

G. Murphy
University of Kent, Canterbury, Kent
S. Hall
C. Oliver
University of Birmingham
R. Kissi Debra
Middlesex University, London

Identificazione precoce del comportamento autolesionistico nei bambini con ritardo mentale

S O M M A R I O

SI CONOSCE MOLTO POCO SULLE FASI INIZIALI DEL COMPORTAMENTO AUTOLESIONISTICO NEI BAMBINI CON RITARDO MENTALE, SEBBENE SIANO STATE CONDOTTE MOLTE RICERCHE SULLA SUA PREVALENZA, VALUTAZIONE E INTERVENTO NELLE PERSONE PIÙ AVANTI NELL'ETÀ, QUANDO ESSO È CONSOLIDATO. IN QUESTO STUDIO ESPLORATIVO, AGLI INSEGNANTI DI ALCUNE SCUOLE SPECIALIZZATE PER BAMBINI SOTTO GLI 11 ANNI DI ETÀ CON GRAVE RITARDO MENTALE E/O AUTISMO, VENNE CHIESTO DI IDENTIFICARE GLI ALUNNI CHE COMINCIAVANO A MOSTRARE LE PRIME FORME DI AUTOLESIONISMO (IL GRUPPO SPERIMENTALE). QUESTI BAMBINI VENNERO QUINDI CONFRONTATI CON ALTRI APPARTENENTI ALLA STESSA CLASSE (DELLO STESSO LIVELLO DI ABILITÀ E MOBILITÀ) PER POTER EFFETTUARE DELLE VALUTAZIONI. GLI INSEGNANTI VENNERO INTERVISTATI RIGUARDO AI COMPORAMENTI E ALLE ABILITÀ DEI BAMBINI. I BAMBINI DEL GRUPPO SPERIMENTALE MOSTRARONO PIÙ COMPORAMENTI AUTOLESIONISTICI POTENZIALI RISPETTO A QUELLI DEL GRUPPO DI CONTROLLO, TUTTAVIA SI RILEVÒ UNA SOVRAPPOSIZIONE TRA I DUE GRUPPI IN TERMINI DI DURATA PERCENTUALE DEI POTENZIALI COMPORAMENTI AUTOLESIONISTICI, E CIÒ INDICA CHE PER GLI INSEGNANTI NON FU FACILE IDENTIFICARE I BAMBINI CHE EMETTEVANO UN COMPORAMENTO AUTOLESIONISTICO «INIZIALE». TRA I BAMBINI DEL GRUPPO SPERIMENTALE E QUELLI DEL GRUPPO DI CONTROLLO NON VI ERANO DIFFERENZE SIGNIFICATIVE IN TERMINI DI ABILITÀ, COMPORAMENTI PROBLEMA, DEFICIT SENSORIALI E GRADO DI AUTISMO. RAGGRUPPANDO I BAMBINI CHE EMETTEVANO POTENZIALI COMPORAMENTI AUTOLESIONISTICI, SI EVIDENZIÒ CHE L'ETÀ MENTALE E IL GRADO DI MOBILITÀ ERANO SIGNIFICATIVAMENTE CORRELATI CON LA DURATA PERCENTUALE DEL COMPORAMENTO AUTOLESIONISTICO: CIÒ SUGGERISCE CHE QUESTE CARATTERISTICHE POSSONO ESSERE IMPORTANTI MARKER DI RISCHIO. I BAMBINI DEL GRUPPO SPERIMENTALE VENNERO OSSERVATI A INTERVALLI TRIMESTRALI PRESSO LA SCUOLA PER I SUCCESSIVI 18 MESI; IN ALCUNI DI ESSI LE MANIFESTAZIONI DI AUTOLESIONISMO SI INTENSIFICARONO IN MODO EVIDENTE, MA NON IN ALTRI. UTILIZZANDO L'ANALISI DI REGRESSIONE, SI DIMOSTRÒ CHE GLI AUMENTI NEL COMPORAMENTO AUTOLESIONISTICO ERANO ASSOCIATI SOLAMENTE AL GRADO DI PREOCCUPAZIONE ESPRESSO INIZIALMENTE DALL'INSEGNANTE: NESSUN'ALTRA VARIABILE RISULTÒ PREDITTIVA DEGLI INCREMENTI DEI COMPORAMENTI AUTOLESIONISTICI.

Come hanno dimostrato sia gli studi epidemiologici che quelli legati all'intervento (Griffin et al., 1984; Schroeder et al., 1986; Murphy et al., 1993), il comportamento autolesionistico nelle persone con ritardo mentale può diventare un problema molto difficile da trattare e cronico. Inoltre, è noto come sia difficile sviluppare interventi

efficaci per i casi di autolesionismo cronico e come, in fase di applicazione, gli interventi richiedano molto tempo e impegno e diano talvolta risultati effimeri (Paisley et al., 1990; Murphy et al., 1993), e ciò nonostante i grandi progressi delle tecniche di analisi funzionale (Iwata et al., 1982; Carr e Durand, 1985; Iwata et al., 1994; Vollmer et al., 1995) e di intervento (Carr e Durand, 1985; Durand e Carr, 1987; Durand e Carr 1991) compiuti nel corso degli ultimi 15 anni.

Alcuni autori ritengono che una possibilità sia quella di attuare programmi di intervento precoce, in modo da prevenire l'autolesionismo ed evitare che diventi un problema grave (Murphy et al., 1993; Oliver, 1993; 1995). Perché questi programmi siano efficaci, è necessario identificare i bambini a rischio, ma questo può essere difficile perché, nonostante esistano numerose teorie su come il comportamento autolesionistico si mantiene una volta instauratosi (Carr, 1977; Oliver e Head, 1990; Oliver, 1993), si conosce molto poco sulla sua insorgenza iniziale (Guess e Carr, 1991).

Una strategia per selezionare i bambini da inserire in un programma di intervento precoce potrebbe utilizzare un processo in due fasi:

1. fare uno screening dei bambini con ritardo mentale cercando di individuare quelli che sono ad alto rischio di sviluppare un comportamento autolesionistico;
2. scegliere da questo gruppo di bambini ad «alto rischio» chiunque mostri segni iniziali di autolesionismo e marker di rischio per l'autolesionismo grave.

Sono state identificate molte caratteristiche che individueranno un soggetto «a rischio» di sviluppare un comportamento autolesionistico (cioè i marker di rischio). Ad esempio, molti studi hanno riscontrato che i comportamenti autolesionistici sono maggiormente prevalenti in bambini di 10-12 anni di età, indicando che essi potrebbero iniziare e/o aggravarsi in questi anni (Kebbon e Windahl, 1986; Oliver et al., 1987). Gli studi sulla prevalenza dell'autolesionismo sono stati condotti principalmente con persone con ritardo mentale grave e gravissimo (Ballinger, 1971; Schroeder et al., 1978; Rojahn, 1984), autismo (Green, 1967; Bartak e Rutter, 1976; Ando e Yoshimura, 1978), minorazioni sensoriali (Kropka e Williams, 1980; Kiernan e Kiernan, 1994; Weisler et al., 1995), disabilità fisiche (Ballinger, 1971; Kiernan e Kiernan, 1994), deficit nelle abilità di comunicazione (Shodel e Reiter, 1968; Kiernan e Kiernan, 1994) o con sindromi particolari (Christie et al., 1982; Anderson e Ernst, 1994). Non esistono invece ricerche sulle prime manifestazioni del comportamento autolesionistico, indispensabili per una valutazione esatta dei marker di rischio.

In questo studio vennero intervistati degli insegnanti di bambini con ritardo mentale, che frequentavano scuole specializzate, al fine di identificare gli alunni che mostravano un «potenziale» comportamento autolesionistico, cioè un comportamento topograficamente uguale al comportamento autolesionistico, ma che ancora non produceva lesioni. Gli obiettivi erano quelli di stabilire se gli insegnanti potessero identificare questi bambini, allo scopo di confermare la validità di alcuni marker di rischio per l'autolesionismo indicati da studi precedenti e per cominciare a esaminare nei bambini l'evoluzione dei potenziali comportamenti autolesionistici nel corso del tempo.

