-Ward, 1977; Blackman, 1997).

On observe dans ce groupe une plus grande prévalence de troubles mentaux, de l'enfance à la vie adulte. Durant la petite enfance on observe fréquemment les troubles de déficit de l'attention/hyperactivité, et des comportements d'auto-mutilation, associés à des tics et troubles des conduites alimentaires (Reid, 1980; Quine, 1986). D'autres auteurs comme Einfeld et Sovner ont remarqué une augmentation de la prévalence d'autres troubles comme l'autisme (jusqu'à 40 %), les psychoses et les comportements perturbateurs. Le taux de cas d'épilepsie et de troubles envahissants du développement est significativement plus élevé que dans la population générale (jusqu'à 37 %), avec un ratio 3/1 entre hommes et femmes. Les troubles du sommeil et comportements perturbateurs sont également prévalents dans ce groupe (Sovner & Hurley, 1989). Les cas de troubles anxieux et obsessionnels-compulsifs sont plus fréquents dans ce groupe (Stavrakaki & Mintsioulis, 1995; 1997). Les troubles de l'humeur, troubles affectifs et troubles bipolaires sont également plus prévalents dans ce groupe par comparaison à la population générale (Reid, 1976; Heaton-Ward, 1977; Hucker, Day, George & Roth 1979; Stavrakaki et al., 1997, 1999; King, 1999; King, Fay & Croghan, 2000). Les membres de ce groupe peuvent vivre dans la communauté en résidence de groupe et/ou avec un soutien important.

## **Déficience de développement profonde (retard mental profond) : potentiel et risques pour la santé mentale**

Ce groupe représente 1 à 2 pour cent des personnes affectées d'une déficience de développement. Chez la plupart des personnes ainsi diagnostiquées, on a identifié une condition neurologique responsable de la déficience. On observe une dégradation significative du fonctionnement cognitif et sensorimoteur; les aptitudes de communication et d'autonomie sont limitées ou inexistantes. Beaucoup ont besoin d'un environnement très structuré avec soutien et supervision constants, ainsi que d'une relation individualisée avec un prestataire de services/soins.

Les troubles mentaux et problèmes de santé mentale sont de loin plus prévalents dans ce groupe. Cependant, du fait des limitations cognitives des membres de ce groupe, les interventions de diagnostic, d'évaluation et de traitement suscitent des défis. Sur la base du critère accepté (DSM-III-R), Sovner et Des Noyers-Hurley (1989) ont suggéré quatre facteurs qui s'opposent à l'application des critères DSM aux personnes affectées d'une déficience de développement :

- ***Distorsion intellectuelle*** – ceci décrit les effets de la capacité réduite pour la pensée abstraite et la communication efficace.
- ***Masquage psychosocial*** – ceci décrit les effets de la déficience développementale sur le contenu des symptômes psychiatriques.
- ***Désintégration cognitive*** – ceci décrit les aptitudes limitées à faire face aux difficultés et la dégradation cognitive qui porte les membres de ce groupe à être désorganisés en présence de stress. Ce processus est similaire à celui qu'on observe dans les cas de pseudo-démence.
- ***Exagération des symptômes préexistants*** – ceci décrit comment les difficultés comportementales préexistantes qui découlent de stratégies mal adaptées pour faire face aux situations ou d'un niveau moins significatif peuvent s'amplifier durant les périodes d'augmentation du stress ou de détresse

psychiatrique, et ne pas être considérées comme des symptômes possibles d'un trouble psychiatrique du fait de leur préexistence.

Il est très difficile d'appliquer les critères DSM-IV lorsqu'un client particulier fonctionne à un niveau de déficience développementale grave à profond. Dans ces cas, les meilleurs critères et outils à utiliser sont la *propre expérience du clinicien, la description des comportements et l'observation clinique*, ceci conduisant à une meilleure compréhension des troubles mentaux spécifiquement observés chez ces personnes. Une équipe de spécialistes des É.-U. travaille actuellement sur la modification des critères pour l'application aux personnes affectées d'une déficience de développement.

