



Lizen J. Yang  
Southside Virginia Training Center,  
Petersburg, Va, USA

## Estinzione e misure protettive non invasive nel trattamento dell'autolesionismo grave

### S O M M A R I O

**D**UE ADOLESCENTI DI GENERE FEMMINILE CON RITARDO MENTALE PROFONDO, RESIDENTI IN UN ISTITUTO STATALE, MOSTRAVANO GRAVI FORME DI AUTOLESIONISMO. LE RAGAZZE AVEVANO INDOSSATO PROTEZIONI PER PIÙ DI DUE ANNI AL FINE DI EVITARE L'AUTOLESIONISMO. ATTRAVERSO L'UTILIZZO DI UN METODO INDIRETTO DI ANALISI FUNZIONALE, È STATO DETERMINATO CHE L'ATTENZIONE SOCIALE ERA IL FATTORE CHE RINFORZAVA E MANTENEVA IL COMPORTAMENTO PROBLEMA. PER RIDURRE L'AUTOLESIONISMO È STATO DECISO DI APPLICARE L'ESTINZIONE IN COMBINAZIONE ALL'UTILIZZO DI MISURE PROTETTIVE NON INVASIVE. I RISULTATI DEL TRATTAMENTO SONO STATI VALUTATI CON UN DISEGNO DI TIPO AB. L'AUTOLESIONISMO È DIMINUITO VELOCEMENTE E DRASTICAMENTE IN SEGUITO ALL'INIZIO DELL'INTERVENTO PSICOEDUCATIVO COMPORTAMENTALE. UNA VOLTA RAGGIUNTO UN LIVELLO ZERO DI INCIDENZA PER TRE SESSIONI CONSECUTIVE ABBIAMO INIZIATO UN FOLLOW-UP A SEI MESI DI DISTANZA. NEL CORSO DEL FOLLOW-UP NON È STATO OSSERVATO O RIPORTATO AUTOLESIONISMO. DISCUTIAMO DEI VANTAGGI DI UTILIZZARE L'ESTINZIONE, SOPRATTUTTO UNITAMENTE ALLE MISURE PROTETTIVE NON INVASIVE PER IL TRATTAMENTO DELL'AUTOLESIONISMO.

L'autolesionismo fu definito da Tate e Baroff (1966) come un comportamento che produce danni fisici al corpo di un individuo. Esempi comuni di autolesionismo sono: colpirsi, mordersi, graffiarsi e sbattere la testa.

Mentre le cause dell'autolesionismo non sono ancora ben conosciute (Iwata e Lerman, 1997), questo comportamento implica vari gradi di danni fisici immediati e complicazioni mediche, come danneggiamenti permanenti del tessuto cutaneo, fratture ossee, mutilazioni e, in casi estremi, la morte. L'autolesionismo è anche uno dei comportamenti problema più frequenti tra le persone con diagnosi di ritardo mentale grave, autismo, schizofrenia o disturbi emotivi (Baumeister e Rollings, 1976; Maisto, Baumeister e Maisto, 1978; Schroeder et al., 1978).

Altmeyer e collaboratori (1987) evidenziarono che circa il 13,6% della popolazione totale con ritardo mentale negli istituti presentava alcune forme di

autolesionismo. In una conferenza recente del National Institutes of Health (NIH, 1989) è stato mostrato che circa 20.000-25.000 individui negli Stati Uniti presentano forme di autolesionismo che costano milioni di dollari di denaro pubblico per il trattamento. A causa del danno, del rischio, dell'incidenza e del costo implicati, il trattamento dell'autolesionismo è diventato uno degli argomenti più discussi tra i clinici e i professionisti. I clinici, oltre a prestare attenzione al trattamento di molte forme di autolesionismo, devono anche tenere in considerazione le norme che richiedono l'utilizzo del procedimento meno restrittivo.

Anche se l'impiego di neurolettici è stato spesso proposto e prescritto come trattamento per l'autolesionismo (Zarcone et al., 2001), i dettagli dei loro effetti esatti e della loro efficacia a lunga distanza non sono ancora chiari (NIH, 1989). Alcuni farmaci sono anche considerati dannosi, soprattutto in programmi di riabilitazione (Singh e Aman, 1982). Dall'altro lato, numerosi interventi psicoeducativi comportamentali utilizzati ampiamente dai clinici hanno dimostrato efficacia nel ridurre o eliminare l'autolesionismo degli ultimi due decenni (Luiselli, Matson e Singh, 1991).

Uno di questi interventi è l'*estinzione*. L'estinzione è un procedimento nel quale viene eliminato il rinforzo fornito precedentemente in seguito all'emissione di un comportamento problema (Harris e Ersner-Hershfield, 1978). In molti casi, se il rinforzo è l'attenzione, l'estinzione richiede che il terapeuta o il caregiver non risponda, o semplicemente ignori, il comportamento problema. Questa procedura è considerata una delle più potenti, non è aversiva ed è ampiamente utilizzata nella diminuzione di molti comportamenti problema nelle persone con ritardo mentale (Foxx, 1982).