Gli insegnanti vennero scelti come le persone maggiormente indicate per identificare i bambini con autolesionismo precoce per tre motivi:

1. vedevano i bambini per circa 6 ore ogni giorno e di conseguenza li conoscevano molto bene (più di quanto potessero fare i ricercatori che li vedevano per un periodo di tempo limitato);
2. gli autori, presenti scuola, intendevano selezionare quei bambini che avevano cominciato a emettere autolesionismo nei tre mesi precedenti;
3. poiché per i programmi di intervento precoce è necessario identificare i bambini a rischio e gli insegnanti sembrano nella posizione migliore per fare ciò, era importante scoprire se erano effettivamente in grado di farlo.

Metodo

Selezione dei partecipanti

Per lo screening vennero selezionate tutte le scuole elencate nell'Education Authorities' Yearbook (1991) appartenenti ai distretti di Londra, Surrey e Kent, riservate esclusivamente ai bambini con ritardo mentale grave e/o autismo ($n = 44$ scuole). Ai direttori delle scuole venne spedito un opuscolo informativo che descriveva la ricerca proposta assieme a una lettera di presentazione; in seguito gli stessi vennero sentiti per telefono per sapere se la scuola avrebbe partecipato alla ricerca. Dopo che la scuola aveva espresso la sua disponibilità a partecipare, tre persone effettuavano una visita per intervistare ogni insegnante riguardo ai bambini delle sue classi. Vennero intervistati solo quegli insegnanti che avevano nelle loro classi bambini con età inferiore agli 11 anni.

Bambini identificati come emettenti potenziali comportamenti autolesionistici (gruppo sperimentale)

Dopo una breve presentazione della ricerca e dei suoi obiettivi, a ciascun insegnante vennero mostrati un elenco e una descrizione dei comportamenti autolesionistici (si veda la tabella 1; Rojahn, 1984; 1986).

Vennero scelti i comportamenti che negli studi precedenti erano stati rilevati come topografie maggiormente prevalenti (Rojahn, 1986; Oliver et al., 1987). Venne sottolineato il fatto che un particolare comportamento non doveva necessariamente produrre dei danni ai tessuti per essere preso in considerazione, poiché lo scopo era quello di individuare le fasi iniziali dell'autolesionismo. Agli insegnanti venne chiesto di identificare i bambini che avevano cominciato a emettere uno dei comportamenti elencati nel periodo dei tre mesi precedenti, e questi furono classificati come bambini che emettevano potenziali comportamenti autolesionistici. Ai genitori di tutti i bambini che corrispondevano a questi criteri (cioè con potenziali comportamenti autolesionistici iniziati nell'arco dei 3 mesi precedenti) venne domandato il consenso alla partecipazione alla ricerca.

Non vennero selezionati i bambini che, secondo l'insegnante, avevano emesso uno qualsiasi dei comportamenti elencati nella tabella 1 per più di 3 mesi. Gli insegnanti che non identificarono tra i loro alunni nessun bambino che presentasse le caratteristiche richieste furono invitati a informare i ricercatori qualora qualche bambino delle loro classi cominciasse a emettere uno dei comportamenti elencati durante i 6 mesi successivi, in modo da poterlo includere nello studio in un secondo tempo. (Sebbene sia probabile che alcuni bambini di queste classi abbiano successivamente iniziato a emettere un comportamento di quelli elencati, nessuno degli insegnanti contattò in seguito la segreteria scientifica.)

Bambini identificati come non emettenti potenziali comportamenti autolesionistici (gruppo di controllo)

Agli insegnanti venne chiesto di valutare quale dei bambini della loro classe che non mostrava nessuna delle topografie elencate nella tabella 1 fosse più simile in termini di abilità al bambino del gruppo sperimentale. Questo bambino, che doveva avere un'età e capacità di deambulazione più o meno corrispondenti, veniva quindi scelto come soggetto di confronto. Talvolta gli insegnanti ebbero delle difficoltà nel trovare il soggetto di confronto: in alcuni casi tutti i bambini della classe che avevano abilità simili a quelle del bambino del gruppo sperimentale emettevano comportamenti autolesionistici. In questi casi esso veniva cercato in un'altra classe (di pari età) della stessa scuola. Il consenso dei genitori veniva richiesto secondo le stesse modalità descritte sopra.

TABELLA 1
Descrizione dei comportamenti autolesionistici
potenziali considerati nello screening

Elenco e descrizione dei comportamenti

DESCRIZIONE

I comportamenti a cui sono interessati i ricercatori sono elencati qui sotto. Se ripetuti, questi comportamenti possono provocare al corpo del bambino danni rilevabili. Vengono inclusi anche quei comportamenti che, sebbene non ancora necessariamente lesivi, potrebbero diventarlo in futuro.

COMPORAMENTI

- Picchiare la testa contro oggetti (può comprendere un picchiare lieve ripetuto)
- Picchiare oggetti sulla testa (può essere un contatto lieve, anche con le ginocchia o i giocattoli)
- Picchiare il corpo o la testa o colpirsi il corpo con calci (anche in modo non violento)
- Mordersi (anche senza lasciare l'impronta dei denti)
- Graffiarsi, grattare e sfregare la pelle (anche senza lacerare la cute)
- Pizzicarsi
- Infilarsi qualcosa negli occhi
- Strapparsi i capelli
- Inserirsi oggetti nelle orecchie o nel naso

Misure e valutazioni

Le informazioni demografiche, storiche e anamnestiche relative a ogni bambino vennero raccolte attraverso colloqui con i genitori. Altre misurazioni vennero completate con l'insegnante della classe a scuola e ricorrendo a diverse scale di valutazione: *Vineland Adaptive Behavior Scales – Survey Form* (VABS-SF; Sparrow et al., 1984), *Childhood Autism Rating Scale* (CARS; Schopler et al., 1980), *Aberrant Behavior Checklist* (ABC; Aman et al., 1985). Inoltre, venne valutato il grado di «preoccupazione» degli insegnanti verso i bambini del gruppo sperimentale attraverso la *Teacher Concern Scale*, una scala di valutazione a 14 item — sviluppata specificamente per questo studio — che doveva essere completata dall'insegnante per ogni bambino. Essa si compone di due subscale:

1. comportamenti autolesionistici potenziali (2 item);
2. stereotipie (3 item).

Gli item per la subscale relativa ai comportamenti autolesionistici potenziali vennero presi dall'intervista di screening (si veda la tabella 1) e venne richiesto agli insegnanti di classificare i comportamenti di ciascun bambino (all'interno di ogni topografia) su una scala a cinque punti, da 0 («nessuna preoccupazione») a 4 («estrema preoccupazione»). I comportamenti della subscale relativa alle stereotipie furono tratti da Rojahn (1986) e classificati dagli insegnanti nello stesso modo. Alla fine si calcolarono i punteggi totali per ogni subscale sommando i punteggi dati per ogni topografia all'interno di essa.

Infine, in ogni classe si effettuarono osservazioni dirette per misurare oggettivamente la durata dei potenziali comportamenti autolesionistici. Queste osservazioni vennero ripetute a intervalli di 3 mesi per 18 mesi, per rilevare i cambiamenti nel comportamento autolesionistico nei bambini del gruppo sperimentale, ma vennero condotte solamente una volta per i bambini del gruppo di controllo. Furono registrate due principali categorie di risposta del bambino: le *stereotipie* e l'*autolesionismo potenziale*. La definizione delle risposte venne sviluppata sulla base di quelle impiegate nell'intervista di screening (si veda la tabella 1) e delle osservazioni informali di ciascun bambino antecedenti alla raccolta dei dati; nessun bambino mostrò di «picchiare oggetti sulla testa» (ad esempio ginocchia e giocattoli), di «inserire oggetti nelle orecchie o nel naso» o di «colpirsi con calci».

La tabella 2 contiene un elenco delle topografie specifiche per ciascuna delle categorie di risposte osservate, assieme alle definizioni funzionali utilizzate nella raccolta dei dati.

I comportamenti delle diverse categorie non si escludevano reciprocamente né coprivano l'intera gamma delle risposte possibili, perciò ognuno di essi poteva essere emesso contemporaneamente a un qualsiasi altro comportamento.

Il formato dei dati che risultava dalla procedura era quello considerato più flessibile e utile per condurre le analisi successive (Bakeman e Gottman, 1986).