Les groupes de symptômes peuvent induire en erreur en ce qui concerne leur applicabilité et le diagnostic des troubles mentaux pour ces groupes. Par exemple, de nombreuses personnes affectées d'une déficience de développement sont examinées dans diverses cliniques médicales et psychiatriques du fait des symptômes prévalents, qui sont en majorité l'agressivité, l'impulsivité, l'agitation et les comportements d'auto-mutilation (King, Carlo DeAntonio, McCracken, Forness & Ackerland, 1994; Stavrakaki & Mintsoulis, 1995; Gitta & Goldberg, 1995). Ces symptômes peuvent correspondre à la manifestation de plusieurs troubles ou problèmes de santé mentale et/ou médicaux comme anxiété, trouble dépressif et/ou maladie psychotique grave. Dans ce cas, le diagnostic préférentiel devrait être basé essentiellement sur l'expérience clinique et les données d'observation. *Il est extrêmement important que le personnel, les membres de la famille, le personnel scolaire et les autres professionnels recueillent et fournissent l'information disponible sur les comportements du sujet et sur la présentation des symptômes. Il est essentiel d'évaluer comment les types de comportements sont apparus ou ont évolué à partir de types de comportements établis et acceptés des personnes concernées.*

***Troubles de la communication*** : Ces troubles sont très communs, et ils coexistent fréquemment avec les déficiences de développement. Fréquemment, les personnes manifestant certaines combinaisons de troubles présentent également d'autres problèmes de santé mentale, puisque toute déficience au niveau du langage suscite des tensions et frustrations chez les sujets concernés. On observe communément des symptômes correspondant à des troubles anxieux, de dépression et de l'adaptation chez les membres de ce groupe (Stavrakaki et al., 1995). Le traitement et/ou l'assistance pour l'amélioration des aptitudes de langage ou l'adoption d'autres moyens de communication jouent un rôle important dans la réduction des problèmes de santé mentale des membres de ce groupe (prévention primaire).

***Troubles envahissants du développement*** : Ces troubles sont caractérisés par des déficiences sévères et profondes dans plusieurs domaines du développement :

- Aptitudes aux interactions sociales réciproques
- Aptitudes de communication
- Présence d'activités, intérêts et comportements stéréotypés

Ces troubles sont reliés aux déficiences développementales. On a observé ou diagnostiqué des sous-catégories de ces troubles, particulièrement dans le cas de l'autisme, chez près de 40 % des personnes affectées d'une déficience de développement. La coexistence de ces deux troubles indique habituellement de graves dommages neurologiques. L'ensemble des symptômes cliniques peut être également compliqué par des problèmes de santé mentale comme anxiété et dépression, ce qui suscite chez ces personnes un stress intense qui réduit encore leur niveau de fonctionnement déjà limité. Le traitement des problèmes de santé mentale coexistants aide les sujets et leur famille à mieux s'adapter à l'égard de la déficience primaire, ce qui réduit l'ampleur du soutien dont ils ont besoin.

***Déficit de l'attention et troubles perturbateurs :*** La caractéristique essentielle du déficit de l'attention/hyperactivité est la manifestation persistante d'inattention et/ou hyperactivité/impulsivité, d'une manière plus fréquente et plus sévère que ce qu'on observe typiquement chez les personnes ayant un niveau de développement comparable.

Ce trouble se manifeste chez les personnes affectées d'une déficience de développement et amplifie les difficultés qu'elles rencontrent dans leur vie. La coexistence de ce trouble avec un trouble de développement indique un important déficit neurologique. Ceci augmente également la probabilité de manifestation d'autres troubles de santé mentale, comme comportements perturbateurs, anxiété et dépression, ainsi que des troubles d'ordre sexuel et troubles liés à l'utilisation abusive de substance. Il est cependant difficile d'identifier ces troubles chez les personnes affectées d'une déficience de développement, pour deux raisons. Tout d'abord beaucoup des symptômes cardinaux de ces troubles sont inhérents aux déficiences développementales (brève durée d'attention, activité motrice excessive ou impulsivité). Deuxièmement, la présence de qualités comme capacité d'action délibérée et indépendance est parfois incompatible avec la déficience développementale.

Ainsi, le trouble oppositionnel avec provocation n'est jamais ou est très rarement diagnostiqué chez les membres de ce groupe. Le trouble de déficit de l'attention/comportement perturbateur ne peut être diagnostiqué en présence des principaux symptômes (c'est-à-dire déficit de l'attention, hyperactivité ou impulsivité) que si la personne affectée d'une déficience de développement les manifeste à un niveau plus élevé que d'autres membres du groupe déficients à un degré similaire.

