

Capitolo terzo

STEREOTIPIE E AUTOLESIONISMO:
DALL'ANALISI FUNZIONALE ALLA SCELTA DEL
TRATTAMENTO

A.C. Repp - D. Felce - L.E. Barton
Northern Illinois University - British Institute of Mental
Handicap - Kent State University

Le stereotipie e l'autolesionismo sono forme relativamente comuni di comportamento disadattivo in persone handicappate mentali gravi, autistici e sordi e/o ciechi. La *stereotipia* è di solito definita come una serie di movimenti ripetitivi del corpo, senza apparente significato adattivo, e si manifesta molto spesso sotto forma di dondolamento del corpo, smorfie della bocca o movimenti complessi delle mani e delle dita (LaGrow e Repp, 1984). La sua incidenza è altissima tra gli handicappati gravi e le stereotipie sono state osservate in circa due terzi della popolazione ritardata istituzionalizzata (Berkson e Davenport, 1962; Kaufman e Levitt, 1965). Studi più recenti hanno mostrato che le persone istituzionalizzate occupavano dal 7% al 47% del loro tempo in comportamenti stereotipati (Repp e Barton, 1980), mentre questo valore è solo del 13% in un gruppo simile per livello di sviluppo, composto di handicappati che invece vivevano in comunità alloggio (Repp, Barton e Gottlieb, 1983). Il comportamento *autolesionistico* è ovviamente una forma estrema di comportamento problematico, ma purtroppo anche la sua incidenza è alta. Alcuni studi hanno riscontrato che una percentuale che va dall'8% al 17% di persone ritardate istituzionalizzate presentavano comportamenti autolesionistici (Griffin, Williams, Stark, Altmeyer e Mason, 1986; Ross, 1972; Schroeder, Schroeder, Smith e Dalldorf, 1978; Smeets, 1971), una stima peraltro considerata da alcuni anche molto prudente (Rincover e Devany, 1982).

Dal momento che questi comportamenti sono così comuni, essi hanno stimolato un considerevole numero di ricerche e di ipotesi circa le loro cause. Eccellenti analisi possono essere trovate in molti lavori, tra cui quelli di Baumeister e Rollings (1977), Carr (1977), Cataldo e Harris (1982) e Johnson e Baumeister (1978).

Alcune di queste ipotesi eziologiche sono state elaborate nell'ambito metodologico dell'*analisi applicata del comportamento*. Queste sono: l'ipotesi dell'*autostimolazione*, del *rinforzamento positivo* e del *rinforzamento negativo*. Il nostro punto di vista è che nessuna di queste ipotesi si possa applicare a tutti i soggetti e che se il tipo di trattamento si fonda sulle reali cause del comportamento problematico, la sua efficacia potrà essere notevolmente migliorata.

L'ipotesi dell'*autostimolazione* si basa sull'assunto che un organismo abbia bisogno di un certo *livello ottimale di stimolazione*, e che quindi possano venir emessi dei comportamenti compensatori quando si altera questo livello ideale. Questo incremento compensatorio di stimolazioni può pertanto verificarsi in apparente assenza di rinforzamento esterno (attenzioni sociali, vicinanza di altri, ecc.) (Leuba, 1955). Vi sono dati più recenti (Repp, Karsh e Van Acker, 1987) che indicano come alcuni individui gravemente handicappati aumentino non solo i loro comportamenti stereotipati, ma anche quelli adattivi o « neutri », al fine di mantenere un ritmo o una quantità complessiva di comportamento emesso relativamente costante nel tempo.

Così, alcuni soggetti emettono comportamenti autolesionistici o stereotipati quando la stimolazione ambientale è troppo scarsa e c'è il bisogno di « arricchire » la situazione stimolo.

Se la persona si sta dondolando per aumentare il flusso di stimolazione, una procedura di trattamento che rinforzi comportamenti adattivi che producono stimolazioni simili, sembra avere più probabilità di efficacia rispetto ad un altro tipo di procedura che non fornisca alcuna stimolazione aggiuntiva. Analogamente, se un soggetto presenta un comportamento disadattivo ad alta frequenza, a causa di un rinforzamento positivo contingente a questo comportamento, dovrebbe essere più efficace applicare delle *procedure di estinzione* associate con tecniche di *rinforzamento differenziale*.

D'altra parte, una persona che sia stata rinforzata negativamente per il comportamento problematico, ad esempio perché grazie a tale comportamento riusciva ad evitare un compito fastidioso, difficilmente risponderà

positivamente ad una procedura di *rinforzamento differenziale di un comportamento alternativo* (DRO), ma può essere molto aiutata da un insieme di procedure che comprendano un rinforzamento diretto dei comportamenti di *collaborazione*, tecniche di aiuto (*prompting*), modellaggio attraverso approssimazioni successive al compito e così via.

Molti studi hanno basato il loro trattamento su un' *analisi funzionale* delle variabili che mantengono il comportamento autolesionistico. Per esempio Carr, Newson e Binkoff (1976) trovarono che l'autolesionismo aumentava notevolmente quando venivano rivolte al soggetto delle richieste specifiche, mentre diminuiva quando gli erano rivolte invece semplici frasi descrittive.

