

L'Aberrant Behavior Checklist (ABC) : Un puissant outil sociotransculturel pour la détection des difficultés et le soutien des populations avec déshabilité intellectuelle

Giuliana Galli Carminati¹, Federico Carminati², Annie Lufungula³

1. Introduction

L'Organisation mondiale de la santé définit le retard mental comme suit : Un état de développement arrêté ou incomplet de l'esprit, qui se caractérise notamment par une altération des compétences manifestées au cours de la période de développement, qui contribuent au niveau global de l'intelligence, c'est-à-dire aux capacités cognitives, langagières, motrices et sociales. Le retard peut survenir avec ou sans toute autre condition mentale ou physique. (OMS, 1994).

Cette définition est communément acceptée et souligne le principal problème rencontré par les personnes présentant un retard mental, ou plus communément appelé « déficience intellectuelle » (DI). Les traits caractéristiques de la DI discutés ci-dessus sont exempts de culture. Cependant, les implications pour la personne ayant une pièce d'identité doivent être examinées en fonction du pays et des coutumes locales. De plus, la population de personnes ayant une DI n'est pas homogène. En plus des caractéristiques générales, chaque individu est confronté à des problèmes uniques en fonction du degré d'incapacité, de sa capacité à faire face aux problèmes et de son environnement social. Ils rencontrent généralement des difficultés de communication ainsi que des problèmes de socialisation, de coordination motrice et d'exécution des activités quotidiennes telles que la toilette, le bain, la lecture et l'écriture. Les personnes handicapées représentent la plus grande minorité dans le monde. Les personnes atteintes de retard mental appartiennent à cette catégorie et représentent environ 0,6 % de l'ensemble de la population mondiale. L'acceptation d'un enfant avec une DI peut être très différente selon les conditions culturelles, sociales, religieuses et économiques du pays. La naissance d'un enfant, qu'il soit handicapé ou non, est connue pour créer de la pression car elle exige des ajustements et crée des responsabilités supplémentaires pour les différents membres de la famille.

Nous reprenons ici en partie nos écrits au cours de la collaboration avec l'Institut Lebenshilfe (Lebenshilfe, 2025), car nous avons travaillé longtemps dans une collaboration avec cette

1 MD, PhDs, psychiatre psychothérapeute FMH, Professeur adjoint à l'Université de Séoul (Hôpital de Bundang), membre de l'Institut de Psychanalyse Charles Baudouin, fondatrice et didacticienne de la Société Internationale de Psychanalyse Multidisciplinaire (SIPsyM), ancienne Privat-Dozent et chargée de cours à l'Université de Genève.

2 Physicien, PhD, membre didacticien de la Société Internationale de Psychanalyse Multidisciplinaire.

3 MD, psychiatre psychothérapeute FMH.

L'Aberrant Behavior Checklist (ABC) :

Un puissant outil sociotransculturel pour la détection des difficultés et le soutien des populations avec déshabilité intellectuelle

Institution et avec la Andhra University à Vishakhapatnam, Andhra Pradesh, Inde (2002- 2018). En Inde, par exemple, près de 2 % de la population générale est touchée par un retard mental : il y a actuellement environ 16.800.000 de personnes présentant un retard mental (Srinivasan, 2000). Par conséquent, il a été très utile d'accorder une attention soutenue au microcosme représenté par cette minorité. L'Inde étant le pays le plus peuplé de la planète, il avait été d'un grand intérêt travailler en collaboration avec une Institution qui accueille plus de 450 personnes en situation de handicap

La situation du retard mental et difficulté scolaire sans être la même a beaucoup de points en commun sur le plan planétaire, et dans le cas d'un enfant ayant une DI, la pression sur les parents est encore plus grande que dans le contexte d'un enfant dit normal, en raison des exigences particulières en matière de garde d'enfants, des charges financières plus importantes et surtout de la crainte que l'enfant ne soit pas normal (Heru & Ryan, 2004). La plupart des parents et des autres membres de la famille commencent naturellement à s'inquiéter de l'avenir de l'enfant DI et se sentent tristes ou déprimés à différentes étapes de la vie de l'enfant. De plus, la vie sociale de la famille est affectée, ils peuvent s'isoler par peur de la stigmatisation et de l'ostracisme social et participer moins aux activités récréatives ou de loisirs.