TABELLA 2
Definizioni delle categorie comportamentali

<i>Categoria comportamentale</i>	<i>Definizione</i>
STEREOTIPIA	
Colpire leggermente un oggetto	Contatto ripetitivo del palmo della mano con un oggetto fermo presente nell'ambiente
Dare dei colpetti col piede	Contatto ripetitivo del piede con un oggetto fermo presente nell'ambiente
Battere le mani	Contatto ripetitivo tra i palmi delle mani
Agitare le braccia	Movimento ripetitivo delle braccia
Ciondolare e dondolare la testa	Ciondolare la testa in avanti e indietro o di lato senza contatto con un oggetto fermo presente nell'ambiente
Mani sulle orecchie/guardarsi la mano	Mettere le mani sulle orecchie (generalmente in risposta a rumori) o guardare il palmo di una mano
Dondolamento del corpo	Movimento ripetitivo del corpo in avanti e indietro o di lato senza contatto con un oggetto fermo presente nell'ambiente
POTENZIALE AUTOLESIONISMO	
Sbattere il corpo	Contatto lieve o violento di qualsiasi parte del corpo con un oggetto fermo presente nell'ambiente
Sbattere la testa	Contatto lieve o violento di qualsiasi parte della testa con un oggetto fermo presente nell'ambiente
Colpire il corpo	Contatto leggero o violento di una mano aperta o chiusa con qualsiasi parte del corpo, esclusa la testa
Colpire la testa	Contatto leggero o violento di una mano aperta o chiusa con qualsiasi parte della testa
Mettere le dita negli occhi o premerli con la mano	Contatto tra il dorso della mano o dito e qualsiasi parte della palpebra o dell'orbita
Mordere la mano o portarla alla bocca	Contatto della lingua con qualunque parte della mano o serrare i denti superiori e inferiori sulla carne in qualsiasi punto della mano
Graffiare/sfregare	Grattare la pelle con le unghie
Strappare i capelli	Chiusura della mano attorno ai capelli unita al movimento di allontanare la mano dalla testa

Procedura

Una volta identificati i bambini idonei a partecipare allo studio, si procedette al colloquio con i genitori. I colloqui ebbero luogo a casa con uno o tutti e due i genitori, mentre le varie valutazioni formali e le osservazioni dirette furono condotte in classe.

Nelle classi generalmente erano presenti l'insegnante, uno o più assistenti e almeno 4 — ma non più di 10 — bambini. Il tempo dedicato all'osservazione di ciascun bambino, sia che appartenesse al gruppo sperimentale che a quello di controllo, era di 3-4 ore, durante le quali lo sperimentatore osservava il bambino nel modo meno intrusivo

possibile e non interagiva mai con lui. Prima di ogni periodo di osservazione veniva ricordato ai genitori e agli insegnanti di ignorare la presenza dello sperimentatore e di interagire normalmente con il bambino. Le osservazioni comprendevano un campione rappresentativo di attività: pranzo, attività di gruppo, compiti eseguiti individualmente e tempo libero. Lo sperimentatore stava nell'angolo della stanza, collocato in modo che il bambino non potesse vederlo. Queste osservazioni vennero condotte ogni 3 mesi, per un periodo di 18 mesi, per quei bambini nei quali gli insegnanti avevano rilevato iniziali manifestazioni di autolesionismo (gruppo sperimentale), mentre vennero effettuate solamente una volta per gli altri bambini (gruppo di controllo).

Risultati

Screening

Furono contattate 44 scuole (12 erano specializzate per bambini con autismo e le altre per bambini con grave ritardo mentale). Il modulo di partecipazione fu rispedito da 38 direttori (86%); gli altri ($n = 6$) non risposero né alla prima lettera né a una seconda spedita successivamente. Delle 38 risposte ricevute, 26 direttori (68%) decisero di partecipare allo studio. Gli altri declinarono la proposta ($n = 3$) oppure dichiararono che gli alunni della loro scuola avevano un'età superiore agli 11 anni o non presentavano autismo ($n = 9$). Nell'arco di 18 mesi furono visitate 22 scuole (4 scuole non vennero visitate in quanto il numero di casi identificato nel periodo di screening fu considerato sufficiente come campione di studio).

La figura 1 mostra, sotto forma di diagramma, i risultati dello screening.

In totale, 78 insegnanti vennero intervistati sul comportamento di 614 bambini. Di questi 614, 152 emettevano almeno una delle topografie elencate nella tabella 1, per cui in quelle scuole la prevalenza di comportamenti classificati come potenzialmente autolesionistici venne stimata in un 25% per i bambini sotto gli 11 anni con grave ritardo mentale e/o autismo.

Dei 152 bambini che emettevano i comportamenti elencati nella tabella 1, 133 (87,5%) lo facevano da più di tre mesi (si veda la figura 1). Gli altri 19 vennero identificati come bambini che avevano cominciato di recente a emettere potenziali comportamenti autolesionistici. La prevalenza di potenziali comportamenti autolesionistici di recente insorgenza corrispondeva al 3% (cioè 19 casi nuovi su 614 vagliati nel corso di un anno). Questo dato può essere considerato come una stima dell'incidenza del comportamento autolesionistico nelle scuole per bambini con grave ritardo mentale e/o autismo. Dei 17 bambini per i quali si ottenne il consenso dei genitori, 7 provenivano da scuole specializzate per bambini con autismo (i casi 5, 7, 10, 12, 14, 15 e 17) e i restanti da scuole per bambini con ritardo mentale grave.

Tramite la procedura di abbinamento di ogni bambino del gruppo sperimentale con un compagno di pari abilità e capacità di deambulazione che non presentasse autolesionismo vennero identificati 14 bambini idonei, mentre per 3 bambini gli inse-

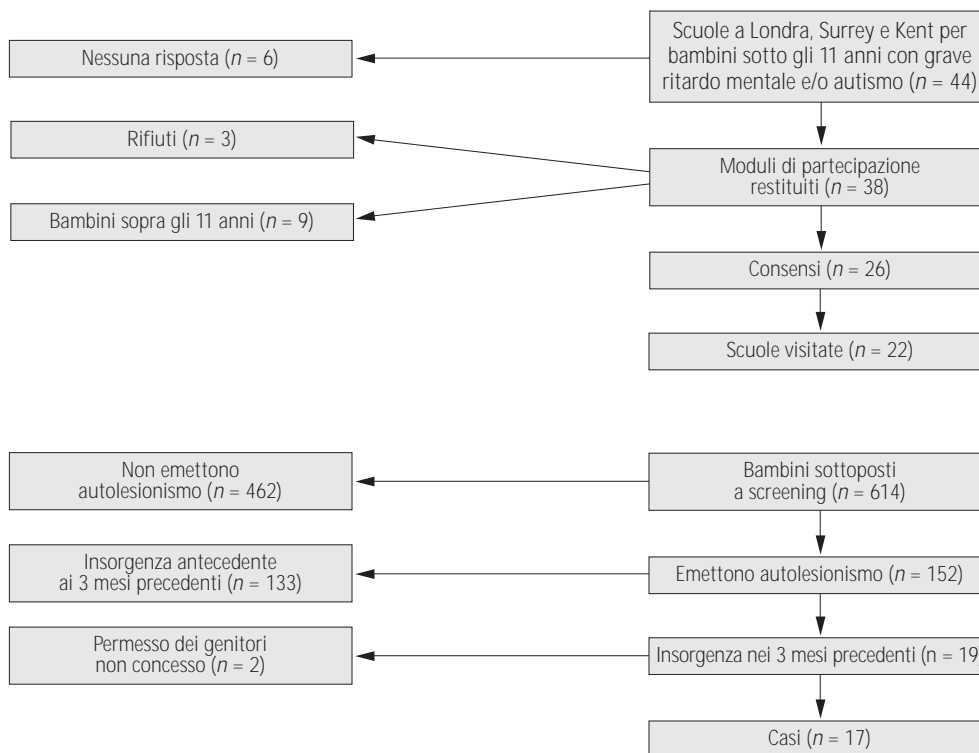


Fig. 1 Scuole visitate, persone sottoposte a screening e casi di autolesionismo identificati.

gnanti non riuscirono a individuare un compagno idoneo, nonostante fossero stati ricercati anche in altre classi della stessa scuola (in altre parole, nella scuola non c'erano altri alunni sotto gli 11 anni con abilità simili che non mostrassero forme potenziali di autolesionismo). Dei 14 genitori contattati ne risposero 13 e 10 decisero di partecipare (77%), per cui vennero inclusi nel gruppo di controllo 10 bambini che non mostravano potenziali comportamenti autolesionistici.

