

## La mesure des comportements d'automutilation

Marc J. Tassé

*Nisonger Center-UAP, The Ohio State University*

Paul Maurice

*Université du Québec à Montréal*

### Résumé

Après un survol de différentes définitions des comportements d'automutilation, des taux de prévalence et des hypothèses étiologiques et motivationnelles, les auteurs présentent les instruments disponibles visant la mesure des comportements d'automutilation. L'analyse critique couvre autant les instruments plus généraux comportant une sous-échelle pour les comportements d'automutilation que ceux développés spécifiquement à cette fin. Les auteurs concluent qu'il existe une relative pauvreté d'instruments standardisés et éprouvés permettant de bien mesurer les comportements d'automutilation.

### La mesure des comportements d'automutilation

Le présent texte, dans un premier temps, passe sommairement en revue les principales définitions des comportements d'automutilation, leur prévalence et les différentes hypothèses étiologiques ou motivationnelles qui ont jusqu'à présent été avancées. Dans un second temps, les principaux instruments destinés à fournir des mesures objectives des comportements d'automutilation sont analysés. Autant les instruments généraux, comportant une échelle plus spécifique visant les comportements d'automutilation que les instruments dédiés font l'objet de cette revue. Les méthodes d'intervention applicables aux différentes hypothèses étiologiques ou motivationnelles ou qui pourraient découler de ces mesures ne sont pas présentées dans ce texte: elles sont largement décri-

---

Un tiré à part de cet article peut être obtenu auprès de Paul Maurice, D.Ps., département de psychologie, Université du Québec à Montréal, case postale 8888, succursale centre-ville, Montréal (Québec) H3C 3P8.

tes dans d'autres textes (voir: Aman, 1993; Gardner & Sovner, 1994; Maurice & Tassé, sous presse).

#### Définition de l'automutilation

Il existe de nombreuses définitions de l'automutilation. Cependant, l'une des définitions la plus fréquemment citée est celle de Tate et Baroff (1966). Ils proposent une définition très large des comportements d'automutilation qui a été adoptée par plusieurs chercheurs, de même que par le comité de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy (A.A.B.T.), formé pour faire le point sur l'automutilation (voir: Favell, Azrin, Baumeister, Carr, Dorsey, Forehand, Foss, Kincover, Rislley, Romanczyk, Russo, Schroeder & Solnick, 1982). Cette définition décrit les comportements d'automutilation comme une variété de réponses comportementales causant des dommages corporels à la personne qui les émet. Ainsi, la définition exclut toute référence à l'intention ou au caractère volontaire du comportement ou à une interprétation motivationnelle ou étiologique (auto-agression, désir de mort).

L'automutilation est également décrite en termes de comportements à caractère répétitif et stéréotypé (Baumeister & Rollings, 1976). Sa fréquence peut être occasionnelle ou être aussi élevée qu'une réponse par seconde. La gravité du dommage peut aller de simples rougeurs de la peau à des lacerations profondes. Ces comportements d'automutilation peuvent même provoquer des dommages permanents (plaies ouvertes, oreilles en forme de choux-fleurs, perte de dentition, détachement de la rétine, etc.).

#### Topographies

La topographie des comportements d'automutilation varie énormément d'un cas à l'autre. Rojahn (1994) a répertorié 38 topographies de comportements d'automutilation. Rojahn (1986; 1994), à l'aide d'une analyse factorielle effectuée à partir d'un inventaire des comportements d'automutilation (éventuellement inclus dans le Behavior Problem Inventory), suggère la classification des comportements d'automutilation en trois grandes classes, soit: (1) les coups portés vers soi (2) l'insertion d'objets dans les orifices et (3) le fait de se mordre, se pincer ou se tirer les cheveux.

Les exemples suivants ne sont que quelques-unes des topographies des comportements d'automutilation recensées: se cogner la tête, se cogner une partie du corps contre un objet, se frapper une partie du corps, se mordre, se gifler, se griffer, se pincer, se tirer les cheveux, se creuser les yeux, l'aérophagie (le fait de retenir son souffle), la polydipsie ou la potomanie (la sur-consommation d'eau), les vomissements répétés, la rumination des vomissements, le pica (l'ingestion d'objets non-comestibles) et la coprophagie (l'ingestion de fèces). Les topographies les plus fréquemment émises par les automutilateurs sont le fait de se cogner la tête, se mordre ou se griffer (Carr, 1977; Maurice & Trudel, 1982).