Due autori mostrarono che il comportamento autolesionistico era molto correlato con il tipo di compito presentato (Gaylord-Ross, Weeks e Lipner, 1980) e che poteva essere ridotto diminuendo la frequenza di richieste, usando compiti più facili oppure procedure di insegnamento « senza errori » (Smeets et al., 1987; Striefel e Owens, 1988; Weeks e Gaylord-Ross, 1981).

Questi studi mostrarono dunque in modo chiaro che l'autolesionismo potrebbe essere in relazione con condizioni di richiesta di prestazione. Altri ricercatori (Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman e Richman, 1982) mostrarono come tale comportamento potesse dipendere anche da altre condizioni (per esempio, presenza o assenza di materiali vari ed interessanti nella situazione stimolo, tipo di domande e di attenzioni). Questi autori ne deducono che un'accurata *analisi funzionale* del comportamento autolesionistico dovrebbe essere una parte integrante di qualsiasi procedura di trattamento e che la scelta dello specifico tipo di intervento dovrebbe basarsi su un'approfondita analisi e comprensione della dinamica comportamentale di quel soggetto.

Lo scopo di questo articolo è di approfondire i suggerimenti di Iwata et al. (1982), confrontando le procedure di trattamento sostenute dalle differenti teorie interpretative, in modo da determinare se qualsiasi delle procedure suggerite dalle tre ipotesi comportamentali discusse sia ugualmente efficace o se sia invece più efficace la procedura strettamente correlata all'ipotesi ricavata da una puntuale analisi funzionale del comportamento. A questo scopo si sono analizzate le stereotipie o i comportamenti di autolesionismo di tre soggetti, sui quali è stato operato un confronto fra trattamenti basati sulle tre ipotesi già menzionate: autostimolazione, rinforzo positivo e rinforzo negativo.

Metodo

Soggetti e situazione sperimentale

I soggetti erano un bambino maschio e due femmine, rispettivamente di 7, 7 e 6 anni. Tutti e tre seguivano un programma speciale per persone gravemente ritardate, in cui tre volte al giorno svolgevano attività di apprendimento di abilità di autonomia, prescolastiche ed espressive. Tutte le attività erano svolte da insegnanti specializzati opportunamente aiutati dai loro assistenti. Tutti e tre i bambini mostravano un'alta frequenza di comportamenti stereotipati o autolesionistici.

Procedura

Misurazione basale

Questo studio fu condotto allo scopo di determinare se qualsiasi delle tre ipotesi fosse altrettanto utile per impostare il trattamento o se invece la causa trovata durante la misurazione di base era effettivamente rilevante per realizzare un intervento efficace. A questo scopo, durante la misurazione di base, furono registrati dati relativi alla variabile dipendente (il comportamento problema) ed alle situazioni che definivano le tre ipotesi causali (l'autostimolazione, il rinforzamento positivo e il rinforzamento negativo).

Per quanto riguarda l'ipotesi del rinforzo positivo, furono raccolti dati sul comportamento problematico e sulle conseguenze gratificanti che esso produceva. Ciò fu fatto annotando quali eventi probabilmente positivi per il bambino come la vicinanza dell'insegnante, l'attenzione verbale da parte del personale, l'attenzione fisica (il toccare il bambino) e così via, si verificavano come conseguenza diretta della risposta disadattiva. Questa informazione ci permise di specificare quali conseguenze non avrebbero dovuto più essere date (neppure inavvertitamente) durante il trattamento e le fasi di estinzione.

Per l'ipotesi relativa al rinforzamento negativo, annotammo quali situazioni venivano fatte cessare o evitate come risultato di un comportamento problematico, nella convinzione che questa informazione ci avrebbe aiutato a determinare quale situazione avversiva viene interrotta grazie alla risposta disadattiva.

Il più delle volte l'evento evitato era una richiesta di eseguire qualche risposta o compito, vissuto come sgradevole. Per quanto riguarda l'ipotesi dell'autostimolazione, abbiamo registrato se i bambini stavano vivendo una qualche forma di stimolazione durante i 10 secondi che precedevano il comportamento problema. Per «stimolazione» si intendevano esperienze varie, come essere coinvolti in un'attività, ricevere l'attenzione o la verbalizzazione di un adulto, camminare o qualche altra attività. Questa informazione ci fu utile per determinare se il comportamento inappropriato si manifestava di solito durante periodi di alta o di bassa stimolazione.

Procedure di trattamento

Ogni ipotesi era associata con una specifica procedura di trattamento. Per esempio, il trattamento relativo all'ipotesi del *rinforzamento positivo* era l'*estinzione*. Di conseguenza, durante la fase di trattamento abbiamo cercato di eliminare tutti i rinforzi positivi che avevamo osservato durante la misurazione basale. Per i Soggetti 1 e 2, per i quali abbiamo usato questo trattamento, queste conseguenze rinforzanti positive consistevano nella vicinanza, nel contatto oculare, nella verbalizzazione e nel contatto fisico da parte di un membro del personale.