La gravité de l'isolement social est soulignée par différents auteurs (Gilmore & Cuskelly, 2014; Lippke & Pappa, 2025; Schiltz et al., 2024) par conséquent, il y a un certain malaise dans les liens communautaires qui, à leur tour, affectent le bien-être d'un patient. Certaines familles sont même confrontées au rejet ou à la négligence de la part de membres de la famille, d'amis ou de membres de la famille, ce qui rend les relations interpersonnelles tendues, entraînant une perte de soutien. La mère peut abandonner son emploi, ce qui entraîne des difficultés financières plus importantes, les pères peuvent chercher un emploi ou être mutés dans des endroits où des services sont disponibles pour ces enfants. Cependant, les effets varient d'une famille à l'autre en fonction de la qualité et de la quantité du soutien émotionnel et financier disponible, du degré de handicap de l'enfant et de son âge, et de la présence ou non de problèmes supplémentaires tels qu'un handicap physique ou des problèmes de comportement. Le rôle de soignant des familles qui assument la responsabilité majeure n'est pas facile et parfois s'étend au-delà des limites de la tolérance humaine et peut même conduire à l'abandon de la personne ayant une DI.

Il existe plusieurs signes et symptômes spécifiques qui peuvent aider à l'identification précoce du retard de développement. La personne n'apprend pas de nouvelles activités aussi facilement que les autres, rencontre de la difficulté à s'asseoir, à utiliser ses mains ou à se déplacer d'un endroit à l'autre. Il peut être lent à réagir à ce que les autres disent et à ce qui se passe autour de lui, peut ne pas comprendre aussi bien que les autres ce qu'il voit, entend, touche, sent ou goûte. La personne peut ne pas être en mesure d'exprimer ses besoins ou ses sentiments d'une manière que les autres comprennent et peut avoir du mal à penser clairement. Par exemple, la personne peut ne pas être en mesure de comprendre la différence entre ici et là, maintenant ou plus tard, ou plus ou moins. Il se peut que la personne ne se souvienne que brièvement de ce qu'on lui a dit, de ce qui s'est passé dans le passé ou qu'elle ne se souvienne pas du tout de ces choses. Il se peut qu'il ne soit pas capable de prêter attention à une personne ou à une activité longtemps, qu'il ait de la difficulté à contrôler ses sentiments ou à prendre des décisions, comme ce qu'il faut faire, dire, porter, etc.

La perception actuelle des situations de retard mental et de difficultés scolaire se caractérise par une appréciation encore plus grande du rôle positif et proactif que les familles peuvent jouer et jouent effectivement en tant que soignants et soutiens des membres de la famille handicapés.

L'Aberrant Behavior Checklist (ABC) :

Un puissant outil sociotransculturel pour la détection des difficultés et le soutien des populations avec déshabilité intellectuelle

Par conséquent, afin de s'acquitter des responsabilités de soins, la famille doit travailler en tandem avec les soignants professionnels, en tenant compte du fait que les familles sont des spécialistes de leur enfant et que les professionnels sont des spécialistes de la problématique du retard mental et peuvent ainsi fournir des connaissances importantes.

La population avec difficultés scolaire ou retard mentale est connue pour présenter des troubles du comportement en des proportions plus élevées que la population générale.