#### Prévalence

Les études de prévalence démontrent que la majorité des individus automutilateurs présente un diagnostic de schizophrénie, d'autisme, de déficience intellectuelle ou de troubles organiques (Bachman, 1972; Carr, 1977). La fréquence et l'intensité de l'automutilation semblent être en corrélation positive avec le niveau de déficience intellectuelle (Maisto, Baumeister, & Maisto, 1978; Maurice & Trudel, 1982). Aucune donnée précise concernant des différences possibles de prévalence selon le sexe ne ressort de la littérature. Il est intéressant de noter une plus faible prévalence de comportements d'automutilation chez les déficients plus âgés. La prévalence des comportements d'automutilation est uniformément plus élevée chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes (Maisto et al., 1978; Maurice & Trudel, 1982; Oliver, Murphy, & Corbett, 1987; Schroeder, Schroeder, Smith, & Dalldorf, 1978).

Les comportements d'automutilation sont parfois présents dans la population dite normale. De Lissovoy (1961) cite une incidence de 15% d'automutilation chez un groupe d'enfants de 19 à 32 mois. Shintoub & Soullairac (1961) ont, quant à eux, noté une incidence de 11% à 17% chez des bébés de 9 à 18 mois. L'intensité de ces comportements est toutefois plus faible. L'automutilation est transitoire chez les enfants normaux et s'estompe rapidement au fil des années pour disparaître complètement vers l'âge de 5 ans.

Les études de prévalence de l'automutilation conduites auprès de populations institutionnalisées rapportent des taux qui varient de 8% à 28% (Borthwick-Duffy, 1994; Fovel, Lash, Barron, & Roberts, 1989; Maisto et al., 1978; Maurice & Trudel, 1982; Oliver, et al., 1987; Schroeder et al., 1978; Soule & O'Brien, 1974). La littérature présente moins d'études de prévalence conduites auprès de clientèles déficientes mais non-institutionnalisées. Celles qui existent rapportent des taux de prévalence variés allant de 2% (Rojahn, 1986) à 11% (Hill & Bruininks, 1984). La grande variabilité des taux rapportés de prévalence d'automutilation s'explique en partie par une divergence relative à la définition opérationnelle de l'automutilation utilisée dans chaque étude.

Le fait que la prévalence des comportements d'automutilation en institution soit, en moyenne, plus élevée que celle notée hors institution n'a rien d'étonnant. En effet, l'émission de comportements d'automutilation constitue fréquemment une raison jugée suffisante en soi pour justifier le fait d'institutionnaliser une personne, dans la mesure où il s'agit de comportements graves, engendrant des besoins importants en matière de soins.

#### Modèles étiologiques ou motivationnels

Suite à la proposition de Carr (1977), les hypothèses étiologiques ou motivationnelles destinées à expliquer les comportements d'automutilation ont été regroupées en quatre grands modèles. Il s'agissait des modèles biologique, psychodynamique, sensoriel et behavioriste. Trois nouvelles hypothèses se sont depuis ajoutées à ces modèles. Il y a tout d'abord l'hypothèse de Carr et

Durand (1985) qui tend à démontrer que les comportements d'automutilation ont une valeur communicative. Existe également l'hypothèse des comportements involontaires qui regroupe les postulats de Gedeye (1989), qui suggèrent que les comportements d'automutilation résultent d'activités cérébrales de type épileptiforme, et les postulats de King (1993), en vertu desquels l'automutilation surviendrait sous l'influence de compulsions. Enfin, plusieurs travaux ont été publiés depuis le début des années 1980 qui mettent de l'avant une hypothèse motivationnelle des comportements d'automutilation basée sur l'effet des opiacés endogènes (Richardson & Zaleski, 1983; Sandman, Datta, Barron, Hoehler, Williams, & Swanson, 1983) et l'influence des systèmes serotoninérgiques (Gedeye, 1990; King, 1993; Nyhan, 1976) et dopaminérgiques (Breese, Criswell, Duncan, & Mueller, 1989; Gualtieri & Schroeder, 1989).

Les hypothèses motivationnelles de l'automutilation se regroupent donc en six grandes catégories: (a) behavioriste, (b) psychodynamique, (c) homéostasie sensorielle, (d) valeur communicative, (e) comportements involontaires, (f) biologique / neurochimique. Bien que ces modèles aient évolué de manière relativement indépendante, il est permis de penser qu'ils peuvent être complémentaires, en tout ou en partie, tant sur le plan étiologique que celui du traitement.