***Troubles de l'alimentation :*** Le principal trouble de cette catégorie est le pica, qui correspond à l'utilisation persistante de substances non nutritives durant une période d'au moins un mois. On constate très fréquemment le pica chez les personnes affectées d'une

déficience de développement. C'est un comportement qu'il est très difficile de modifier; divers modes d'intervention et modalités de traitement ont été utilisés, avec un succès limité.

**Troubles des conduites alimentaires** : On diagnostique rarement dans cette population des troubles comme l'anorexie (refus par le sujet du maintien d'un poids corporel normal), la boulimie, les épisodes d'alimentation excessive (frénésie alimentaire) et les méthodes inappropriées de prévention du gain de poids. Ceci est essentiellement dû au fait que le diagnostic est principalement basé sur les intentions et perceptions subjectives du sujet, qualités généralement absentes, particulièrement sur les sujets à fonctionnement médiocre.

D'autre part, l'hyperphagie, compulsive et structurée, est un problème majeur pour cette population. Ceci est dû en partie à l'utilisation des aliments comme source de confort et de plaisir, et en partie à l'utilisation des aliments comme instruments de renforcement pour les interventions de modification des comportements indésirables. L'hyperphagie n'est habituellement pas diagnostiquée parmi les principaux troubles de l'alimentation. Cependant, on observe des phénomènes de gain de poids excessif plus fréquemment dans ce groupe que dans la population générale, et ceci conduit à des problèmes de réduction de la mobilité et de la santé physique, et à une faible estime de soi.

**Tics** : Un tic est un phénomène (mouvement moteur ou vocalisation) stéréotypé, non rythmique/récurrent, rapide et soudain. Un tic peut être associé à une déficience développementale. Il est difficile de diagnostiquer adéquatement ces troubles, car les tics et mouvements semblent être inhérents à certaines situations de déficience. Cependant, les mouvements répétitifs et stéréotypés qu'on observe dans les cas d'autisme et d'autres déficiences développementales ne constituent pas un tic.

**Troubles d'incontinence** : L'*énurésie* (miction répétée d'urine, le jour ou la nuit, au lit ou dans les vêtements) et l'*encoprésie*

(évacuation répétée de matières fécales en des lieux non appropriés) sont fréquemment associées aux sujets affectés d'une déficience développementale. La coexistence de ces troubles est d'autant plus fréquente que le degré de déficience est le plus élevé. On peut dire également que ces situations peuvent également être le résultat d'un manque d'opportunité pour un apprentissage approprié du contrôle des sphincters. Et dans ces cas, des opportunités d'apprentissage portant sur le contrôle et le comportement peuvent avoir un effet bénéfique chez les personnes affectées d'une déficience de développement.

Il est très difficile d'éviter et/ou traiter ces troubles puisqu'ils sont souvent déterminés par la carence de développement et le fonctionnement neurologique. Il peut également s'agir de manifestation et/ou expression d'émotions comme la colère, la peur ou l'agitation. Des complications physiques, comme l'infection urinaire, sont fréquemment présentes. De ce fait, un problème psychologique et social peut également se développer.

## **B. Troubles associés à tout groupe d'âge**

### ***Troubles de l'humeur***

- Trouble dépressif majeur
- Trouble bipolaire

### ***Troubles anxieux***

- Trouble panique sans agoraphobie
- Trouble panique avec agoraphobie
- Phobie spécifique
- Phobie sociale
- Trouble obsessionnel-compulsif
- État de stress post-traumatique
- État de stress aigu
- Anxiété généralisée

***Troubles des conduites alimentaires***

- Anorexie mentale (anorexia nervosa)
- Boulimie (bulimia nervosa)

***Troubles du sommeil***

- Dyssomnies
- Parasomnies

***Troubles de l'adaptation***

- Avec humeur dépressive
- Avec anxiété
- Avec à la fois anxiété et humeur dépressive