Caratteristiche dei bambini del gruppo sperimentale

Dei 17 bambini identificati dagli insegnanti come soggetti che avevano iniziato recentemente a emettere potenziali comportamenti autolesionistici, 12 erano maschi (rapporto maschio : femmina = 2,4 : 1). L'età cronologica media era di 67 mesi (DS = 26 mesi) e la loro età mentale media (secondo la scala VAB) era di 16 mesi (DS = 8 mesi). Di questi, 4 non erano deambulanti, 9 deambulavano e 4 lo facevano con difficoltà. Sei bambini presentavano sindromi specifiche: la sindrome di Sturge-Weber (2), trisomia 6Q (1), di Seckel (1), della X fragile (1) e di Cornelia de Lange (1); a 7 bambini era stata

posta diagnosi di autismo da alcuni psichiatri infantili della zona (casi 3, 7, 10, 12, 14, 15 e 17) e altri 3 presentavano comportamenti «di tipo autistico». Quattro bambini soffrivano di epilessia, 5 avevano un deficit visivo e 3 un deficit uditivo.

Caratteristiche dei bambini del gruppo di controllo

Dei bambini che erano stati identificati dai loro insegnanti come soggetti che non emettevano potenziali comportamenti autolesionistici, 3 erano maschi (rapporto maschio : femmina = 0,4 : 1). L'età cronologica media era di 66 mesi (DS = 30 mesi) e la loro età mentale media era di 18 mesi (DS = 12 mesi). Tre bambini non erano deambulanti, 4 deambulavano e 3 lo facevano con difficoltà. Tre bambini soffrivano di paralisi cerebrale infantile e uno era affetto da distrofia miotonica. Due bambini avevano diagnosi di autismo mentre 5 presentavano comportamenti «di tipo autistico». Quattro bambini soffrivano di epilessia e uno aveva un deficit visivo.

Confronto delle variabili di abbinamento

Ai bambini del gruppo sperimentale vennero abbinati i compagni del gruppo di controllo sulla base dell'età, del grado di ritardo mentale e del grado di deambulazione. L'età cronologica media al momento dello screening dei bambini del gruppo sperimentale ($n = 10$) era di 64 mesi (DS = 29 mesi) e l'età cronologica media dei bambini del gruppo di controllo ($n = 10$) era di 66 mesi (DS = 31 mesi), con una differenza non significativa tra le età dei due gruppi.

L'abbinamento dei bambini per età mentale venne effettuato sulla base della stima dell'insegnante al momento dello screening. Le misure dell'età mentale secondo la scala VAB indicarono che le coppie di bambini erano bene scelte: l'età mentale media dei bambini del gruppo sperimentale ($n = 10$) era di 15 mesi (DS = 8 mesi) e quella dei bambini del gruppo di controllo era di 18 mesi (DS = 12 mesi). La differenza tra i gruppi non era significativa né a livello di età mentale generale né a livello di prestazioni alle subscale del test VAB. L'abbinamento dei bambini risultò accurato anche per quanto riguardava le capacità di deambulazione (100% di concordanza).

Confronti tra i gruppi

La figura 2 mostra la durata percentuale dei comportamenti autolesionistici potenziali osservata nei bambini del gruppo sperimentale (si veda la figura 2a) e del gruppo di controllo (si veda la figura 2b) in funzione dell'età dei soggetti.

La figura 2 mostra che, in media, i bambini del gruppo sperimentale emisero effettivamente più comportamenti autolesionistici rispetto a quelli del gruppo di controllo. La durata percentuale media dei comportamenti autolesionistici potenziali evidenziata dai bambini del gruppo sperimentale ($n = 10$) fu del 7,00% (DS = 9,50) e quella del gruppo di controllo ($n = 10$) fu del 2,76% (DS = 4,22), con una differenza significativa

tra i gruppi. Ciò nonostante si può notare che gli insegnanti non sempre identificarono correttamente i comportamenti autolesionistici potenziali, poiché 3 bambini del gruppo di controllo li emisero per un tempo superiore al 2% (a fronte dei 7 bambini su 10 del gruppo sperimentale).

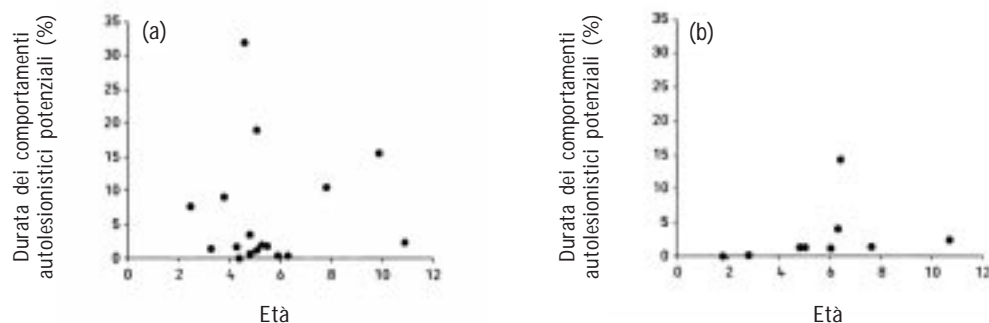


Fig. 2 Durata percentuale dei comportamenti autolesionistici potenziali osservati nei bambini dei gruppi sperimentale e di controllo in funzione dell'età.

Esaminando le altre differenze esistenti tra i gruppi, la percentuale di maschi rispetto alle femmine era maggiore nel gruppo sperimentale che non nel gruppo di controllo (nel gruppo sperimentale i maschi erano 8, mentre nel gruppo di controllo erano soltanto 3). Benché apparentemente questo potrebbe suggerire che il genere sessuale possa essere un potenziale marker di rischio per l'identificazione dei potenziali comportamenti autolesionistici, la differenza non era rilevante ($P = 0,007$, test esatto di Fisher). I bambini del gruppo sperimentale mostravano maggiori deficit sensoriali rispetto ai bambini del gruppo di controllo (4 bambini del gruppo sperimentale avevano un deficit visivo e/o uditivo, a fronte di un solo bambino del gruppo di controllo). Anche in questo caso, sebbene da un lato ciò potrebbe suggerire che i bambini con deficit sensoriali siano maggiormente a rischio di sviluppare comportamenti autolesionistici rispetto a quelli che non presentano tali minorazioni, la differenza non era rilevante ($P = 0,30$, test esatto di Fisher). Nell'anamnesi di 6 bambini del gruppo sperimentale e di 5 del gruppo di controllo risultavano infezioni all'orecchio (otite media) e 3 bambini del gruppo sperimentale e 3 del gruppo di controllo soffrivano di epilessia. Ancora una volta la differenza non risultò significativa.

Il punteggio totale medio ottenuto alla scala CAR dai bambini del gruppo sperimentale ($n = 10$) fu di 33,2 (DS = 6,87) e quello ottenuto dai bambini del gruppo di controllo fu di 33,0 (DS = 13,67): la mancanza di una differenza significativa indica che i gruppi non si distinguevano nel grado di autismo.

Il punteggio totale medio ottenuto alla scala ABC dai bambini del gruppo sperimentale ($n = 10$) fu di 43,2 (DS = 25,12) e da quelli del gruppo di controllo ($n = 10$) fu di 29,6 (DS = 17,38). La differenza tra i gruppi non era significativa. Non si riscontrarono differenze nemmeno nelle prestazioni alle singole subscale.

La durata percentuale media delle stereotipie dei bambini del gruppo sperimentale ($n = 10$) era 4,28% (DS = 3,92) e quella dei bambini del gruppo di controllo ($n = 10$) era 4,43% (DS = 4,91), dunque senza differenze significative.