### Instruments de mesure

Il existe très peu d'instruments standardisés destinés à mesurer les comportements d'automutilation. Dans la majorité des études publiées, les auteurs utilisent des indices de fréquence des comportements d'automutilation ciblés. Cette méthode de quantification est probablement inadéquate dans la mesure où elle ne tient pas compte de l'intensité ou de la gravité des comportements ciblés et exclut les comportements non-ciblés qui pourraient quand même avoir leur importance.

L'utilisation d'un instrument visant l'évaluation globale des comportements d'automutilation pourrait créer une base uniforme de comparaison entre les études utilisant des méthodes d'intervention diversifiées en plus de favoriser l'utilisation d'un outil standardisé pouvant faciliter une étude épidémiologique des comportements d'automutilation.

Les auteurs distinguent deux types d'instruments mesurant les comportements d'automutilation: les instruments de psychopathologie générale ayant une sous-échelle de comportements d'automutilation (Leudar, Fraser, & Jeeves, 1984; Matson, 1993; Maurice, Morin, & Tassé, 1993; Nihira, Leland, & Lambert, 1993; Reiss, 1988) et les instruments spécifiques à la mesure des comportements d'automutilation (Gualtieri & Schroeder, 1989; Rojahn, 1992; Thompson, 1988) ou ses effets (Iwata, Pace, Kissel, Nau, & Farber, 1990).

### Instruments de psychopathologie ou troubles du comportement

Il existe plusieurs instruments destinés à évaluer les troubles de santé mentale ou à répertorier les comportements inadéquats auprès des personnes qui présentent un retard mental. Certains de ces instruments offrent des sous-échelles qui mesurent les comportements d'automutilation. Ces instruments sont utiles à titre indicatif mais comportent trop peu d'items pour fournir des informations précises dans le cadre de l'intervention auprès des personnes ayant des comportements d'automutilation. Parmi les instruments existants il convient au moins de décrire brièvement les instruments suivants.

#### *Adaptive Behavior Scale*

L'Adaptive Behavior Scale - Residential and Community: 2 (ABS-RC:2; Nihira et al., 1993), contient, comme son prédecesseur, l'ABS (Nihira, Foster, Shellhaas, & Leland, 1974), une sous-échelle "comportements d'automutilation". Elle compte 23 items; les neuf items que contenait l'ABS auxquels s'ajoutent 14 nouveaux items (ex.: crie si on le touche; joue avec sa salive; joue avec ses selles). Ensemble, ces 23 items (plus trois items génériques) produisent le score pour "self-abusive behavior". Ce score peut être influencé par des comportements autres que l'automutilation à proprement parler.

#### *Behaviour Disturbance Scale*

La Behaviour Disturbance Scale (BDS; Leudar et al., 1984) est un instrument utilisé pour évaluer les troubles de comportement auprès des adolescents et des adultes ayant un retard mental de léger à sévère. Cette grille de 51 items se répartit suite à une analyse factorielle en six sous-échelles dont l'une porte sur les comportements d'automutilation et compte quatre items. La cotation se fait de façon graduée; (1) jamais à (5) très souvent.

#### *Diagnostic and Assessment for Severely Handicapped*

Le Diagnostic and Assessment for Severely Handicapped (DASH; Matson, 1993) a été élaboré afin de permettre une évaluation exhaustive des troubles de santé mentale chez les adolescents et les adultes présentant un retard mental sévère à profond. Cet instrument contient 96 items inspirés du DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) qui sont répartis en 13 groupes, dont un pour les comportements d'automutilation comptant cinq items. Le DASH présente une méthode d'évaluation complète qui demande au répondant de coter le comportement sur trois dimensions: la fréquence du comportement (0 - pas du tout ... 2 - plus de dix fois pendant les deux dernières semaines), la durée de son existence (0 - moins d'un mois ... 2 - plus de d'un an) et sa sévérité au cours des deux semaines précédant l'évaluation (0 - n'occasionne aucune blessure ou dérangement ... 2 - occasionne des blessures).