Il programma di trattamento venne definito nel modo seguente:

1. non dare nessuno di questi comportamenti di attenzione rinforzante in conseguenza di risposte inappropriate;
2. interrompere il dare attenzione positiva quando veniva emessa una risposta inappropriata ;
3. continuare qualunque altro comportamento (per esempio parlare con altri membri dello staff o insegnare ad un altro bambino) quando si verificava una risposta inappropriata.

Al di fuori di questa regola non furono programmati altri interventi da parte degli insegnanti. I bambini continuavano ad essere rinforzati ed a svolgere le attività come durante la fase di misurazione basale. Anche per quanto riguarda l'ipotesi del *rinforzamento negativo* abbiamo applicato la tecnica di *estinzione*: in questo caso lo stimolo vissuto come avverso dal bambino (per esempio una richiesta di prestazione) non è mai stato eliminato o fatto evitare come conseguenza del comportamento problema. In più è stata seguita una procedura di insegnamento della *collaborazione* (Deitz, Rose e Repp, 1986) basata sulla metologia di Engelmann. In questa

procedura, veniva dato al bambino un «comando» ogni minuto circa ed egli era rinforzato se lo eseguiva al livello di collaborazione in cui si trovava in quel momento.

Vi erano infatti quattro livelli di avvicinamento alla collaborazione, attraverso cui procedevano i bambini:

1. esecuzione di un comando verbale con guida fisica totale;
2. esecuzione di un comando verbale con aiuto fisico ridotto;
3. esecuzione di un comando ripetuto a voce più forte mentre gli occhi del bambino sono rivolti verso l'insegnante;
4. esecuzione di un comando verbale senza aiuti.

Quando lo studente raggiungeva il criterio previsto, e cioè cinque prove corrette consecutive in un livello, egli passava al livello successivo. Le risposte corrette ad un dato livello erano rinforzate con dei giocattolini e qualcosa di particolarmente gradito. Le risposte errate riportavano il bambino al livello precedente (per esempio, dall'aiuto fisico alla guida fisica totale), ma solo per una prova. Le risposte corrette, dopo questo ritorno indietro, non venivano rinforzate, ma veniva subito data un'altra possibilità di rispondere nelle condizioni di livello superiore.

Durante il primo giorno di trattamento la procedura veniva svolta da uno degli autori circa una volta al minuto su una gamma di 15 comportamenti; in seguito le istruzioni venivano date dall'insegnante. I comandi si riferivano sempre a qualcosa che il bambino sapeva già fare (per esempio: «Tocca la mia mano», «Tocca il foglio», «Dammi il gessetto», ecc.) e non erano presentati in una situazione formale di insegnamento. Al contrario, il comando poteva essere dato mentre l'insegnante stava passeggiando con l'alunno, o mentre gli alunni erano alla ricreazione. Dopo due giorni i comandi venivano espressi con minor frequenza (all'incirca ogni 5 minuti).

L'ipotesi dell'*autostimolazione* era basata sul presupposto che il bambino metta in atto il comportamento problema quando si trova in condizioni di scarsa stimolazione; di conseguenza, la forma migliore di trattamento consiste nell'aumentare la frequenza di contatti tra il bambino ed il suo ambiente. Tale incremento è stato realizzato in tre fasi:

1. un insegnamento generalizzato della *collaborazione* come descritto più sopra;
2. un insegnamento di gruppo (Deitz e coll., 1986) basato anch'esso sul modello dell'*istruzione diretta* di Engelmann;

3. un insegnamento della collaborazione mirato all'impegno continuativo *su un compito* (il bambino doveva cioè continuare a svolgere un compito anche se l'insegnante non lo sollecitava più continuamente).

L'insegnamento di gruppo è realizzato con studenti che l'operatore istruisce tutti insieme chiedendo risposte « di gruppo» (per esempio: « Rispondete tutti insieme: questo disegno rappresenta un ... Cosa rappresenta questo disegno?». Tutti gli alunni allora rispondono insieme). Questa procedura si differenzia nettamente dal più tradizionale insegnamento di gruppo con alunni gravemente handicappati, in cui un solo bambino risponde mentre gli altri guardano, oppure solo uno o due studenti si applicano effettivamente e rispondono alle domande mentre tutti gli altri fanno altre cose disordinatamente. Questa procedura era insegnata al personale da uno degli autori in circa quattro ore di *modeling*, pratica e feedback, ed era utilizzata impegnando il bambino con il suo ambiente (insegnante, assistente o materiali) per almeno il 25% del tempo passato in classe (in confronto con il 6% della fase di misurazione basale).

Sia i programmi terapeutici basati sull'autostimolazione che sul rinforzamento negativo comprendevano l'insegnamento della collaborazione, ma essa finiva soltanto dopo due giorni. Pertanto le due procedure si somigliavano nel fatto che la collaborazione era considerata un'abilità prerequisita in entrambe le condizioni.

Le procedure, tuttavia, erano molto differenti dopo i primi due giorni di trattamento: quella basata sul rinforzo negativo era centrata esclusivamente sul fatto che l'alunno seguisse l'istruzione e non gli fosse possibile evitarla attraverso il comportamento problema, mentre quella basata sull'autostimolazione riguardava principalmente l'aumento della frequenza con cui venivano presentate allo studente attività nelle quali potesse impegnarsi a ricevere stimoli interessanti.