***Troubles de la personnalité***

- Personnalité paranoïaque
- Personnalité schizoïde
- Personnalité antisociale
- Personnalité borderline
- Personnalité histrionique
- Personnalité narcissique
- Personnalité évitante
- Personnalité dépendante
- Personnalité obsessionnelle-compulsive

***Schizophrénie***

- Schizophrénie
- Trouble schizophréniforme
- Trouble délirant
- Trouble psychotique bref
- Trouble psychotique dû à une affection médicale

### **Caractéristiques spécifiques des troubles mentionnés ci-dessus, dans leur application au groupe des personnes affectées d'une déficience de développement**

Les troubles mentaux susmentionnés associés à tout groupe d'âge se manifestent également chez les personnes affectées d'une déficience de développement. Le taux d'apparition de ces troubles est d'autant plus élevé que le degré d'aptitude cognitive est plus élevé.

Examinons les caractéristiques spécifiques auxquelles ces troubles sont associés lorsqu'ils coexistent avec une déficience développementale.

***Troubles de l'humeur*** : La caractéristique prédominante de ces troubles est la perturbation de l'humeur. Comme on l'a déjà mentionné, ces troubles sont très fréquents chez les adultes affectés d'une déficience développementale, de légère à moyenne. Le critère auquel il est fait référence dans le manuel DSM-IV peut être clairement appliqué à la population des personnes affectées d'une déficience de développement. Dans les cas où les aptitudes cognitives sont assez limitées (degrés grave et profond), et où l'aptitude verbale ou la communication supplétive est limitée ou inexistante, les principaux symptômes de ces troubles (manque de plaisir, émotions excessives, crises de larmes, irritabilité, changements affectant les habitudes de sommeil, l'appétit et les comportements sexuels) ne peuvent être reconnus que comme des **déviations par rapport aux comportements manifestés antérieurement**. Le diagnostic est essentiellement basé sur l'information clinique et la collecte de données précises sur les habitudes de sommeil, les habitudes alimentaires et les activités quotidiennes. Un grand intérêt a été manifesté récemment à l'égard des troubles de dépression et du trouble bipolaire chez les personnes affectées d'une déficience de développement.

***Troubles anxieux*** : Un intérêt similaire a été manifesté à l'égard de ces troubles. Les critères du manuel DSM-IV sont applicables

sans modification chez les personnes affectées d'une déficience de développement mais dont le niveau de fonctionnement est relativement élevé. Dans les plus basses catégories, il est particulièrement important de recourir aux observations du comportement pour pouvoir diagnostiquer ces troubles. Les clients qui ne peuvent verbaliser ou communiquer adéquatement manifestent certains comportements reliés à ces troubles (comportement d'évitement face à certains stimuli, excitation autonome avec hypervigilance, panique, tremblement/agitation avec activité motrice excessive, et agitation et/ou agressivité). Ces changements sont fréquemment associés à d'autres signes physiques (p. ex., pâleur, augmentation du rythme cardiaque, transpiration et assèchement de la bouche). On peut également observer des phénomènes d'incontinence et/ou constipation.

***Troubles des conduites alimentaires*** : Chez la population adulte comme chez les enfants et les adolescents, l'anorexie et la boulimie sont fortement basées sur la perception subjective que la personne a d'elle-même, et de ce fait ces troubles sont rarement diagnostiqués chez les personnes affectées d'une déficience de développement. Les problèmes d'alimentation excessive sont aussi applicables à ce groupe. Cependant, on rencontre également des syndromes distincts comme le syndrome Prader-Willi, dont l'alimentation excessive est le symptôme cardinal. Dans ces cas, l'alimentation est le vecteur d'un trouble obsessionnel-compulsif et son traitement nécessite la prise en compte de la nature obsessionnelle-compulsive des troubles des conduites alimentaires.

***Troubles du sommeil*** : Les troubles du sommeil sont très fréquents au sein de ce groupe, comme résultat direct d'un déficit neurologique sous-jacent ou comme symptôme d'un autre trouble mental coexistant. Ces troubles sont usuellement associés à l'anxiété et à la dépression, et aux troubles bipolaires. Ces troubles peuvent se manifester sans interruption pendant une longue période, ou peuvent être intermittents comme dans le cas des troubles bipolaires, ce qui reflète la pathologie sous-jacente. Très souvent, le traitement du trouble sous-jacent résout le trouble du

sommeil. Dans quelques situations le trouble du sommeil peut être prolongé, et il peut être difficile de le traiter. Dans ces cas, les troubles du sommeil eux-mêmes peuvent être la cause de comportements perturbateurs, irritabilité, agitation et/ou agressivité. Le rétablissement de saines habitudes de sommeil peut suffire à produire une modification des comportements perturbateurs. Ici encore, la collecte d'informations précises et appropriées est un facteur très important du diagnostic et du traitement de ces troubles.