### Échelle québécoise de comportements adaptatifs

L'Échelle québécoise de comportements adaptatifs (ÉQCA, Maurice et al., 1993) est un instrument composé de deux parties. La première partie permet l'évaluation du fonctionnement adaptatif et la seconde constitue un inventaire des comportements inadéquats pour les personnes de tout âge. La section des comportements inadéquats est divisée en sept sous-groupes, dont un pour les comportements d'automutilation qui comporte sept items. La cotation à l'ÉQCA se fait sur une base évaluative de l'impact du comportement sur l'environnement de la personne évaluée. La cotation se fait en 4 points; 0 - n'émet pas le comportement ... 3 - sévère, nécessite un plan d'intervention structuré et peut occasionner le rejet de la personne (ex.: si la personne est au travail ou à l'école).

### Reiss Screen for Maladaptive Behavior

Le Reiss Screen for Maladaptive Behavior (Reiss, 1988) est principalement un outil de dépistage de problèmes de santé mentale chez les adolescents et les adultes présentant un retard mental léger à sévère. Cet outil compte 38 items pour lesquels l'évaluation se fait sur une échelle de trois points (0 - pas un problème ... 2 - un problème majeur). Les items permettent l'identification de différentes pathologies de santé mentale en plus de présenter un profil sur six "syndromes particuliers", dont les comportements d'automutilation. Cependant, cet outil ne contient qu'un item général portant sur les comportements d'automutilation ("Se blesse le corps de façon intentionnelle. Ex.: se mordre le bras, se frapper, se cogner la tête.").

### Les instruments qui mesurent spécifiquement les comportements d'automutilation

Il existe peu d'instruments spécialisés dans la mesure des comportements d'automutilation. Les quatre instruments que nous identifions sont des instruments qui ne sont pas diffusés à grande échelle. Les trois premiers instruments présentés (BPI, MABS et SIB-Q) sont des outils utilisés pour mesurer la fréquence ou la gravité des comportements d'automutilation alors que le dernier outil présenté (SIT) est utilisé afin de mesurer systématiquement les blessures produites par les comportements d'automutilation.

### Behavior Problem Inventory

Le Behavior Problem Inventory (BPI; Rojahn, 1992) a initialement été élaboré dans le but de mesurer la fréquence des comportements d'automutilation (15 items) et des comportements stéréotypés (5 items). Suite à une révision, un volet mesurant les comportements agressifs (9 items) fut ajouté (Rojahn, Polster, Mulick, & Wisniewski, 1989), l'instrument totalisant maintenant 29 items (plus 3 items "Autre, spécifiez"). Cet outil utilise une cotation de la fré-

quence du comportement sur une échelle de sept points (jamais, moins d'une fois par mois, un fois par mois, un fois par semaine, un fois par jour, une fois par heure, plus d'une fois par heure). La cotation des items se fait sur la période de quatre semaines qui précède la date de l'évaluation. Chaque item présente une description sommaire du comportement (Rojahn, 1986). Rojahn et ses collègues (1989) ont estimé la fidélité du BPI en utilisant une procédure de test-retest et de concordance interjuges. Ces auteurs rapportent des coefficients Kappa médians pour la sous-échelle "comportements d'automutilation" de ,66 à ,79 pour le test-retest et de ,59 à ,64 pour la concordance. Dans une étude plus récente du BPI, Sturmey, Fink et Sevin (1993) rapportent un Kappa médian de ,68 pour le test-retest et de ,65 pour la concordance. Anastasi (1988) suggère que des indices de corrélation au-delà de ,80 sont très bons, que ceux qui se situent entre ,70 - ,79 sont bons, alors que ceux qui se situent entre ,60 - ,69 sont faibles.

### Maladaptive Behavior Scale

Le Maladaptive Behavior Scale (MABS; Thompson, 1988) est une grille destinée à évaluer un comportement problématique, tel l'automutilation. Peu connu et très peu utilisé, cet outil est présenté car il offre l'avantage d'une évaluation sur deux dimensions: la fréquence et l'intensité du comportement. La fréquence et l'intensité des comportements sont toutes deux cotées sur une échelle de cinq points, ce qui produit la matrice présentée ci-dessous (Figure 1). La fréquence de l'automutilation est cotée d'"une fois dans les huit heures précédentes" à "plus ou moins de façon continue" et l'intensité de l'automutilation est cotée d'"irritable et dérangeant, mais tolérable" à "requiert des soins médicaux ou provoque des dommages matériels".