L'échelle ABC permet de quantifier et de qualifier les troubles du comportement et a été conçue pour répondre aux difficultés d'évaluation de la population porteuse d'un retard mental, tous les niveaux confondus. Cette échelle se présente sous la forme d'une hétéroévaluation composée par 58 items qui saturent en 5 facteurs: irritabilité, agitation (F1), retrait social (F2), comportements stéréotypés (F3), hyperactivité, non-compliance (F4) et langage inapproprié (F5), sur la base des observations d'un proxy, à savoir un membre de la famille du patient, ou de l'équipe soignante, en cotant les 58 items sur une échelle qui va de 0 (« ce n'est pas un problème ») à 3 (« c'est un problème très important »). Il est important de préciser que l'observation considère la semaine précédant la passation de l'ABC et que la notion de *proxy* se réfère à toute personne qui est en interaction quotidienne avec le patient et qui connaît bien son fonctionnement. Un score total pour cet instrument n'a pas été dérivé psychométriquement et n'est pas valide car les valeurs du Retrait sont inversées par rapport aux autres.

Le but principal d'une passation avec ABC est d'aider l'entourage de la personne avec retard mental, (famille ou équipe éducative) à se positionner objectivement par rapport à la présence et à la gravité des troubles du comportement.

L'utilisation de l'ABC (Aberrant Behavior Checklist) ne nécessite aucune intervention supplémentaire ni aucun changement sur le terrain pour les participants de l'étude (Aman, Singh, et al., 1987). Les évaluations sont faites sans la présence du participant, sur la base des observations faites par les éducateurs ou un membre de la famille.

Ce questionnaire peut être utilisé pour les adultes avec déshabilité intellectuelle mais aussi pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes (Aman et al., 1995; Darbellay-Robbiani et al., 2014; Einfeld & Tonge, 1995; Schmidt et al., 2013; Sigafos, 2000) il est de grande robustesse et fiabilité et de passation très aisée aussi pour du personnel non qualifié.

On peut donc l'utiliser pour évaluer des troubles du comportement, mais aussi pour voir si un traitement pharmacologique donne des résultats et par ailleurs l'ABC est né pour cela, ainsi que pour suivre l'évolution d'un individu ou d'un groupe d'individus longitudinalement.

Dans des investigations de screening il peut mettre en évidence la présence de comportement défi, ou de comportement agressif ou de replis dans des populations institutionnelles (résidences), dans ce cas on utilisera le ABC-C, mais aussi dans le cadre d'Ateliers occupationnels ou protégés ou dans les Institutions scolaires (Aman et al., 1995).

L'Aberrant Behavior Checklist (ABC) est un instrument d'évaluation qui peut être administré par des proxys qui a été dérivé empiriquement par analyse en composantes principales (Aman et al., 1985b, 1985a). L'ABC a été conçu pour être complété par tout adulte qui connaît bien l'individu. Cela pourrait être un parent, un enseignant, un superviseur d'atelier, un travailleur social, et possiblement des informateurs d'autres rôles également. En effet la passation peut aussi être faite par une personne formée qui lit le questionnaire dans une langue disponible et connue et le traduit directement dans la langue du proxy, en notant les réponses du proxy. Selon les capacités de lecture, le temps de complétion varie, mais la plupart des évaluateurs peuvent

L'Aberrant Behavior Checklist (ABC) :

Un puissant outil sociotransculturel pour la détection des difficultés et le soutien des populations avec déshabilité intellectuelle

compléter l'ABC en 10 à 20 minutes, d'après notre expérience directe. À noter qu'il y a deux versions, la résidentielle et la communautaire (ABC-C) (Brown et al., 2002).

L'ABC est donc un outil très maniable et peu sensible aux différences sociales : il peut être utilisé dans des pays, cultures, ethnies différentes (Aman, Richmond, et al., 1987; Aman & Singh, 2025; Filiatrault et al., 2007; Lehotkay et al., 2015; Mak et al., 2007; Rojahn et al., 2003) sans subir les difficultés d'importantes barrières linguistiques. Si la personne qui fait la passation peut lire les questions dans une langue qui lui est familière, il peut les lire au proxy dans la langue du lieu. Le grand avantage est celui de pouvoir utiliser l'ABC dans la langue habituelle partagée par l'évaluateur, le proxy et le patient, ce qui rend les observations plus objectives d'un point de vue scientifique et ne laisse pas la place à des malentendus ou à des libres interprétations de la part des évaluateurs ou des proxys, même si le questionnaire est écrit dans une langue moins commune et plus académique. Cela n'exclut pas l'intérêt de traduire et valider le questionnaire dans un langage plus commun et plus partagé par la population.