***Troubles de l'adaptation*** : Les symptômes de ces troubles sont très similaires à ceux de l'anxiété et de la dépression. Ils sont déclenchés par un déclencheur physique ou psychologique spécifique, et leur durée est limitée. On les observe fréquemment chez les personnes affectées d'une déficience de développement légère à moyenne qui doivent affronter des changements d'environnement durant leur vie. Il demeure difficile de diagnostiquer ces troubles chez les personnes affectées d'une déficience de développement grave ou profonde; dans ces cas, le diagnostic est basé sur l'observation des changements de comportement et la déviation des comportements par rapport aux normes habituellement acceptées.

***Troubles de la personnalité*** : Il s'agit de types persistants de comportements et d'expériences internes qui s'écartent beaucoup des attentes associées à la culture de la personne concernée. Les symptômes caractéristiques de ces troubles dans la population adulte générale sont également applicables au groupe des personnes affectées d'une déficience de développement. Ici encore, le niveau des aptitudes cognitives détermine le degré de ressemblance entre ces symptômes et ceux qu'on rencontre dans la population générale – selon la définition du manuel DSM-IV. Les cliniciens ont de la difficulté à diagnostiquer ces troubles chez les sujets à niveau de fonctionnement médiocre (déficience grave ou profonde).

***Schizophrénie*** : Il s'agit d'une perturbation qui dure au moins six

mois, dont au moins un mois de phase active avec des symptômes comme des idées délirantes, des hallucinations, l'élocution désorganisée, un comportement catatonique ou très désorganisé, et des symptômes de déficience. On peut appliquer ces critères pour le diagnostic de la schizophrénie chez les personnes affectées d'une déficience de développement avec niveau de fonctionnement relativement élevé. Pour le groupe à niveau de fonctionnement plus bas, du fait de la limitation ou de l'absence totale des capacités de communication, le diagnostic de la schizophrénie demeure un défi, car ces personnes ne peuvent communiquer leurs expériences symptomatiques, comme les hallucinations et/ou les idées délirantes. Dans certains cas cependant, les sujets affectés d'une déficience de développement peuvent manifester des symptômes de réaction aux hallucinations ou adopter une posture catatonique, ce qui permet le diagnostic de la schizophrénie.

### **C. Troubles communément (mais pas exclusivement) associés à la population âgée**

- Delirium
- Démence
- Trouble amnésique
- Autres troubles cognitifs

**Delirium:** La caractéristique essentielle du delirium est une perturbation de la conscience, accompagnée d'un changement cognitif, qu'on ne peut imputer à une démence préexistante ou en évolution. Chez les personnes affectées d'une déficience de développement, comme dans la population générale, le delirium peut être le résultat d'une des situations suivantes :

- État médical général
- Intoxication par une substance chimique ou sevrage

Le delirium peut également produire des symptômes similaires à ceux de la schizophrénie et/ou d'autres troubles de psychose. Un examen détaillé de l'état physique et mental joue un rôle très

important dans la compréhension et le diagnostic du delirium. Le traitement du delirium nécessite une intervention au niveau de la crise médicale et de la cause sous-jacente.

On observe plus fréquemment des cas de delirium chez les personnes affectées d'une déficience de développement, qui sont plus vulnérables aux infections médicales conduisant au delirium. Ces personnes sont également très sensibles aux effets des médicaments et/ou autres substances utilisées pour le traitement des affections physiques et des problèmes de santé mentale.

**Démences** : Une démence est caractérisée par le développement de multiples déficiences cognitives (y compris la perte de mémoire). La démence peut être due aux effets physiologiques directs d'une affection médicale, à l'effet persistant d'une substance chimique, ou à de multiples étiologies suggérant une maladie cérébro-vasculaire et/ou la maladie d'Alzheimer.