Figure 1

Fréquence

	A	B	C	D	E
F	2	3	4	5	6
G	4	5	6	7	8
H	6	7	8	9	10
I	9	10	11	12	13
J	11	12	13	14	15

Intensité

*Self-Injurious Behavior-Questionnaire*

Le Self-Injurious Behavior-Questionnaire (SIB-Q; Gualtieri & Schroeder, 1989) a initialement été construit dans le cadre d'une étude pharmacologique auprès d'automutilateurs. Cet outil comprend 25 items cotés sur une échelle de cinq points de "pas un problème" à "un grave problème". Malgré son nom, seulement cinq des 25 items du SIB-Q, portent sur l'automutilation. Les autres items identifient des troubles reliés aux éléments suivants: agressivité, stéréotypie, colère, perturbation du sommeil, trouble de l'attention, humeur et troubles émotifs. Aucune donnée psychométrique n'a été rapportée sur le SIB-Q.

*Self-Injury Trauma Scale*

Le Self-Injury Trauma (SIT) Scale (Iwata et al., 1990) mesure le dommage causé par les comportements d'automutilation. Inspiré d'instruments utilisés pour évaluer la sévérité des traumatismes ou blessures corporelles chez des patients dans des salles d'urgence, cette grille mesure la sévérité de l'automutilation en recueillant des données sur l'endroit où les coups sont portés, la topographie, la fréquence et les dommages aux tissus.

L'Échelle SIT est divisée en trois parties. La première partie consiste en un inventaire topographique des comportements d'automutilation et des blessures guéries. La seconde partie représente des évaluations des dommages à l'épiderme causés par les comportements d'automutilation. Dans cette section, les différentes parties du corps sont présentées dans un tableau et les blessures existantes résultant d'automutilation sont évaluées sur trois dimensions: le nombre de blessures (1, 2 à 4 >5), la nature des blessures (éraflure/lacération ou contusion) et la sévérité des blessures (1 à 3). Cette évaluation du nombre, du type et de la sévérité des blessures est faite pour les blessures observées sur les différentes parties du corps. La troisième partie de l'échelle est un estimé du degré de risque immédiat pour la personne. Cette estimation est pondérée à partir du nombre de blessures existantes, d'un index de sévérité des blessures et d'une évaluation en trois points (faible, moyen ou élevé) du risque immédiat dépendant de l'endroit (v.g.: la tête, les yeux) et de la sévérité des blessures.

Cet outil pourrait donc être très utile dans le cadre d'un processus d'identification des cas prioritaires ou à titre de critère concernant l'évolution des comportements d'automutilation. Iwata et al. (1990) rapportent un pourcentage moyen d'accord interjuges supérieur à 89% pour la partie 2 et supérieur à 90% pour la partie 3.

L'échelle SIT présente toutefois plusieurs limitations et ne vise pas à remplacer une évaluation par un médecin. Cet instrument ne permet aucune identification des blessures internes, telles que celles qui peuvent être engendrées par le pica ou le détachement de la rétine. Cet instrument est cependant intéressant comme mesure standardisée afin de comparer différents automutilateurs ou pour suivre le cours d'une intervention.

**Conclusion**

L'automutilation est un comportement inadéquat ayant une prévalence variant entre 8 et 28% chez les personnes qui présentent une déficience intellectuelle. La présence de comportements d'automutilation est fortement en corrélation avec le niveau du fonctionnement intellectuel.

Nous avons tenté de présenter les différentes hypothèses étiologiques ou motivationnelles mises de l'avant afin de tenter d'expliquer l'automutilation. Les hypothèses proposées jusqu'à présent peuvent être regroupées en six grandes catégories (1) behavioriste, (2) psychodynamique, (3) homéostasie sensorielle, (4) valeur communicative, (5) comportements involontaires, (6) biologique / neurochimique. Aucune de ces hypothèses prises individuellement n'est suffisante pour expliquer tous les cas d'automutilation. Certains (Rojahn, 1986) proposent en fait que les comportements d'automutilation ne s'appliquent pas par les biais de facteurs unidimensionnels, mais consistent plutôt en un construit comptant trois facteurs caractérisés par des topographies précises.

Il ne demeure cependant pas moins essentiel de tenter de mesurer ces comportements et nous avons présenté les instruments existants qui permettent d'accomplir: a) un survol rapide de l'automutilation, b) un inventaire systématique des comportements d'automutilation cotés selon la fréquence d'un regroupement de topographies et c) l'évaluation des dommages corporels causés par les actes d'automutilation.