Raccolta dati

Durante la misurazione basale furono raccolti dati sulle variabili dipendenti e su ciò che era rilevante per ciascuna delle tre ipotesi. Le definizioni del comportamento sono state tratte da Felce, deKock e Repp (1986):

1. *Impegno* (per tutti tre i soggetti): il bambino si prepara o si sta impegnando attivamente in qualche attività di tempo libero (come giocare), di autonomia personale (come lavarsi i denti), di lavoro domestico (come apparecchiare la tavola), oppure in attività formali di

apprendimento (come confrontare ed associare oggetti). Si noti che questa categoria non è stata registrata come una variabile dipendente, ma serviva per determinare se in quel momento stesse agendo la variabile indipendente relativa all'ipotesi dell'autostimolazione e cioè la scarsa attivazione del bambino. I dati relativi a questa categoria non compaiono dunque sui grafici.

2. *Autolesionismo* (Soggetto 1): il bambino sposta velocemente la testa contro oggetti come una sedia o un tavolino con l'intenzione evidente di colpirla o addirittura picchiandosi. Di solito, gli insegnanti prevenivano questo comportamento autolesionista bloccando fisicamente il soggetto quando sta per picchiare la testa. Questo metodo, usato per anni, era applicato sia nella fase di misurazione basale che in quella di trattamento.
3. *Stereotipia* (Soggetti 2 e 3): il bambino muove ripetutamente e velocemente le mani e/o le braccia su e giù o in avanti e indietro, oppure muove avanti e indietro le dita o le braccia in aria o sopra e sotto gli oggetti. Gli interventi si svolgevano in due classi distinte, e ogni soggetto le frequentava entrambe.

I dati furono raccolti per circa 30 minuti in tutte e due le classi in cui si svolgevano attività didattiche. Ogni classe disponeva di un insegnante e di un assistente. I dati furono raccolti da una terza persona addestrata da uno degli autori, che eseguì anche i controlli di attendibilità.

Disegno sperimentale

I dati su ogni soggetto furono raccolti per tutta la durata della ricerca in entrambe le classi. Nella *Fase 1* i dati sono stati raccolti in condizione di misurazione basale per determinare se le risposte negative erano relativamente uguali in entrambe le classi e per poter dare poi un giudizio sulle procedure della seconda fase. Nella *Fase 2* veniva usata una procedura basata su una certa ipotesi in una classe e una diversa procedura basata su una seconda ipotesi nell'altra classe. Nella *Fase 3* veniva usata in entrambe le classi la procedura che si era dimostrata più efficace nella seconda fase.

Risultati

La Figura 1 illustra il comportamento autolesionista del primo soggetto. Egli mostrava una linea di base instabile con risposte che variavano da 92 a 142 per ora in una classe e da 110 a 134 nell'altra.

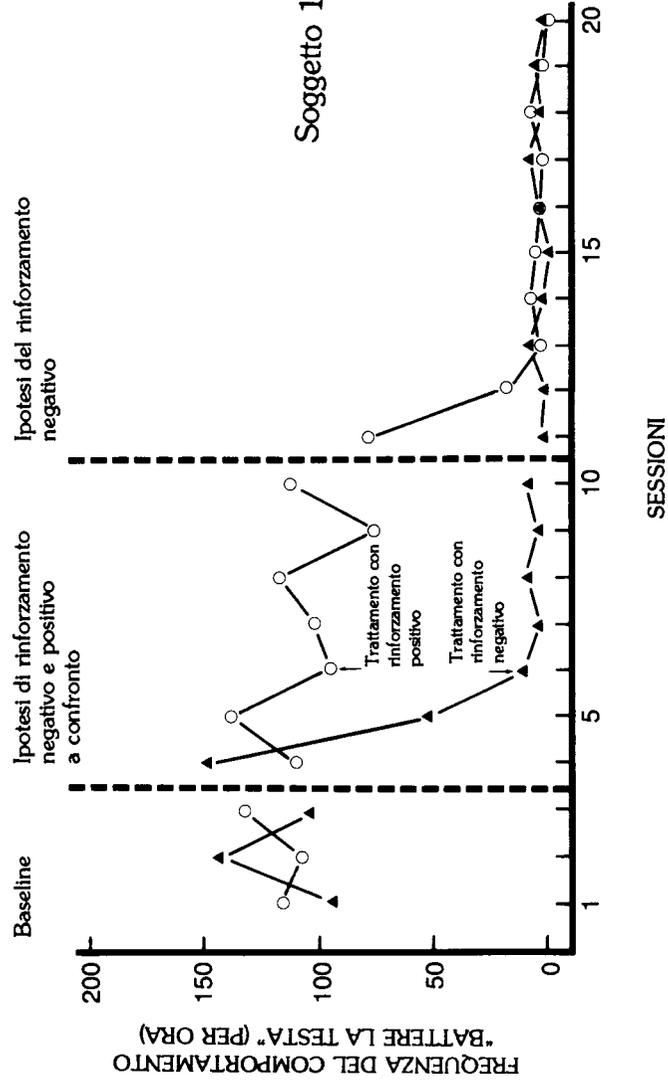


Fig. 1. Frequenza del comportamento autolesionista (battere la testa) del Soggetto 1 nelle due classi. Dopo la fase di linea di base, fu verificata l'ipotesi del rinforzamento negativo in una classe e quella del rinforzamento positivo nell'altra. Nella terza fase fu attuato il trattamento con rinforzamento negativo in entrambe le classi.