Les principaux symptômes de la démence sont les suivants :

- Dégradation de la mémoire
- Apraxie (dégradation de l'aptitude à exécuter une activité motrice, malgré le fait que la capacité de motricité est intacte)
- Aphasie (détérioration de la capacité d'élocution)
- Agnosie (incapacité d'identification ou de reconnaissance d'objets, alors que les fonctions sensorielles sont intactes)
- Perturbation des fonctions de contrôle supérieures (capacité de pensée abstraite, planification, initiation, séquençement et interruption de comportements complexes)

Beaucoup de personnes affectées d'une déficience de développement souffrent également d'une pathologie sous-jacente qui les prédispose à la démence. On constate l'apparition de démence dans les cas de trisomie (syndrome de Down) et autres anomalies chromosomiques à un plus jeune âge que dans la population générale. Du fait des limitations cognitives préexistantes chez les personnes affectées d'une déficience de développement, il est très

difficile de diagnostiquer une démence chez ces sujets. *Le diagnostic ne peut être basé que sur une détérioration évidente du niveau cognitif préexistant et sur des comportements qui indiquent une dégradation importante des capacités.*

**Table 7 : Caractéristiques des troubles mentaux chez les personnes affectées d'une déficience de développement**

A. Troubles associés à jeune âge, enfance et adolescence

Trouble mental	Déficience développementale
Troubles de la communication	<i>Fréquence</i> : Élevée <i>Troubles connexes</i> : Troubles anxieux, de dépression, de l'adaptation
Troubles envahissants du développement	<i>Fréquence</i> : 40 % <i>Troubles connexes</i> : Troubles anxieux et de dépression, déficit neurologique important
Déficit de l'attention et comportement perturbateur	<i>Fréquence</i> : Élevée <i>Troubles connexes</i> : Comportements perturbateurs, anxiété/dépression, trouble de la sexualité et utilisation d'une substance chimique <i>Symptômes</i> : Il faut qu'ils soient plus intenses que chez les autres personnes avec déficience de développement dans des circonstances similaires
Troubles de l'alimentation Pica	<i>Fréquence</i> : Élevée <i>Troubles connexes</i> : Déficit neurologique
Troubles des conduites alimentaires Anorexie/boulimie Hyperphagie compulsive/ structurée	<i>Fréquence</i> : Très rare; le diagnostic repose fortement sur l'appréciation de l'intention de la personne <i>Fréquence</i> : Très commune; habituellement pas diagnostiquée parmi les principaux troubles des conduites alimentaires

(Suite page suivante)

<b>Trouble mental</b>	<b>Déficience développementale</b>
<b>Tics</b>	<i>Fréquence</i> : Commune, mais diagnostic difficile <i>Troubles connexes</i> : Autisme et mouvements stéréotypés répétitifs ne sont pas inclus dans cette catégorie.
<b>Troubles du contrôle sphinctérien</b> Énurésie Encoprésie	<i>Fréquence</i> : Très commune, particulièrement pour personne à niveau d'aptitude réduit

### B. Troubles associés à tout groupe d'âge

<b>Troubles de l'humeur</b>	<i>Fréquence</i> : Élevée <i>Symptômes</i> : Absence de plaisir, émotions excessives, crises de larmes, irritabilité, changement des habitudes de sommeil, de l'appétit et des comportements sexuels. <i>Reconnaissance</i> : Seulement si on observe un écart par rapport au comportement manifesté antérieurement
<b>Troubles anxieux</b>	<i>Fréquence</i> : Élevée <i>Symptômes</i> : Évitement face à certains stimuli, excitation du système nerveux autonome, panique, tremblement/activité motrice excessive, agitation, agressivité, pâleur, augmentation du rythme cardiaque, transpiration, assèchement de la bouche, incontinence et/ou constipation. <i>Reconnaissance</i> : Seulement si on observe un écart par rapport au comportement manifesté antérieurement
<b>Troubles des conduites alimentaires</b>	Comme pour les troubles survenant durant l'enfance
<b>Troubles du sommeil</b>	<i>Fréquence</i> : Élevée <i>Troubles connexes</i> : Déficit neurologique, trouble mental coexistant, possibilité de déclenchement de problèmes de santé mentale