L'ABC est, actuellement, a été traduit en plus de 36 langues selon ses distributeurs (Farmer & Aman, 2021). L'ABC peut être aussi utilisé dans la population d'âge scolaire (enfants, adolescent, jeunes adultes) pour aider à mettre en évidence de situation nécessitant un soutien scolaire ou familial (Kaat et al., 2014; Marshburn & Aman, 1992; Norris et al., 2019).

La passation du ABC est facile et rapide (CREA, 2010), peut être donc appliquée à des populations larges, même quand difficilement déplaçables dans des centres spécialisés et éparpillées dans des lieux éloignés, par exemple dans des écoles rurales ou vivant en famille.

Le personnel qui fait la passation n'a pas besoin d'un entraînement long et coûteux, une explication de deux heures suffit à former une vingtaine et plus de personnes.

2. L'ABC dans la population d'âge scolaire

Dans des études précédentes des auteurs l'ABC avait été utilisé pour comparer les effets de certaines médications dans la population autiste avec déshabilité intellectuelle grave (Carminati et al., 2006; Galli Carminati et al., 2016; Lehotkay et al., 2015), ou pour comparer les effets de programmes spécifiques dédiés à la population vivant en situation de handicap.

Dans des pays où la population vit majoritairement en situation rurale, il est spécialement important de détecter et soutenir les enfants, adolescent et jeune adultes en difficulté d'apprentissage et avec des troubles du comportement plus ou moins graves.

Il serait donc pratique de définir un niveau de normalité avec une moyenne et une déviation standard des 5 items par tranche d'âge, par exemple 5-10ans, 10-15 ans, 15-20 ans, filles et garçons sur une population scolarisée et définie normale, d'environ 100 personnes par groupe d'âge, donc avec un total de 50 personnes x 3 tranches d'âge x 2 genres soit sur 300 personnes.

À partir de ces fourchettes de valeur, comparer les passations dans d'autres établissements scolaires, petits et grands ainsi qu'aux enfants, adolescent et jeune adultes vivant en famille et non scolarisés ou partiellement scolarisés.

Si l'ABC est utilisé plutôt dans un screening de besoin de soutien, l'utilisation d'une fourchette définie normale peut être d'un aide important, surtout parce qu'elle est tirée d'une population ayant une culture et un tissu social proche à la population à étudier.

L'Aberrant Behavior Checklist (ABC) :

Un puissant outil sociotransculturel pour la détection des difficultés et le soutien des populations avec déshabilité intellectuelle

3. L'ABC en tant qu'outil sociotransculturel

La maniabilité et l'adaptabilité de cet outil qui continue à être profitablement utilisé depuis 1985 sont des caractéristiques telles à le rendre utilisable aussi dans une vision sociale et transculturelle qui concerne des conditions de vie rurale et avec des ressources économiques simples.

Il est important de respecter les modèles d'existences existantes avec leur richesse et diversité sans vouloir les conformer à une philosophie de vie qui a certes des avantages mais aussi des graves inconvénients. Il faut donc pouvoir soutenir les besoins d'une population dans sa propre logique et légitimité en s'aidant avec des outils robustes et, comme nous venons de le souligner, maniables, de recherche. L'ABC peut donner directement et aisément une évaluation des besoins d'où partir avec des orientations pédagogiques adéquates et réalistes.

4. Le questionnaire ABC

On présente ici le questionnaire ABC extrait de (Aman & Singh, 2025).

L'Aberrant Behavior Checklist (ABC) :

Un puissant outil sociotransculturel pour la détection des difficultés et le soutien des populations avec déshabilité intellectuelle

Aberrant Behavior Checklist

Please rate the child's behavior for the last 4 weeks according to the scale below.