Valutazione dei marker di rischio

Durante l'osservazione, 9 bambini (su 10) del gruppo di controllo emisero alcuni potenziali comportamenti autolesionistici (sebbene a livelli molto contenuti, si veda la figura 2), per cui apparve evidente come essi non costituissero di fatto un gruppo distinto dai bambini del gruppo sperimentale, soprattutto perché molte altre misure dimostrarono che i due gruppi erano estremamente simili. Di conseguenza, questi 9 bambini vennero aggregati agli altri 17 del gruppo sperimentale per formare un gruppo di «soggetti con potenziali comportamenti autolesionistici» ($n = 26$). Per poter identificare i marker di rischio per il comportamento autolesionistico potenziale, la durata percentuale del comportamento autolesionistico osservata a scuola fu correlata alle caratteristiche dei bambini (cioè sesso, età cronologica, età mentale, capacità di deambulazione, deficit sensoriali, grado di autismo, grado di comportamenti problema e durata delle stereotipie). La tabella 3 mostra come l'età mentale e la capacità di deambulazione fossero correlate in modo significativo con la durata percentuale dei comportamenti autolesionistici potenziali osservati a scuola, per cui queste variabili potrebbero essere considerate marker di rischio per i comportamenti autolesionistici potenziali.

TABELLA 3
Correlazioni tra caratteristiche dei bambini e durata del comportamento autolesionistico potenziale osservato nel momento 1

<i>Covariante</i>	<i>Correlazione con la durata del comportamento</i>
Sesso ¹	0,23
Età	0,06
Età mentale	- 0,41 *
Deambulazione ²	0,40 *
Deficit sensoriali ³	0,28
Punteggio totale CARS	- 0,16
Punteggio totale ABC	- 0,22
Durata percentuale delle stereotipie	0,20

* $P < 0,05$

¹ Maschi e femmine vennero codificati rispettivamente con 0 e 1.

² I bambini deambulanti, parzialmente deambulanti e non deambulanti vennero codificati rispettivamente con 0, 1 e 2.

³ L'assenza di deficit sensoriali, la presenza di deficit visivi e la presenza di deficit uditivi furono codificate rispettivamente con 0, 1 e 2.

Osservazioni di follow-up

I bambini del gruppo sperimentale vennero osservati per circa 18 mesi a scuola, a intervalli di 3 mesi. A causa di limiti pratici, la durata media dell'intervallo tra i follow-up per ciascun bambino fu molto varia, con una media di 3,67 mesi (gamma = 3,2-6 mesi). Un lungo intervallo di follow-up (6 mesi) si ebbe nel caso di un bambino (12) che venne ricoverato in ospedale per una terapia, non connessa al comportamento autolesionistico. Il numero medio di follow-up condotti per ciascun bambino tra i bambini fu di 5,82 (gamma = 2-8). Solo per il bambino 14 fu possibile effettuare poche rilevazioni di follow-up (soltanto due); secondo il suo insegnante, questo alunno viveva con forte disagio le procedure di osservazione diretta. Di conseguenza, per questo bambino non vennero eseguite ulteriori osservazioni di follow-up.

La durata media complessiva del periodo di follow-up per ciascun bambino fu di 16,88 mesi (gamma = 4-24 mesi), comprendendo il bambino 14, e di 17,69 mesi (gamma = 12-24 mesi), escludendolo. La figura 3 mostra le frequenze medie dei comportamenti autolesionistici (3a) e delle stereotipie (3b) nei bambini del gruppo sperimentale in ogni osservazione di follow-up.

Poiché la durata del periodo di follow-up e la scansione di queste osservazioni furono inevitabilmente leggermente diverse da un bambino all'altro, a causa di limiti oggettivi, per definire l'evoluzione del comportamento autolesionistico nel tempo fu adottato un modello di crescita lineare (Willet, 1988), in modo da descriverne con maggiore accuratezza lo sviluppo nei bambini del gruppo sperimentale. In particolare, le linee di regressione lineare vennero adattate ai dati di ciascun alunno utilizzando gli *Ordinary Least Squares*. Questa analisi evidenziò una forte variabilità tra i soggetti, del gruppo sperimentale e di controllo, in termini sia di livelli iniziali di comportamenti osservati — potenziali comportamenti autolesionistici e stereotipie — sia di successivi livelli di variazione.

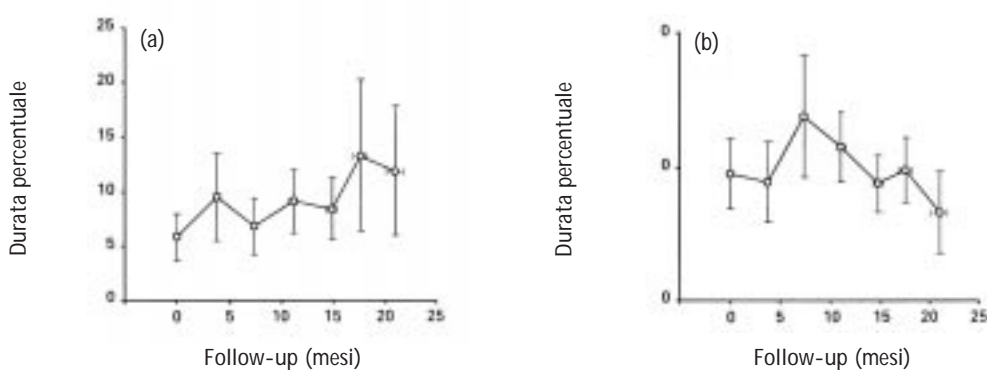


Fig. 3 Durata percentuale dei comportamenti autolesionistici potenziali e delle stereotipie calcolata in media tra i bambini del gruppo sperimentale per tutte le osservazioni di follow-up.

Durata percentuale

Dei bambini del gruppo sperimentale, 12 mostrarono delle regressioni positive per il comportamento autolesionistico, indicando che quest'ultimo era diminuito (in misure diverse) durante le osservazioni di follow-up, e 4 bambini (i casi 1, 4, 5 e 12) mostrano regressioni positive rilevanti. Altri 8 bambini evidenziarono regressioni negative nelle stereotipie e un bambino ebbe un'inclinazione significativa (negativa) non-zero (cioè il caso 13). La percentuale mensile media stimata della variazione (cioè la media dei valori di inclinazione tra i soggetti) fu dello 0,18% per il comportamento autolesionistico e di -0,07% per le stereotipie, e ciò indica che, sebbene il cambiamento nel tempo fosse relativamente lento, complessivamente la frequenza delle stereotipie sembrava leggermente decrescente, mentre quella dei comportamenti autolesionistici appariva in aumento. La maggior parte delle percentuali di crescita vennero stimate con esattezza (gli errori standard delle linee di regressione risultarono relativamente piccoli), a indicare che il modello lineare si adattava bene ai dati.

Prevedere l'incremento dei comportamenti autolesionistici

Nel momento 1 vennero misurati alcuni marker di rischio potenziale (covarianti) per lo sviluppo di comportamenti autolesionistici, cioè sesso, età cronologica, età mentale (secondo la scala VAB), grado di deambulazione, deficit sensoriali, autismo (secondo la scala CAR) e altri comportamenti problema (secondo la scala ABC). Inoltre, per i bambini del gruppo sperimentale venne misurata anche la preoccupazione dell'insegnante riguardo alle stereotipie e ai potenziali comportamenti autolesionistici. I dati rilevati attraverso la *Teacher Concern Scale* relativamente ai 17 bambini del gruppo sperimentale vengono presentati nella tabella 4, dalla quale appare che, per 12 casi, i punteggi più alti di preoccupazione erano connessi alle topografie del comportamento autolesionistico piuttosto che a quelle delle stereotipie. Tale differenza, tuttavia, non era statisticamente significativa ($W = 1,93$, $P > 0,05$, test di Wilcoxon).

Per determinare l'importanza relativa di questi marker di rischio per l'evoluzione generale dei comportamenti autolesionistici potenziali, venne effettuata una nuova analisi statistica, attraverso una regressione ponderata dei quadrati minimi (Willet, 1988). Teoricamente, questa operazione dovrebbe essere effettuata attraverso una regressione multipla (in modo da poter valutare le interazioni tra i marker di rischio). Tuttavia, poiché il gruppo sperimentale coinvolto era troppo piccolo, vennero eseguite delle analisi di regressione individuale. La tabella 5 mostra i risultati dell'analisi intra-individuale relativa all'evoluzione del comportamento autolesionistico avendo come covarianti il sesso, l'età cronologica, l'età mentale, la capacità di deambulazione, i deficit sensoriali, il punteggio totale al test CAR, il punteggio totale al test ABC, il punteggio di preoccupazione dell'insegnante, la durata percentuale dei comportamenti autolesionistici potenziali e delle stereotipie registrata nel momento 1.