(Suite page suivante)

<b>Troubles de l'adaptation</b>	<p><i>Fréquence</i> : Modérée  <i>Symptômes</i> : Similaires à ceux de l'anxiété/dépression  <i>Troubles connexes</i> : Apparition après un déclencheur spécifique; durée limitée</p>
<b>Troubles de la personnalité</b>	<p><i>Fréquence</i> : Modérée  <i>Symptômes</i> : Comme pour la population générale  <i>Reconnaissance</i> : Difficile chez les personnes à niveau de fonctionnement réduit</p>
<b>Schizophrénie</b>	<p><i>Fréquence</i> : Modérée  <i>Symptômes</i> : Idées délirantes, hallucinations, élocution désorganisée, comportement catatonique ou très désorganisé, et symptômes négatifs  <i>Reconnaissance</i> : Facile si les symptômes ci-dessus sont manifestés. Pour les sujets à niveau de fonctionnement réduit, observation clinique de comportements ressemblant à un phénomène anormal (comme entendre des voix ou suspicion/paranoïa). Dans certains cas également, désintégration totale de la personnalité</p>

### C. Troubles associés au vieillissement

<b>Delirium</b>	<p><i>Fréquence</i> : Modérée  <i>Symptômes</i> : Perturbation de l'état de conscience, changement cognitif  <i>Troubles connexes</i> : Affections médicales, abus de substance, trouble mental</p>
<b>Démence</b>	<p><i>Fréquence</i> : Élevée  <i>Symptômes</i> : Perte de mémoire, apraxie, agnosie, aphasie, perturbation des fonctions de contrôle supérieures  <i>Troubles connexes</i> : Affections génétiques comme syndrome de Down et autres trisomies, affections médicales</p>

## **Sommaire**

Nous avons décrit dans ce chapitre les critères présentés dans le manuel DSM-IV-TR (texte révisé) et leur application aux personnes affectées d'une déficience de développement. Il est préférable d'appliquer ces critères avec peu de modifications lorsque la personne concernée fonctionne avec un niveau de déficience légère, ou dans certains cas, modérée. Il est très difficile d'appliquer les critères du manuel DSM-IV-TR lorsque le sujet est affecté d'une déficience grave ou profonde. Les meilleurs critères et outils à utiliser dans ces cas sont la propre expérience du clinicien et sa familiarité avec les groupes concernés, et les descriptions de comportement et observations cliniques des prestataires de services/soins qui aident à diagnostiquer les troubles mentaux pour ces groupes.

Nous convenons tous qu'un diagnostic approprié est vitalemment important pour la compréhension des troubles mentaux, et qu'il en est de même de l'emploi des méthodes d'intervention thérapeutique appropriées, ceci incluant les médications spécifiques, les techniques comportementales, les psychothérapies, les thérapies par modification du milieu (environnement) et les interventions sociales. Par conséquent, le manuel DSM est un outil de diagnostic important mais non exclusif, que les cliniciens peuvent utiliser pour tenter d'appliquer les critères qui permettent de diagnostiquer adéquatement les troubles mentaux chez les personnes affectées d'une déficience de développement. L'observation clinique et les autres outils de diagnostic jouent un rôle très important pour l'établissement du bon diagnostic des maladies mentales chez les personnes affectées d'une déficience de développement.

**Connaissez-vous / Savez-vous?**

1. Ce qu'est le manuel DSM-IV, et ses applications?
2. Quelques diagnostics communs de troubles mentaux pour le groupe des personnes affectées d'une déficience de développement?
3. Ce qu'est le système multiaxial?
4. Ce qui détermine principalement l'application des critères DMS-IV sans aucune modification?
5. Quelles sont les entraves à l'utilisation des critères du manuel DSM-IV à l'égard des personnes affectées d'une déficience de développement?