Comunque, sebbene la risposta non fosse particolarmente violenta e potesse essere bloccata dagli insegnanti, si trattava pur sempre di un comportamento per il quale non era giustificato prolungare oltre la misurazione di base.

I dati raccolti durante la misurazione basale e l'analisi funzionale mostrarono una relazione consistente tra le richieste di prestazione, lo sbattere la testa e la conseguente interruzione delle richieste di prestazione. Per questo motivo abbiamo scelto l'ipotesi del rinforzamento negativo come quella da mettere alla prova nella fase successiva.

L'ipotesi del rinforzamento positivo fu scelta invece come alternativa di controllo. Quando cominciò nella prima classe il programma di insegnamento della collaborazione, lo sbattere la testa aumentò, prevedibilmente, fino a 148 risposte per ora, ma decrebbe a 52 nella seconda sessione e fu di 10 o meno durante le successive sessioni (con una media di 7 risposte per ora).

Durante le prime due sessioni la bambina aveva avuto 100 opportunità di imparare che il compito sarebbe continuato, indipendentemente da quello che lei avesse fatto, e circa 60 ulteriori opportunità di imparare la collaborazione, in cui le veniva insegnato che poteva essere rinforzata per eseguire le consegne. Il comportamento problema nella seconda classe, in cui si applicava il trattamento basato sull'ipotesi del rinforzamento positivo, sembrò diminuire leggermente durante questa fase, ma la frequenza media rimase alta (107 risposte per ora). Quando anche in questa classe il comportamento problema veniva messo nelle condizioni di trattamento suggerite dall'ipotesi del rinforzamento negativo, lo sbattere la testa rimase relativamente invariato durante il primo giorno, ma diminuì nei giorni successivi di trattamento. Il comportamento problema rimase ad un livello basso in entrambe le classi per gli ultimi otto giorni (con una media di 3,5 comportamenti per ora nella prima classe e di 4,5 nell'altra classe) e cambiò molto anche dal punto di vista qualitativo: il soggetto si muoveva più lentamente e non veniva a contatto con il tavolo o con altri oggetti.

La Figura 2 indica la percentuale di osservazioni in cui il secondo soggetto emetteva movimenti stereotipati con le mani. La misurazione basale mostrò una presenza di questo comportamento molto simile nelle due classi (media di 28% per la prima classe e di 27% per la seconda).

Questa fase di analisi funzionale mostrò anche un tasso estremamente basso di impegno per questo soggetto, oscillante tra il 3% e il 7%. In realtà, gli venivano fornite poche opportunità di apprendimento ed a causa di

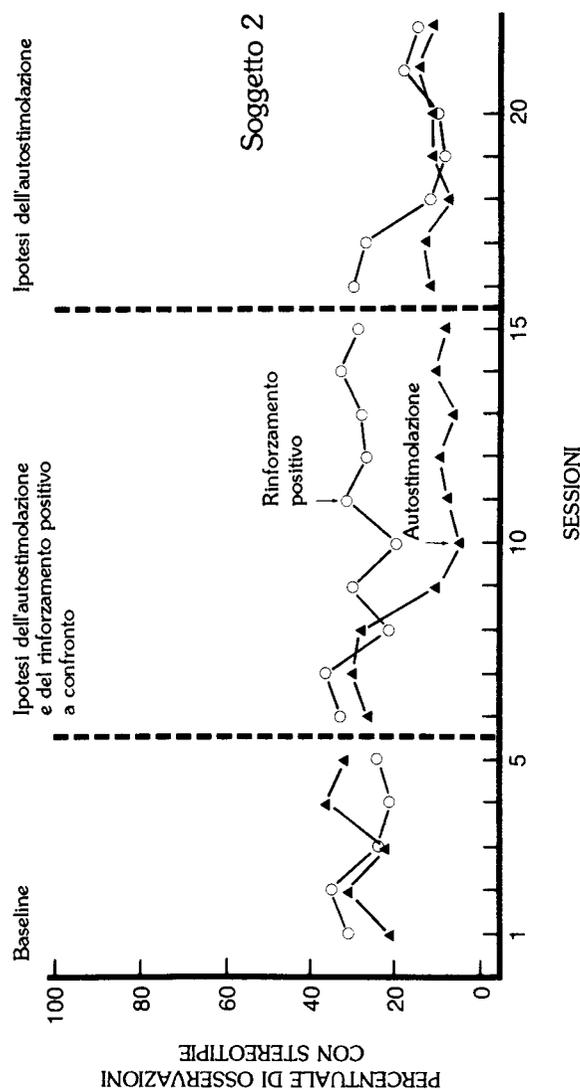


Fig. 2. Percentuale di osservazioni in cui il Soggetto 2 emetteva movimenti stereotipati con le mani in entrambi le classi. Dopo la fase di misurazione basale, fu verificata l'ipotesi dell'autostimolazione in una classe e quella del rinforzamento positivo nell'altra. Nella terza fase si attuò il trattamento basato sull'ipotesi dell'autostimolazione in entrambe le classi.

questo basso livello di comportamenti adattivi indipendenti, egli aveva poco altro da fare se non «impegnarsi» in una stereotipia. Così, l'ipotesi dell'autostimolazione fu scelta come base di uno dei trattamenti da provare nella fase successiva.