Il existe sans nul doute un besoin pressant d'élaborer des instruments standardisés et validés métrologiquement afin de répertorier et d'évaluer l'automutilation. L'obtention de niveaux de fidélité satisfaisants constitue un premier objectif à atteindre. Un tel outil permettrait aux cliniciens de faire une évaluation plus complète de l'automutilation, plutôt que d'utiliser uniquement la fréquence de comportements cibles et pourrait alors permettre une base comparative (v.g. score normatif). Un tel outil fournirait également aux chercheurs une mesure uniforme et standard pouvant être utilisée à des fins de comparaison et dans le cadre d'études épidémiologiques de ces comportements dévastateurs.

**Références**

- Aman, M.G. (1993). Efficacy of psychotropic drugs for reducing self-injurious behavior in the developmental disabilities. *Annals of Clinical Psychiatry*, 5, 171-188.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>rd</sup> edition-revised). Auteur.
- Anastasi, A. (1988). *Psychological testing* (6<sup>ème</sup> édition). New York, NY: Macmillan Publishing Company.
- Bachman, J.A. (1972). Self-injurious behavior: A behavioral analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 80, 211-224.
- Baumeister, A.A. & Rollings, J.P. (1976). Self-injurious behavior. Dans N.R. Ellis (Éd.), *International review of research in mental retardation* (Vol.8). New York: Academic Press.

- Borthwick-Duffy, S.A. (1994). Prevalence of destructive behaviors: A study of aggression, self-injury, and property destruction. Dans I. Thompson et D.B. Gray (Eds.), *Destructive behavior in developmental disabilities*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Breese, G.R., Criswell, H.E., Duncan, G.E. & Mueller, R.A. (1989). Dopamine deficiency in self-injurious behavior. *Psychopharmacology Bulletin*, 25, 353-357.
- Carr, E.G. (1977). The motivation of self-injurious behavior: A review of some hypotheses. *Psychological Bulletin*, 84, 800-816.
- Carr, E.G. & Durand, V.M. (1985). Reducing behavior problems through functional communication training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18, 111-126.
- De Lissovoy, V. (1961). Head banging in early childhood. *Journal of Pediatrics*, 58, 803-805.
- Favell, J.E., Azrin, N.H., Baumeister, A.A., Carr, E.G., Dorsey, M.F., Forehand, R., Foxx, R.M., Rincover, A., Risley, T.R., Romanczyk, R.G., Russo, D.C., Schroeder, S.R., & Solnick, J.V. (1982). The treatment of self-injurious behavior. Task force report of the association for the advancement of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 13, 529-554.
- Fovel, J.T., Lash, P.S., Barron, D.A. & Roberts, M.S. (1989). A survey of self-restraint, self-injury, and other maladaptive behaviors in an institutionalized retarded population. *Research in Developmental Disabilities*, 10, 377-382.
- Gardner, W.I. & Sovner, R. (1994). *Self-injurious behaviors: Diagnosis and treatment*. Willow Street, PA: VIDA Publishing.
- Gedeye, A. (1989). Extreme self-injury attributed to frontal lobe seizures. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 20-26.
- Gedeye, A. (1990). Dietary increases in serotonin reduces self-injurious behavior in Down's syndrome adult. *Journal of Mental Deficiency Research*, 34, 195-203.
- Gualtieri, C.T. & Schroeder, S.R. (1989). Pharmacotherapy for self-injurious behavior: Preliminary tests of the DI hypothesis. *Psychopharmacological Bulletin*, 25, 364-371.
- Hill, B.K. & Bruininks, R.H. (1984). Maladaptive behavior of mentally retarded individuals in residential facilities. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 380-387.
- Iwata, B.A., Pace, G.M., Kissel, R.C., Nau, P.A. & Farber, J.M. (1990). The self-injury trauma (SIT) scale: A method for quantifying surface tissue damage caused by self-injurious behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, 99-110.
- King, B.H. (1993). Self-injury by people with mental retardation: A compulsive behavior hypothesis. *American Journal on Mental Retardation*, 98, 93-112.
- Leudar, I., Fraser, W.I., & Jeeves, M.A. (1984). Behavioural disturbance and mental handicap: Typology and longitudinal trends. *Psychological Medicine*, 14, 344-355.
- Maisto, C.R., Baumeister, A.A., & Maisto, A.A. (1978). An analysis of variables related to self-injurious behavior among institutionalized retarded persons. *Journal of Mental Deficiency Research*, 22, 27-36.
- Matson, J.L. (1993). *Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped (DASH) Scale*. Baton Rouge, LA: Oxford Press Group.
- Maurice, P., Morin, D. & Tassé, M. J. (1993). *Manuel technique de l'Échelle québécoise de comportements adaptés*. Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.
- Maurice, P. & Tassé, M. J. (sous presse). Les comportements d'automutilation. Dans S. Ionescu (Éd.) *L'intervention en déficience mentale* (volume 2). Montréal, QC: Agence d'Arc.
- Maurice, P. & Trudel, G. (1982). Self-injurious behavior prevalence and relationships to environmental events. Dans J.H. Hollis, C.E. Meyers (Éds.), *Life-threatening behavior: Analysis and interventions*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