**Ressources**

- King, B.H., Carlo DeAntonio, B.A., McCracken, J.T., Fomess, S.R., & Ackerland, V. (1994). Psychiatric consultation and profound mental retardation. *American Journal of Psychiatry*, 151,1802-1808.
- Sovner R., & Hurley, A.D. (1989) Ten diagnostic principles for recognizing psychiatric disorders in mentally regarded persons. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews*, 8, 9-14.
- Stavrakaki, C. (1999) Depression, anxiety and adjustment disorders in people with developmental disabilities. In N. Bouras (Ed.), *Psychiatric and behavioral disorders in developmental disability and mental retardation* (pp. 175-187.) Boston: Cambridge University Press;

**Références**

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Third edition revised*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and*

- statistical manual of mental disorders, Fourth edition.* Washington, DC: Author
- Blackman, J. A. (1997). *Medical aspects of developmental disabilities in children: Birth to three. Third edition.* New York: Aspen Publishers.
- Borthwick-Duffy, S.A., & Eyman, R.K. (1990). Who are the dually diagnosed? *American Journal on Mental Retardation, 94*, 586-595.
- Einfeld, S.L. (1984). Clinical assessment of 4,500 developmentally delayed individuals. *Journal of Mental Deficiency Research, 28*, 129-142.
- Gillberg, C., Persson, E., Grufman, M., & Themner, U. (1986). Psychiatric disorders in mildly and severely mentally retarded urban children and adolescents: Epidemiological aspects. *British Journal of Psychiatry, 149*, 68-74.
- Gitta, M.Z. & Goldberg, B. (1995). Dual diagnosis: Psychiatric and physical disorders in a clinical sample, part II. *Clinical Bulletin of Developmental Disabilities Program, 6*, 1-2.
- Gostason, R. (1985). Psychiatric illness among the mentally retarded: A Swedish population study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 71* (Supplement 318), 1-117.
- Heaton-Ward, A. (1977). Psychosis in mental handicap. *British Journal of Psychiatry, 1330*, 525-533.
- Hucker, S.J., Day, K.A., George, S., & Roth, M. (1979). Psychosis in mentally handicapped adults. In F.E. James & R.P. Snaith (Eds.), *Psychiatric illness and mental handicap* (pp. 27-35). London: Gaskell Press.
- King, R. (1999). Clinical implication of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with development disabilities. *The National Association of Developmental Disabilities Bulletin, 2*, 63-67.
- King, B.H., Carlo DeAntonio, B.A., McCracken, J.T., Forness, S.R., & Ackerland, V. (1994). Psychiatric consultation and profound mental retardation. *American Journal of Psychiatry, 151*, 1802-1808.
- King R., Fay, G., & Croghan, P. (2000). Rapid cycling bipolar

- disorder in individuals with developmental disabilities. *Mental Retardation*, 38(3), 253-261.
- 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, 1-9.
- Menolascino, F.J. (1972). Primitive, atypical, and abnormal-psychotic behavior in institutionalized mentally retarded children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 3, 49-64.
- Quine, L. (1986). Behaviour problems in severely mentally handicapped children. *Psychological Medicine*, 16, 895-907.
- Reid, A.H. (1976). Psychiatric disturbances in the mentally handicapped. *Proceedings of Royal Society of London*, 69, 509-512.
- Reid, A.H. (1980). Psychiatric disorders in mentally handicapped children: a clinical and follow-up study. *Journal of Mental Deficiency Research*, 24, 287-298.
- Sovner R. & Hurley, A.D. (1989). Ten diagnostic principles for recognizing psychiatric disorders in mentally regarded persons. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews*, 8, 9-14.
- Stavrakaki, C. (1999). Depression, anxiety and adjustment disorders in people with developmental disabilities. In N. Bouras (Ed), *Psychiatric and behavioral disorders in developmental disabilities and mental retardation* (pp. 175-187). Boston: Cambridge University Press.
- Stavrakaki, C. & Mintsoulis, G. (1995). Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorders in Down's syndrome individuals: Comparison with obsessive-compulsive disorders of non-Downs mentally retarded persons. In *Proceedings of the International Congress II on the Dually Diagnosed*. pp. 52-56.
- Stavrakaki, C. & Mintsoulis, G. (1997). Anxiety disorders in persons with mental retardation: Diagnostic, clinical, and treatment issues. *Psychiatric Annals*, 27, 182-189.
- World Health Organization. (1974). *International statistical*

*classification of diseases and related health problems (ICD-9)*. Geneva: Author.

World Health Organization. (1994). *International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-10)* (1994). Geneva: Author.