Ancora una volta fu scelta come alternativa l'ipotesi del rinforzamento positivo. Quando venne usato il trattamento basato sull'ipotesi dell'autostimolazione nella prima classe e quello basato sull'ipotesi del rinforzamento positivo nella seconda, il comportamento differì considerevolmente. Durante i primi tre giorni nella prima classe, il programma non sembrò avere effetto (media = 29%), sebbene allo studente fossero state insegnate le nuove contingenze. Il comportamento decrebbe però considerevolmente nei successivi sette giorni di questa fase (con una media dell'8%). Il programma basato sull'ipotesi del rinforzamento positivo non ebbe effetto nella seconda classe, con la media che rimaneva all'incirca la stessa (28%) della misurazione basale. Quando nella terza fase venne istituito anche in questa classe il programma di maggiore stimolazione, furono necessari ancora parecchi giorni perchè avesse effetto, ma la media dei 5 giorni successivi fu simile in entrambe le classi (11% nella prima classe e 13% nella seconda).

La Figura 3 indica la percentuale di osservazioni in cui il terzo bambino manifestò stereotipie con le mani. In quattro delle cinque sessioni di misurazione basale, il comportamento era più o meno simile nelle due classi ed anche la media complessiva risultò piuttosto simile (42% per la prima classe e 39% per la seconda).

Le osservazioni nell'analisi funzionale indicarono chiaramente un basso livello di impegno per questo bambino (con un'oscillazione dal 2% al 9%), per cui nella Fase 2 venne scelta nuovamente l'ipotesi dell'autostimolazione.

Per questa fase, l'ipotesi alternativa scelta fu quella del rinforzamento negativo. L'introduzione dei due programmi di trattamento nella Fase 2 coincise con un calo significativo nel comportamento in entrambe le classi; perciò non si può dire se questo sia stato un effetto sperimentale o se il comportamento si sarebbe ridotto a questo stesso livello anche in condizione di misurazione basale. Tuttavia, il terzo giorno si verificò una chiara differenza nella quantità di risposte nelle due classi con una media, per gli ultimi 8 giorni di questa fase, dell'11% nella prima classe (ipotesi dell'autostimolazione) e del 28% nella seconda classe (ipotesi del rinforzamento negativo).

Quando venne messa alla prova, nella Fase 3, l'ipotesi dell'autostimolazione in entrambe le classi, il comportamento rimase allo stesso livello della prima classe (con una media del 10%) e decrebbe nell'altra (arrivando ad una media del 14%).

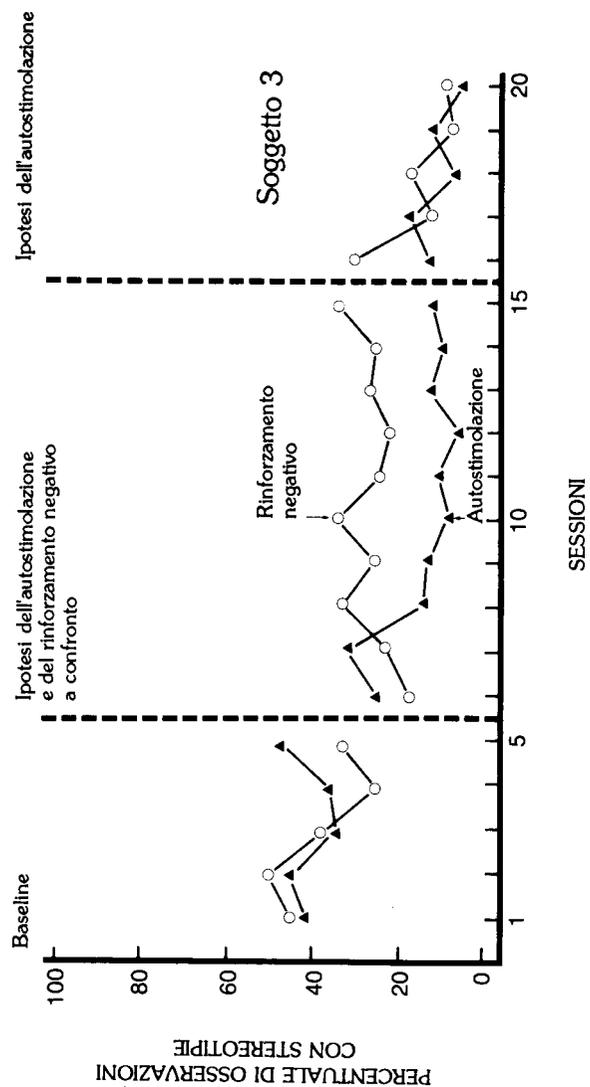


Fig. 3. Percentuali di osservazioni in cui il Soggetto 3 emetteva movimenti stereotipati con le mani. Dopo la fase di misurazione basale, fu verificata l'ipotesi dell'autostimolazione in una classe e quella del rinforzamento negativo nell'altra. Nella terza fase si attuò il trattamento basato sull'ipotesi dell'autostimolazione in entrambe le classi.