TABELLA 4
 Scala di preoccupazione dell'insegnante: topografie e punteggi
 (tra parentesi) per i bambini del gruppo sperimentale nel momento 1

<i>Soggetti</i>	<i>Comportamenti autolesionistici potenziali</i>	<i>Stereotipie</i>
1	Colpirsi la testa con oggetti (3), colpirsi con calci (2), graffiarsi (1)	Dondolare il corpo (3), agitare le braccia (0)
2	Mordersi la mano (2), graffiarsi (1), infilarsi qualcosa negli occhi (1), tirarsi i capelli (1)	Ciondolare la testa (2), dondolare il corpo (1), agitare le braccia (1)
3	Mordersi la mano (2), tirarsi i capelli (1)	Dondolare il corpo (2), ciondolare la testa (2), agitare le braccia (1)
4	Colpirsi il corpo (2), graffiarsi (1), colpirsi con calci (0)	Agitare le braccia (3), dondolare il corpo (2), ciondolare la testa (1)
5	Colpirsi la testa (2), graffiarsi (1), colpirsi il corpo (1)	—
6	—	Dondolare il corpo (2)
7	Mordersi la mano (1), sbattere la testa (1), inserirsi oggetti (1)	Ciondolare la testa (0)
8	Mordersi la mano (3), tirarsi i capelli (1)	—
9	Graffiarsi (1), colpirsi la testa con oggetti (1), colpirsi il corpo (0)	Agitare le braccia (1), ciondolare la testa (0)
10	Colpirsi il corpo (1)	Agitare le braccia (0)
11	Colpirsi la testa (2), colpirsi il corpo (1)	Dondolare il corpo (1), agitare le braccia (0)
12	Mordersi la mano (0), pizzicarsi (0), colpirsi il corpo (0), graffiarsi (0)	Agitare le braccia (0)
13	Graffiarsi (1)	Agitare le braccia (1), ciondolare la testa (0)
14	Colpirsi la testa (2), colpirsi il corpo (1), graffiarsi (1), infilarsi qualcosa negli occhi (0)	—
15	Colpirsi la testa (1), colpirsi la testa con oggetti (1), sbattere la testa (1)	Agitare le braccia (1), dondolare il corpo (0)
16	Mordersi la mano (2), colpirsi il corpo (1)	Agitare le braccia (2)
17	Graffiarsi (1), mordersi la mano (1)	Agitare le braccia (1)

La tabella 5 mostra l'esistenza di un'associazione statisticamente significativa tra il grado di preoccupazione dell'insegnante riguardo ai comportamenti autolesionistici potenziali nel momento 1 e l'incremento dei comportamenti autolesionistici ($r = 0,53$, $P < 0,05$), indicando che il grado di preoccupazione può essere un fattore determinante per l'evolversi del comportamento autolesionistico. Nessuna delle altre variabili sembra predire gli incrementi del comportamento autolesionistico.

Conclusioni

Lo studio del comportamento autolesionistico nelle persone con ritardo mentale ha sistematicamente riscontrato una prevalenza dell'8-15% nei soggetti istituzionalizzati

Identificazione precoce del comportamento autolesionistico

TABELLA 5
Correlazioni tra i parametri di inclinazione per il comportamento autolesionistico e 11 covarianti utilizzando i quadrati minimi ponderati

Covariante (momento 1)	Variazione nel comportamento autolesionistico
Sesso	- 0,38
Età	- 0,19
Età mentale	0,05
Deambulazione	0,24
Compromissioni sensoriali	0,35
Punteggio totale VARS	- 0,23
Punteggio totale ABC	0,03
<i>Punteggio di preoccupazione</i>	
Comportamenti autolesionistici	0,53 *
Stereotipie	0,07
<i>Durata percentuale</i>	
Comportamenti autolesionistici	- 0,17
Stereotipie	- 0,09

* P < 0,05

(Ballinger, 1971; Maisto et al., 1978; Schroeder et al., 1978; Oliver et al., 1987), che può salire al 35% e oltre in certe fasce di età (Oliver et al., 1987). Queste elevate percentuali di prevalenza, tuttavia, sono state perlopiù considerate come una conseguenza della selezione delle persone con comportamenti problematici da collocare in istituti. Gli studi condotti nella comunità hanno registrato in genere delle percentuali di prevalenza inferiori, generalmente nell'ordine del 2-4% per gli adulti (Kebbon e Windahl, 1986; Rojahn, 1986; Oliver et al., 1987).

La prevalenza dei comportamenti autolesionistici nei bambini è stata studiata meno; tuttavia, Oliver e colleghi (1987) hanno riscontrato in soggetti con ritardo mentale grave frequentanti scuole comuni una percentuale che si collocava attorno al 3% nei bambini sotto i 5 anni di età, al 4% nei bambini tra i 5-10 anni, all'8% in quelli con 10-15 anni e al 12% nei ragazzi al di sopra dei 15 anni di età.

In questo studio, la prevalenza di autolesionismo *potenziale* in bambini con età inferiore agli 11 anni iscritti in scuole speciali per soggetti con ritardo mentale grave e/o autismo risultò del 25%. Questa cifra è superiore a quelle fornite dagli studi precedenti e probabilmente è dovuta a due fattori principali:

1. in questo studio è stata utilizzata una definizione topografica del comportamento autolesionistico, anziché una definizione basata sul criterio del danno ai tessuti (Oliver et al., 1987), e agli insegnanti venne richiesto esplicitamente di rilevare i comportamenti che presentavano la topografia descritta anche quando erano leggeri e non procuravano lesioni;
2. in Gran Bretagna, grazie alle recenti politiche di integrazione scolastica i bambini con disabilità lievi frequentano le scuole di tutti, per cui i soggetti che frequentano le

scuole specializzate presentano probabilmente in media un grado di disabilità più grave rispetto agli anni precedenti.

La cronicità del comportamento autolesionistico, una volta insorto, è stata tema di vasta discussione: nell'evoluzione dell'autolesionismo, alcuni studi hanno apparentemente rilevato cambiamenti notevoli in brevi lassi di tempo (Schroeder et al., 1978), mentre altri hanno riscontrato variazioni minime nel corso del tempo (Schroeder et al., 1986; Windahl, 1988; Murphy et al., 1993; Kiernan e Alborz, 1996), per lo meno relativamente alle persone con autolesionismo più grave. La probabilità di un'elevata cronicità dell'autolesionismo, almeno per alcune persone, implica che le percentuali di prevalenza probabilmente non rispecchiano esattamente le percentuali di incidenza.

In questo studio si è rilevato che la percentuale di incidenza di comportamenti topograficamente simili all'autolesionismo nei bambini di 11 anni o meno — con ritardo mentale grave e/o autismo che frequentano scuole specializzate — era del 3% (cioè su un totale di 614 bambini selezionati, 19 avevano iniziato a emettere topografie simili al comportamento autolesionistico negli ultimi 3 mesi), a fronte di una percentuale di prevalenza, nelle stesse scuole, del 25% (i 152 bambini che emettevano qualche forma di comportamento autolesionistico). Di conseguenza, risultava che il 12% di questi 152 bambini (cioè 19 su 152) aveva iniziato, secondo gli insegnanti, a emettere autolesionismo nel corso degli ultimi 3 mesi. Le topografie più comuni mostrate dai bambini che avevano iniziato di recente a emettere autolesionismo erano: mordersi la mano (6 su 17), colpirsi la testa con la mano (5 su 17), colpirsi la testa con oggetti (3 su 17), strapparsi i capelli (2 su 17), colpirsi il corpo (2 su 17); un bambino si graffiava e uno si infilava oggetti negli occhi; 3 su 17 emettevano più topografie. Queste topografie sono le stesse rilevate anche in altri studi sui comportamenti autolesionistici (ad esempio Oliver et al., 1987).