0 =	Not at all a problem
1 =	The behavior is a problem, but slight in degree
2 =	The problem is moderately serious
3 =	The problem is severe in degree

Please keep the following points in mind:

- Take relative frequency into account for each behavior specified. For example, if the child averages more temper outbursts than most other children, it's probably moderately serious or severe, even if it occurs only once or twice a week. Other behaviors, such as noncompliance, would probably have to occur more often to merit an extreme rating.
- Consider how the child behaves with others, not just with you. Try to take the whole picture into account.
- Try to consider whether a given behavior interferes with the child's *development, functioning or relationships*. For example body rocking or social withdrawal might not disrupt other people, but it probably hinders individual development or functioning.

Do not spend too much time on each item – your first reaction is usually the correct one.

1. Excessively active at home, school, work, or elsewhere	0	1	2	3
2. Injures self on purpose	0	1	2	3
3. Listless, sluggish, inactive	0	1	2	3
4. Aggressive to other children or adults (verbally or physically)	0	1	2	3
5. Seeks isolation from others	0	1	2	3
6. Meaningless, recurring body movements	0	1	2	3
7. Boisterous (inappropriately noisy and rough)	0	1	2	3
8. Screams inappropriately	0	1	2	3
9. Talks excessively	0	1	2	3
10. Temper tantrums/outbursts	0	1	2	3

11. Stereotyped behavior; abnormal, repetitive movements	0	1	2	3
12. Preoccupied, states into space	0	1	2	3
13. Impulsive (acts without thinking)	0	1	2	3
14. Irritable and whiny	0	1	2	3
15. Restless, unable to sit still	0	1	2	3
16. Withdrawn; prefers solitary activities	0	1	2	3
17. Odd, bizarre in behavior	0	1	2	3
18. Disobedient, difficult to control	0	1	2	3
19. Yells at inappropriate times	0	1	2	3
20. Fixed facial expression; lacks emotional responsiveness	0	1	2	3

Unless otherwise indicated, all materials on these pages are copyrighted. All rights reserved. No part of these pages, either text or image may be used for any purpose other than personal use.

L'Aberrant Behavior Checklist (ABC) :

Un puissant outil sociotransculturel pour la détection des difficultés et le soutien des populations avec déshabilité intellectuelle

21. Disturbs others	0	1	2	3
22. Repetitive speech	0	1	2	3
23. Does nothing but sit and watch others	0	1	2	3
24. Uncooperative	0	1	2	3
25. Depressed mood	0	1	2	3
26. Resists any form of physical contact	0	1	2	3
27. Moves or rolls head back and forth repetitively	0	1	2	3
28. Does not pay attention to instructions	0	1	2	3
29. Demands must be met immediately	0	1	2	3
30. Isolates himself/herself from other children or adults	0	1	2	3

31. Disrupts group activities	0	1	2	3
32. Sits or stands in one position for a long time	0	1	2	3
33. Talk to self loudly	0	1	2	3
34. Cries over minor annoyances and hurts	0	1	2	3
35. Repetitive hand, body, or head movements	0	1	2	3
36. Mood changes quickly	0	1	2	3
37. Unresponsive to structured activities (does not react)	0	1	2	3
38. Does not stay in seat (during lesson, training session, meals, etc.)	0	1	2	3
39. Will not sit still for any length of time	0	1	2	3
40. Is difficult to reach, contact, or get through to	0	1	2	3

41. Cries and screams inappropriately	0	1	2	3
42. Prefers to be alone	0	1	2	3
43. Does not try to communicate by words or gestures	0	1	2	3
44. Easily distractible	0	1	2	3
45. Waves or shakes the extremities repeatedly	0	1	2	3
46. Repeats a word or phrase over and over	0	1	2	3
47. Stamps feet or bangs objects or slams doors	0	1	2	3
48. Constantly runs or jumps around the room	0	1	2	3
49. Rocks body back and forth repeatedly	0	1	2	3
50. Deliberately hurts himself/herself	0	1	2	3