Le procedure apparvero dunque efficaci dal punto di vista della validità e rilevanza sociale, oltre che da quello puramente quantitativo. Gli insegnanti erano infatti contenti dei cambiamenti comportamentali dei loro allievi e riferivano di lavorare con loro con molto più piacere di prima.

Discussione

I risultati di questo studio mostrano che lo scegliere una procedura di trattamento piuttosto che un'altra basandosi su un'ipotesi probabile circa la causa del comportamento stesso, può essere un modo molto più efficace per trattare comportamenti stereotipati o autolesionistici.

L'ipotesi causale che risultava dall'analisi funzionale del comportamento si è sempre rivelata quella più efficace per guidare nella scelta delle corrette procedure di trattamento. Sebbene questo studio non abbia usato la raffinata analisi funzionale eseguita da Iwata et al. (1982), ha seguito da vicino il loro suggerimento, secondo il quale un determinato programma di trattamento dovrebbe essere scelto dopo aver ben identificato la « causa » responsabile del mantenimento del comportamento disadattivo stesso.

Questi risultati confermano anche il lavoro di Weeks e Gaylord-Ross (1981) e Gaylord-Ross, Weeks e Lipner (1980) che hanno dimostrato piuttosto chiaramente che alcuni comportamenti autolesionistici possono essere in relazione al tipo di compito presentato ad uno studente.

Il comportamento autolesionistico del nostro primo soggetto aumentava chiaramente quando gli veniva presentata una richiesta, per lui sgradevole, di una qualche prestazione. Tuttavia, a differenza delle procedure di trattamento usate negli studi sopraccitati, nel nostro l'alternativa era rinforzare i comportamenti di collaborazione piuttosto che ridurre la difficoltà del compito presentato al bambino. Sebbene le due opzioni siano entrambi possibili, il punto è che, ancora una volta, la scelta tra l'una o l'altra dovrebbe basarsi sulla reale causa del comportamento.

I soggetti di Weeks e Gaylord-Ross mostravano una certa variabilità nelle frequenze dei comportamenti autolesionistici, con frequenze più alte associate a compiti più difficili. Così, ad esempio, l'introdurre qualche compito facile in una serie di esercizi più difficili, l'usare procedure di insegnamento « senza errori » e così via, sembrano essere le scelte più ragionevoli, fatte cioè sulla base dell'analisi funzionale.

Il nostro soggetto autolesionista, invece, non differenziava la frequenza del suo comportamento autolesionistico in funzione del tipo di compito che gli veniva proposto; ci è parsa perciò una scelta più appropriata attuare un insegnamento alla collaborazione in generale. La differenza che esiste tra queste due procedure di trattamento e la scarsa probabilità che entrambe funzionino in tutte le circostanze e con tutti i soggetti è un ulteriore argomento a sostegno del punto di vista di Iwata et al. (1982),

secondo il quale i programmi di trattamento si dovrebbero direttamente basare sulle condizioni che mantengono il comportamento problema.

Anche i risultati ottenuti con i bambini che manifestavano stereotipie confermano questo punto di vista. La procedura usata, tuttavia, differisce da quella della maggior parte delle ricerche precedenti, che hanno rivolto la loro attenzione sul *rinforzamento negativo* (ottenuto attraverso l'*evitamento* del compito), sul *rinforzamento positivo* (ottenuto attraverso l'attenzione degli insegnanti) e sul *rinforzamento sensoriale* (in cui il rinforzatore sembra essere una sensazione positiva ottenuta attraverso il comportamento stesso).

La nostra procedura suggerisce invece che per alcuni soggetti tale comportamento disadattivo è soltanto un mezzo « adattivo » per aumentare il loro livello di stimolazione (Maisto, Baumeister e Maisto, 1978). Per questi soggetti la possibilità di imparare ad emettere comportamenti finalizzati ad un qualsiasi compito diminuisce in modo netto, piuttosto che aumentare, il comportamento problema. È interessante notare il fatto che questa è una procedura contraria a quella suggerita dall'ipotesi del rinforzamento negativo e conferma ulteriormente l'idea che le procedure di trattamento dovrebbero basarsi su una valutazione individuale del comportamento problema, analizzato nel suo contesto ambientale e secondo le funzioni psicologiche che tale comportamento svolge per quel particolare bambino.