Al momento dello screening venne chiesto agli insegnanti di identificare, nella stessa classe di ciascun bambino del gruppo sperimentale, un bambino che per età e abilità (compreso lo sviluppo fisico e cognitivo) gli fosse pari. I dati indicarono che questi abbinamenti erano stati operati correttamente. La decisione di abbinare le diadi in base all'età e all'abilità era dettata dal fatto che questi marker di rischio erano già noti in letteratura: se il compagno da abbinare al bambino del gruppo sperimentale fosse stato scelto con una procedura randomizzata all'interno delle classi, è probabile che i soggetti del gruppo di controllo avrebbero avuto età e abilità diverse da quelli del gruppo sperimentale, introducendo così altri possibili marker di rischio. Per gli insegnanti fu spesso difficile scegliere un bambino di età e abilità simili che però non emettesse comportamenti autolesionistici, e di conseguenza per alcuni bambini fu impossibile trovare un compagno idoneo.

Inoltre, sebbene il gruppo di controllo si distinguesse leggermente dal gruppo sperimentale per composizione (più maschi nel gruppo sperimentale), deficit sensoriali (più comuni nel gruppo sperimentale) e altri comportamenti problema (mediamente più frequenti nel gruppo sperimentale), tali differenze non erano statisticamente significative. I due gruppi non differivano neanche nel grado di autismo (secondo i relativi punteggi

alla scala CAR); tuttavia, poiché in 7 casi le scuole erano specifiche per soggetti con autismo, è possibile che questo risultato sia stato sottovalutato.

I dati rilevati da questo studio sembrano indicare che queste caratteristiche (cioè il sesso, i deficit sensoriali, la presenza di altri comportamenti problema e il grado di autismo) siano marker di rischio insufficienti per identificare correttamente i bambini con ritardo mentale grave sotto gli 11 anni che emetteranno le prime forme di comportamento autolesionistico. Tuttavia, è possibile che la combinazione di grave grado di disabilità e giovane età sia sufficiente per identificare un gruppo a rischio molto elevato per l'emissione di topografie di autolesionismo, poiché era stato difficile per gli insegnanti trovare nella scuola bambini simili a quelli del gruppo sperimentale che non avessero già emesso qualche forma di comportamento autolesionistico. Le osservazioni effettuate nelle classi indicarono che su 10 bambini del gruppo di controllo — selezionati dall'insegnante quali soggetti che non emettevano topografie autolesionistiche — di fatto 9 emettevano alcuni di questi comportamenti, anche se con frequenze molto inferiori rispetto bambini del gruppo sperimentale (si veda la figura 2). Questo dato ci suggerisce che, se da un lato è possibile condurre studi sull'intervento precoce domandando agli insegnanti di selezionare dei bambini con comportamento autolesionistico iniziale, dall'altro lato è possibile anche che in questo modo si trascurino alcuni bambini coinvolti dal problema.

Quando tutti i 26 bambini che emettevano una qualsiasi forma di comportamento autolesionistico potenziale vennero raggruppati e le loro caratteristiche furono correlate con la durata percentuale del comportamento autolesionistico a scuola (nel momento 1), si scoprì che i bambini con età mentale inferiore, così come quelli con minori capacità di deambulazione, avevano più probabilità di emettere comportamenti autolesionistici potenziali, e ciò indica che questi fattori possono costituire importanti marker di rischio anche all'interno di gruppi di bambini con grave ritardo mentale. In effetti questo potrebbe spiegare perché fu così difficile per gli insegnanti selezionare i bambini del gruppo di controllo — da abbinare ai bambini del gruppo sperimentale sulla base dell'età mentale e delle capacità di deambulazione — che non emettessero potenziali comportamenti autolesionistici. Partendo da questi dati, una possibilità è che tutti o quasi tutti i bambini sotto gli 11 anni con disabilità grave che non sono deambulanti mostreranno alcuni comportamenti che in questo studio sono stati classificati come autolesionistici o potenzialmente autolesionistici. È probabile, data la prevalenza dell'autolesionismo grave, che solamente alcuni di questi bambini continueranno a emettere il comportamento oppure a emetterlo con maggiore frequenza o intensità tanto che venga riconosciuto da insegnanti e/o genitori come comportamento autolesionistico. Tuttavia, all'attuale stadio delle conoscenze, può essere utile condurre degli studi di intervento precoci con tutti questi bambini, benché non sia ancora chiaro quali di loro svilupperanno comportamenti autolesionistici gravi.

Non esistono studi sull'evoluzione nel tempo del comportamento autolesionistico precoce nei bambini. Tali studi sono però necessari per comprendere perché alcuni bambini con ritardo mentale sviluppano un comportamento autolesionistico che diven-

terà un problema gravissimo nelle loro vite (e per quelli che si prendono cura di loro) e altri no. Nel nostro studio, le osservazioni dirette effettuate ogni 3 mesi nelle classi rilevarono che, in media, la frequenza dell'autolesionismo tra i bambini del gruppo sperimentale era aumentata nell'arco di 18 mesi (si veda la figura 3). Tuttavia, l'evoluzione del comportamento autolesionistico variava da bambino a bambino, e ciò potrebbe rispecchiare — almeno in parte — una variazione ciclica nel tempo (Lewis et al., 1995).

Le linee di regressione adattate ai dati di osservazione presentarono significative inclinazioni positive soltanto per 4 bambini su 16 e nessuna mostrava inclinazioni negative rilevanti (non fu possibile analizzare le variazioni nel tempo per un caso, a causa dell'avversione del bambino per le osservazioni). In generale, l'evoluzione delle stereotipie sembrò prendere una direzione opposta rispetto a quella del comportamento autolesionistico: in media, la frequenza delle stereotipie andò diminuendo e per 8 bambini su 16 le inclinazioni di regressione risultarono negative, sebbene soltanto una lo fosse in modo significativo. Sebbene possa sembrare che questi dati supportino le ipotesi di Guess e Carr (1991) sulle origini dell'autolesionismo, occorre rilevare che di questi 12 bambini le cui le linee di regressione del comportamento autolesionistico avevano inclinazione positiva, 7 avevano inclinazioni positive (non significative) per le stereotipie, mentre nei 4 bambini con inclinazioni negative (non significative) per il comportamento autolesionistico, 3 avevano anche inclinazioni negative per le stereotipie. Infatti, in nessuno dei 4 bambini il cui comportamento autolesionistico era aumentato in modo significativo si era registrata una riduzione rilevante delle stereotipie.

A livello individuale, le correlazioni tra una serie di variabili e l'evoluzione del comportamento autolesionistico indicarono che l'unica variabile misurata nel momento 1 che prediceva un aumento del comportamento autolesionistico era il punteggio di preoccupazione dell'insegnante per il comportamento stesso. Di conseguenza è possibile che, anche in fase molto precoce di comparsa del comportamento autolesionistico, sia la risposta sociale di terzi quella che più predice un aggravamento comportamentale, come suggeriscono i modelli di analisi funzionale del comportamento (Carr, 1977; Oliver e Head, 1990; Oliver, 1993). Tuttavia, solo studi sistematici potranno esaminare questa possibilità.

— TITOLO ORIGINALE —

Identification of early self-injurious behaviour in young children with intellectual disability. Tratto da «Journal of Intellectual Disability Research», vol. 43, part. 3, 1999. © Blackwell Science Ltd. Pubblicato con il permesso dell'Editore. Traduzione italiana di Paola Dalprà.