- Nihira, K., Foster, R., Shellhaas, M., & Leland, H. (1974). *Manual for AAMD Adaptive Behavior Scale*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- Nihira, K., Leland, H., & Lambert, N. (1993). *Adaptive Behavior Scale - Residential and Community*. (Second edition). Austin, TX: Pro-ed.
- Nyhan, W.L. (1976). Behavior in the Lesch-Nyhan syndrome. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 6, 235-252.
- Oliver, C., Murphy, G.H., & Corbett, J.A. (1987). Self-injurious behavior in people with mental handicap: A total population study. *Journal of Mental Deficiency Research*, 31, 147-162.
- Reiss, S. (1988). *Test Manual for the Riess Screen for Maladaptive Behavior*. Orlando Park, IL: International Diagnostic Systems.
- Richardson, J.S. & Zaleski, W.A. (1983). Naloxone and self-mutilation. *Biological Psychiatry*, 18, 99-101.
- Rojahn, J. (1986). Self-injurious behavior of noninstitutionalized mentally retarded people: Prevalence and classification. *American Journal of Mental Deficiency*, 91, 268-276.
- Rojahn, J. (1992). *Behavior Problem Inventory: A prospectus*. Columbus, OH: Nisonger Center-UAP, The Ohio State University.
- Rojahn, J. (1994). Epidemiology and topographic taxonomy of self-injurious behavior. Dans I. Thompson et D.B. Gray (Éds.), *Destructive behavior in developmental disabilities: Diagnosis and treatment*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rojahn, J., Polster, L.M., Mulick, J.A. & Wisniewski, J.J. (1989). Reliability of the Behavior Problem Inventory. *Journal of the Multihandicapped Persons*, 2, 283-292.
- Sandman, C.A., Datta, P., Barron, J.L., Hoehler, F., Williams, C., & Swanson, J. (1983). Naloxone attenuates self-abusive behavior in developmentally disabled clients. *Applied Research in Mental Retardation*, 4, 5-11.
- Schroeder, S.R., Schroeder, C.S., Smith, B., & Dalldorf, J. (1978). Prevalence of self-injurious behavior in a state facility for the retarded. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 8, 261-269.
- Shintoub, S.A. & Soulaïrac, A. (1961). L'enfant automutilateur. *Psychiatrie de l'enfant*, 3, 111-145.
- Soule, D. & O'Brien, D. (1974). Self-injurious behavior in a state centre for the retarded: Incidence. *Research and the Retarded*, Spring, 1-8.
- Sturmeijer, P., Fink, C. & Sevin, J.A. (1993). The behavior Problem Inventory: A replication and extension of its psychometric properties. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 5, 327-335.
- Tate, B.G. & Baroff, G.S. (1966). Aversive control of self-injurious behavior in a psychotic boy. *Behavior Research and Therapy*, 4, 281-287.
- Thompson, I. (1988). *Maladaptive Behavior Scale (MABS)*. Unpublished scale, University of Minnesota, Minneapolis.

### Abstract

The authors present the different definitions used to define self-injurious behavior (SIB), reported prevalence levels, etiological and motivational hypotheses, and review currently existing instruments that measure SIB. A critical analysis is presented of the more general psychopathology instruments that have SIB subscales as well as scales specifically developed to assess SIB. The authors conclude that there currently exists a paucity of standardized and validated instruments measuring SIB.