Bibliografia

- Baumeister A.A. e Rollings J.P. (1976), Self-injurious behavior. In N.R. Ellis (a cura di), *International Review of Research in Mental Retardation*, New York, Academic Press.
- Berkson G. e Davenport R.K. (1962), Stereotyped movements in mental defectives I: Initial survey. In «*American Journal of Mental Deficiency*», n. 66, pp. 849-852.
- Carr E.G. (1977), The motivation of self-injurious behavior: A review of some hypotheses. In «*Psychological Bulletin*», n. 84, pp. 800-816.
- Carr E.G., Newson C.D. e Binkoff J.A. (1976), Stimulus control to self-destructive behavior in a psychotic child. In «*Journal of Abnormal Child Psychology*», n. 4, pp. 139-153.
- Cataldo M.F. e Harris, J. (1982), The biological basis for self-injury in the mentally retarded. In «*Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*», n. 2, pp. 21-39.

- Deitz D.E.D., Rose E. e Repp A.C. (1986), *Group Instruction for Students with Developmental Disabilities*, DeKalb, IL, Department of Educational Psychology and Special Education, Northern Illinois University.
- Felce D., deKock U. e Repp, A.C. (1986), An ecobehavioral analysis of small community-based houses and traditional large hospitals for severely and profoundly mentally handicapped adults. In «*Applied Research in Mental Retardation*», n. 7, pp. 393-408.
- Foxx R.M. (1986), *Tecniche base del metodo comportamentale*. Trento, Edizioni Centro Studi Erickson.
- Gaylord-Ross R.I., Weeks M. e Lipner C. (1980), An analysis of antecedent, response and consequent events in the treatment of self-injurious behavior. In «*Education and Training of the Mentally Retarded*», n. 15, pp. 35-42.
- Griffin J.C., Williams D.E., Stark M.T., Altmeyer B.K. e Mason M. (1986), Self-injurious behavior: A state-wide prevalence survey of the extent and circumstances. In «*Applied Research in Mental Retardation*», n. 7, pp. 105-116.
- Iwata B.A., Dorsey M.F., Slifer K.J., Bauman K.E. e Richman G.S. (1982), Toward a functional analysis of self-injury. In «*Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*», n. 2, pp. 3-20.
- Johnson W.L. e Baumeister A.A. (1978) Self-injurious behavior: A review and analysis of methodological details of published studies. In «*Behavior Modification*», n. 2, pp. 465-487.
- Kaufman M.E. e Levitt H.A. (1965), A study of three stereotyped behaviors in institutionalized mental defectives. In «*American Journal of Mental Deficiency*», n. 69, pp. 467-473.
- LaGrow J. e Repp, A.C. (1984), Stereotypic responding: A review of intervention research. In «*American Journal of Mental Deficiency*», n. 88, pp. 595-609.
- Leuba C. (1955), Toward some integration of learning theories: The concept of optimal stimulation. In «*Psychological Reports*», n. 1, pp. 27-33.
- Maisto C.R., Baumeister A.A. e Maisto A.A. (1978), An analysis of variables related to self-injurious behavior among institutionalized retarded persons. In «*Journal of Mental Deficiency Research*», n. 22, pp. 27-36.
- Repp A.C. (1983), *Teaching Mentally Retarded Persons*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- Repp A. C. e Barton L.E. (1980), Naturalistic observations of institutionalized retarded persons: A comparison of licensure decisions and behavioral observations. In «*Journal of Applied Behavior Analysis*», n. 13, pp. 333-341.
- Repp A.C., Barton L.E. e Gottlieb, J. (1983), Naturalistic studies of institutionalized retarded persons: II. The effects of density on the behavior of profoundly or severely retarded persons. In «*American Journal of Mental Deficiency*», n. 87, pp. 441-447.

- Repp A.C., Karsh K. e Van Acker R. (1987), *Arousal States: The Relationship between Stereotypy and Activity Level*. Relazione presentata al Congresso annuale della «Association for Persons with Severe Handicaps», Chicago.
- Rincover A. e Devany J. (1982), The application of sensory extinction procedures to self-injury. In «Analysis and Intervention in Developmental Disabilities», n. 2, pp. 67-81.
- Ross R.T. (1972), Behavioral correlates of levels of intelligence. In «American Journal of Mental Deficiency», n. 76, pp. 545-549.
- Schroeder S.R., Schroeder C.S., Smith R. e Dalldorf J. (1978), Prevalence of self-injurious behavior in a large state facility for the retarded: A three year follow-up study. In «Journal of Autism and Childhood Schizophrenia», n. 8, pp. 261-269.
- Smeets P.M. (1971), Some characteristics of mental defectives displaying self-mutilation behavior. In «Training School Bulletin», n. 68, pp. 131-135.
- Smeets P.M., Lancioni G.E., Striefel S. e Willemsen, R.J. (1987), Sottrazioni con il minuendo mancante: acquisizione, generalizzazione e mantenimento delle abilità attraverso tecniche di «apprendimento senza errori». In «Insegnare all'handicappato», n. 1, pp. 135-160, Trento, Edizioni Centro Studi Erickson.
- Striefel S. e Owens C.R. (1988), Tecniche di transfer nell'apprendimento del linguaggio: fading, time delay, esemplari multipli in matrice. In «Insegnare all'handicappato», n. 3, pp. 27-44, Trento, Edizioni Centro Studi Erickson.
- Weeks M. e Gaylord-Ross R. (1981), Task difficulty and aberrant behavior in severely handicapped students. In «Journal of Applied Behavior Analysis», n. 14, pp. 449-463.