51. Pays no attention when spoken to	0	1	2	3
52. Does physical violence to self	0	1	2	3
53. Inactive, never moves spontaneously	0	1	2	3
54. Tends to be excessively active	0	1	2	3
55. Responds negatively to affection	0	1	2	3
56. Deliberately ignores directions	0	1	2	3
57. Has temper outbursts or tantrums when does not get own way	0	1	2	3
58. Shows few social reactions to others	0	1	2	3

Unless otherwise indicated, all materials on these pages are copyrighted. All rights reserved. No part of these pages, either text or image may be used for any purpose other than personal use.

5. Références

Aman, M. G., Burrow, W. H., & Wolford, P. L. (1995). The Aberrant Behavior Checklist-Community: Factor validity and effect of subject variables for adults in group homes. *American Journal of Mental Retardation: AJMR*, 100(3), 283–292.

L'Aberrant Behavior Checklist (ABC) :

Un puissant outil sociotransculturel pour la détection des difficultés et le soutien des populations avec déshabilité intellectuelle

- Aman, M. G., Richmond, G., Stewart, A. W., Bell, J. C., & Kissel, R. (1987). The aberrant behavior checklist: Factor structure and the effect of subject variables in American and New Zealand facilities. *American Journal of Mental Deficiency, 91*(6), 570–578.
- Aman, M. G., & Singh, N. N. (2025). *Aberrant Behavior Checklist\, 2nd Edition (ABC-2)*. <https://www.slossonnews.com/abc.html>
- Aman, M. G., Singh, N. N., Stewart, A. W., & Field, C. (1985a). Psychometric characteristics of the aberrant behavior checklist. *American Journal of Mental Deficiency, 89*(5), 492–502.
- Aman, M. G., Singh, N. N., Stewart, A. W., & Field, C. J. (1985b). The aberrant behavior checklist: A behavior rating scale for the assessment of treatment effects. *American Journal of Mental Deficiency, 89*(5), 485–491.
- Aman, M. G., Singh, N., & Turbott, S. (1987). Reliability of the Aberrant Behavior Checklist and the effect of variations in instructions. *American Journal of Mental Deficiency, 92*(2), 237–240.
- Brown, E. C., Aman, M. G., & Havercamp, S. M. (2002). Factor analysis and norms for parent ratings on the Aberrant Behavior Checklist-Community for young people in special education. *Research in Developmental Disabilities, 23*(1), 45–60.
- Carminati, G. G., Deriaz, N., & Bertschy, G. (2006). Low-dose venlafaxine in three adolescents and young adults with autistic disorder improves self-injurious behavior and attention deficit/hyperactivity disorders (ADHD)-like symptoms. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 30*(2), 312–315.
- CREA. (2010, December 17). *Una guida agli strumenti per la valutazione dei disturbi psichici nella persona con disabilità intellettiva: Aberrant Behaviour Checklist (ABC)*. Centro di Ricerca e Ambulatori, Misericordia di Firenze. <https://crea-sansebastiano.misericordia.firenze.it/it/articolo/58>
- Darbellay-Robbiani, B., Kempf-Constantin, N., Varisco-Gassert, S., Badini, C., Devi, T. S., Raju, M. V. R., & Carminati, G. G. (2014). Educator satisfaction, behaviour disorders and psycho-educational profile in young Indians with intellectual disabilities. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry, 165*(2), 54–59.
- Einfeld, S. L., & Tonge, B. J. (1995). The Developmental Behavior Checklist: The development and validation of an instrument to assess behavioral and emotional disturbance in children and adolescents with mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 25*(2), 81–104. <https://doi.org/10.1007/BF02178498>
- Farmer, C., & Aman, M. G. (2021). Aberrant Behavior Checklist. In F. R. Volkmar (Ed.), *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* (pp. 13–21). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-91280-6_1632
- Filiatrault, J., Gauvin, L., Fournier, M., Parisien, M., Robitaille, Y., Laforest, S., Corriveau, H., & Richard, L. (2007). Evidence of the Psychometric Qualities of a Simplified Version of the Activities-specific Balance Confidence Scale for Community-Dwelling Seniors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 88*(5), 664–672. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.02.003>
- Galli Carminati, G. M., Gerber, F., Darbellay, B., Kosel, M. M., Deriaz, N., Chabert, J., Fathi, M., Bertschy, G., Ferrero, F., & Carminati, F. (2016). Using venlafaxine to treat behavioral disorders in patients with autism spectrum disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 65*, 85–95.
- Gilmore, L., & Cuskelly, M. (2014). Vulnerability to loneliness in people with intellectual disability: An explanatory model. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 11*(3), 192–199.