Bibliografia

- Aman M.G. et al. (1985), *The aberrant behavior checklist*, «Psychopharmacology Bulletin», vol. 21, pp. 845-850.
- Anderson L.T. e Ernst M. (1994), *Self-injury in LeschNyhan disease*, «Journal of Autism and Developmental Disorders», vol. 24, pp. 67-81.
- Ando H. e Yoshimura I. (1978), *Prevalence of maladaptive behavior in retarded children as a function of IQ and age*, «Journal of Abnormal Child Psychology», vol. 6, pp. 345-349.
- Bakeman R. e Gottman J.M. (1986), *Observing interaction: An introduction to sequential analysis*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Ballinger B.R. (1971), *Minor self injury*, «British Journal of Psychiatry», vol. 118, pp. 535-538.
- Bartak L. e Rutter M. (1976), *Differences between mentally retarded and normally intelligent autistic children*, «Journal of Autism and Childhood Schizophrenia», vol. 6, pp. 109-120.
- Carr E.G. (1977), *The motivation of self-injurious behavior: A review of some hypotheses*, «Psychological Bulletin», vol. 84, pp. 800-816.
- Carr E.G. e Durand V.M. (1985), *Reducing behavior problems through functional communication training*, «Journal of Applied Behavior Analysis», vol. 18, pp. 111-126.
- Christie R. et al. (1982), *LeschNyhan disease: Clinical experience with nineteen patients*, «Developmental Medicine and Child Neurology», vol. 24, pp. 293-306.
- Cohen J. (1960), *A coefficient of agreement for nominal scales*, «Educational and Psychological Measurement», vol. 20, pp. 37-46.
- Cronbach L.J. et al. (1972), *The dependability of behavioral measurements: Theory of generalizability for scores and profiles*, New York, NY, Wiley.
- Durand V.M. e Carr E.G. (1987), *Social influences on «self-stimulatory» behavior: Analysis and treatment application*, «Journal of Applied Behavior Analysis», vol. 20, pp. 119-132.
- Durand V.M. e Carr E.G. (1991), *Functional communication training to reduce challenging behavior: Maintenance and application in new settings*, «Journal of Applied Behavior Analysis», vol. 24, pp. 251-264.
- Education Authorities Yearbook* (1991), Schools Government Publishing Company, Redhill, Surrey.
- Green A.H. (1967), *Self-mutilation in schizophrenic children*, «Archives of General Psychiatry», vol. 17, pp. 233-244.
- Griffin J.C. et al. (1987), *A community survey of self-injurious behavior among developmentally disabled children and adolescents*, «Hospital and Community Psychiatry», vol. 38, pp. 959-963.
- Griffin J.C. et al. (1984), *Self-injurious behavior: A state-wide prevalence survey, assessment of severe cases and follow-up of aversive programs*. In J.C. Griffin et al. (a cura di), *Advances in the treatment of self-injurious behavior*, Department of Health and Human Services, Texas Planning Council for Developmental Disabilities, Austin, TX, pp. 1-25.
- Guess D. e Carr E.G. (1991), *Emergence and maintenance of stereotypy and self-injury*, «American Journal on Mental Retardation», vol. 96, pp. 299-319.
- Hollenbeck A.R. (1978), *Problems of reliability in observational research*. In G.P. Sackett (a cura di), *Observing behavior: Data collection and analysis methods. Vol. 2*, pp. 79-98, University Park Press, Baltimore, MD.
- Iwata B.A. et al. (1982), *Toward a functional analysis of self-injury*, «Analysis and Intervention in Developmental Disabilities», vol. 2, pp. 3-20.
- Iwata B.A. et al. (1994), *The functions of self-injurious behavior: An experimental epidemiological analysis*, «Journal of Applied Behavior Analysis», vol. 27, pp. 215-240.

- Kebbon L. e Windahl S.I. (1986), *Self-injurious behavior: Results of a nationwide survey among mentally retarded persons in Sweden*. In J.M. Berg e J.M. Dejong (a cura di), *Science and service in mental retardation*, London, Methuen, pp. 142-148.
- Kiernan C. e Alborz A. (1996), *Persistence and change in challenging and problem behaviours of young adults with intellectual disability living in the family home*, «Journal of Applied Research in Intellectual Disability», vol. 9, pp. 181-193
- Kiernan C. e Kiernan D. (1994), *Challenging behaviour in schools for pupils with severe learning difficulties*, «Mental Handicap Research», vol. 7, pp. 177-201.
- Kropka B. e Williams C. (1980), *A survey of blind and partially sighted residents in the mental handicap hospitals of Devon*, «Apex», vol. 8, pp. 43-44.
- Lewis M.H., Silva J.R. e Silva S.G. (1995), *Cyclicity of aggression and self-injurious behaviour in individuals with mental retardation*, «American Journal of Mental Retardation», vol. 99, pp. 436-444.
- Maisto C.R., Baumeister A.A. e Maisto A.A. (1978), *All analysis of variables related to self-injurious behaviour among institutionalised retarded persons*, «Journal of Mental Deficiency Research», vol. 22, pp. 27-36.
- Murphy G. (1987), *Direct observation as an assessment tool in functional analysis and treatment*. In J. Hogg e N.H. Raynes (a cura di), *Assessment in mental handicap: A guide to assessment practice, tests and checklists*, London, Croom Helm, pp. 190-238.
- Murphy G. et al. (1993), *Epidemiology of self-injury, characteristics of people with severe self-injury and initial treatment outcome*. In C. Kiernan (a cura di), *Research to practice? Implications of research on the challenging behaviour of people with learning disability*, Kidderminster, BILD Publications, pp. 1-35.
- Oliver C. (1993), *Self-injurious behaviour: From response to strategy*. In C. Kiernan (a cura di), *Research to practice? Implications of research on the challenging behaviour of people with learning disability*, Kidderminster, BILD Publications, pp. 136-188.
- Oliver C. (1995), *Self-injurious behaviour in children with learning disabilities: Recent advances in assessment and intervention*, «Journal of Child Psychology and Psychiatry», vol. 30, pp. 909-927.
- Oliver C. e Head D. (1990), *Self-injurious behaviour in people with learning disabilities: Determinants and interventions*, «International Review of Psychiatry», vol. 2, pp. 101-116.
- Oliver C., Murphy G.H. e Corbett J.A. (1987), *Self-injurious behaviour in people with mental handicap: A total population study*, «Journal of Mental Deficiency Research», vol. 31, pp. 147-162.
- Paisley T.J.H., Whitway R.B. e Hislop P.M. (1990), *Client characteristics and treatment selection: legitimate influences and misleading inferences*. In A.C. Repp e N.N. Singh (a cura di), *Perspectives on the use of non-aversive and aversive interventions for persons with developmental disabilities*, Sycamore, IL, Sycamore Publishing Co.
- Repp A.C. et al. (1989), *Conducting behavioral assessments on computer collected data*, «Behavioral Assessment», vol. 11, pp. 249-268.
- Rojahn J. (1984), *Self-injurious behavior in institutionalised, severely/profoundly retarded adults prevalence data and staff agreement*, «Journal of Behavioral Assessment», vol. 6, pp. 13-27.
- Rojahn J. (1986), *Self-injurious and stereotypic behavior of non-institutionalised mentally retarded people: Prevalence and classification*, «American Journal of Mental Deficiency», vol. 91, pp. 268-276.
- Schopler E. et al. (1980), *Toward objective classification of childhood autism: Childhood autism rating scale*, «Journal of Autism and Developmental Disorders», vol. 10, pp. 91-103.

- Schroeder S.R. et al. (1978), *Prevalence of self-injurious behavior in a large state facility for the retarded: A three year follow-up study*, «Journal of Autism and Childhood Schizophrenia», vol. 8, pp. 261-269.
- Schroeder S.R., Bickel W.K. e Richmond G. (1986), *Primary and secondary prevention of self-injurious behaviors: A life-long problem*. In K.D. Gadow (a cura di), *Advances in learning and behavioral disabilities. Vol. 5*, Greenwich, CT, JAI Press.
- Shodell M.J. e Reiter H.H. (1968), *Self-mutilative behavior in verbal and non-verbal schizophrenic children*, «Archives of General Psychiatry», vol. 19, pp. 453-455.
- Sparrow S.S., Balla D.A. e Chicchetti D.V. (1984), *Vineland Adaptive Behavior Scales: Interview Edition. Survey Form Manual*, Circle Pines, MN, American Guidance Service.
- Vollmer T.R. (1995), *Progressing from brief assessments to extended experimental analyses in the evaluation of aberrant behavior*, «Journal of Applied Behavior Analysis», vol. 28, pp. 561-576.
- Weisler N.A., Hanson R.H. e Nord G. (1995), *Investigation of mortality and morbidity associated with severe self-injurious behavior*, «American Journal on Mental Retardation», vol. 100, pp. 1-5.
- Willett J.B. (1988), *Questions and answers in the measurement of change*. In E.Z. Rothkopf (a cura di), *Review of research in education. Vol. 15*, Washington, DC, American Educational Research Association, pp. 345-422.
- Windahl S.I. (1998), *SIB in a time perspective: A follow-up of SIB prevalence and frequency after 10-13 years*, relazione presentata all'8ª conferenza IASSMD, Dublino.