L'Aberrant Behavior Checklist (ABC) :

Un puissant outil sociotransculturel pour la détection des difficultés et le soutien des populations avec déshabilité intellectuelle

- Heru, A. M., & Ryan, C. E. (2004). Burden, reward and family functioning of caregivers for relatives with mood disorders: 1-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 83(2–3), 221–225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.04.013>
- Kaat, A. J., Lecavalier, L., & Aman, M. G. (2014). Validity of the aberrant behavior checklist in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 1103–1116.
- Lebenshilfe. (2025). *Lebenshilfe Institute*. A School for the Intellectually Disabled. <http://lebenshilfeindia.org>
- Lehotkay, R., Saraswathi Devi, T., Raju, M., Bada, P., Nuti, S., Kempf, N., & Galli Carminati, G. (2015). Factor validity and reliability of the Aberrant Behavior Checklist-Community (ABC-C) in an Indian population with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(3), 208–214.
- Lippke, S., & Pappa, D. (2025). Loneliness in Individuals with Disabilities. In G. Bennett & E. Goodall (Eds.), *The Palgrave Encyclopedia of Disability* (pp. 1–32). Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-031-40858-8_262-1
- Mak, M. K., Lau, A. L., Law, F. S., Cheung, C. C., & Wong, I. S. (2007). Validation of the Chinese Translated Activities-Specific Balance Confidence Scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(4), 496–503. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.01.018>
- Marshburn, E. C., & Aman, M. G. (1992). Factor validity and norms for the Aberrant Behavior Checklist in a community sample of children with mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22(3), 357–373.
- Norris, M., Aman, M. G., Mazurek, M. O., Scherr, J. F., & Butter, E. M. (2019). Psychometric characteristics of the aberrant behavior checklist in a well-defined sample of youth with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 62, 1–9.
- OMS (Ed.). (1994). *Classification internationale des maladies ; dixième révision, chapitre V (F): Troubles mentaux et troubles du comportement: critères diagnostiques pour la recherche (CIM-10)*. Masson.
- Rojahn, J., Aman, M. G., Matson, J. L., & Mayville, E. (2003). The aberrant behavior checklist and the behavior problems inventory: Convergent and divergent validity. *Research in Developmental Disabilities*, 24(5), 391–404.
- Schiltz, H., Gohari, D., Park, J., & Lord, C. (2024). A longitudinal study of loneliness in autism and other neurodevelopmental disabilities: Coping with loneliness from childhood through adulthood. *Autism*, 28(6), 1471–1486. <https://doi.org/10.1177/13623613231217337>
- Schmidt, J. D., Huete, J. M., Fodstad, J. C., Chin, M. D., & Kurtz, P. F. (2013). An evaluation of the Aberrant Behavior Checklist for children under age 5. *Research in Developmental Disabilities*, 34(4), 1190–1197. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.01.002>
- Sigafoos, J. (2000). Communication development and aberrant behavior in children with developmental disabilities. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 168–176.
- Srinivasan, N. (2000). Families as partners in care: Perspectives from AMEND. *Indian J Soc Work*, 61, 351–365.