Lovaas e Simmons (1969) utilizzarono l'estinzione per eliminare l'autolesionismo di due bambini con ritardo mentale in dodici ore. Utilizzando una tecnica simile Jones, Simmons e Frankel (1974) furono in grado di diminuire del 50% l'autolesionismo con frequenza estremamente elevata di una ragazza autistica in quattro giorni. Romanczyk e Goren (1975) riportarono una riduzione di autolesionismo grave e ad alta frequenza in un bambino di sei anni e mezzo in due giorni.

Nonostante la rapida efficacia del trattamento dell'autolesionismo con estinzione, i clinici e gli altri professionisti sono ancora restii a implementarlo per due motivi. Il primo riguarda l'efficacia dell'estinzione. In uno dei primi studi sul trattamento dell'autolesionismo, l'estinzione, quando confrontata con l'elettro-shock e il rinforzo differenziale del comportamento, risultò meno efficace (Corte, Wolf e Locke, 1971). In seguito, Myer (1975) riportò che l'estinzione non dimostrava efficacia nell'eliminazione dell'autolesionismo. Azrin et al. (1988) riportarono che l'estinzione era il metodo meno efficace in un raffronto con le tecniche come il rinforzo differenziale di altro comportamento, il rinforzo differenziale del comportamento incompatibile e il rinforzo differenziale di

comportamento incompatibile con interruzione nella riduzione dell'autolesionismo.

La seconda preoccupazione riguardante l'utilizzo dell'estinzione è quella relativa alla sicurezza, soprattutto nel corso dell'estinzione. Rincover e Devany (1982) hanno sottolineato che, mentre si utilizza l'estinzione, si deve salvaguardare la sicurezza dell'individuo. Foxx (1982) notò che un fenomeno comune nell'estinzione consiste nel fatto che in genere il comportamento peggiora prima di migliorare, determinando a volte una situazione pericolosa per la persona. In altre parole, a causa degli effetti dell'estinzione che possono esacerbare il danno fisico derivante dall'autolesionismo e porre la persona in una situazione di rischio maggiore, l'estinzione da sola in genere non è raccomandata nel trattamento dell'autolesionismo (Lovaas e Simmons, 1969).

Le protezioni sono state utilizzate spesso dai clinici e da altri professionisti nel corso del trattamento per prevenire e ridurre il rischio di danni derivanti dall'autolesionismo. Nella pratica sono utilizzati due tipi di protezioni. Il primo, chiamato comunemente *contenimento meccanico*, prevede che l'individuo indossi un equipaggiamento specifico (guanti, protezioni per le braccia, ecc.) per ostacolare i movimenti del corpo. Riducendo i movimenti del corpo e l'utilizzo degli arti, questi strumenti minimizzano o eliminano il rischio del comportamento problema. Attraverso l'applicazione contingente o non contingente di questi strumenti per bloccare, limitare o restringere i movimenti della persona, anche l'autolesionismo o i comportamenti che causano danni fisici possono essere ridotti (Favell, McGimsey e Jones, 1978; Fisher et al., 1997; Paul e Romanczyk, 1973). Ciononostante, questi strumenti di protezione sembrano essere aversivi, punitivi e invasivi e possono limitare la partecipazione della persona ad attività educative, sociali e lavorative. Essi presentano anche un livello elevato di discriminazione che può determinare problemi di generalizzazione del trattamento e può produrre una dipendenza dagli strumenti stessi (Axelrod, 1987).

Esistono altri tipi di misure protettive che non limitano i movimenti o la sensibilità percettiva generale della persona. Ad esempio, le lesioni provocate dai graffi possono essere ridotte mantenendo le unghie corte, minimizzando così il rischio che esse possano danneggiare il tessuto cutaneo. Le lesioni provocate dal comportamento di tirarsi i capelli possono essere eliminate mantenendo i capelli corti, aumentando in tal modo la difficoltà dell'esecuzione del comportamento problema. Infine, i danni provocati da sfregamenti cutanei possono essere limitati applicando un unguento protettivo.

Queste misure protettive sono spesso utilizzate nella pratica, ma vengono riportate raramente in letteratura. L'utilizzo di misure protettive richiede un'analisi dettagliata del comportamento e dell'ambiente per identificare la specifica fonte di rischio e implementare interventi specifici per ridurre o eliminare i rischi. Questi tipi di misure protettive riducono i danni della persona a un

livello che può essere considerato tollerabile dal punto di vista medico e che non richiede cure mediche immediate o intensive prima che venga implementato un intervento psicoeducativo comportamentale. L'aspetto più rilevante è rappresentato dal fatto che queste misure protettive non sono invasive e permettono all'individuo di emettere comportamenti adattivi.

Gli scopi del nostro studio erano esaminare l'efficacia e l'efficienza dell'estinzione unitamente a misure protettive non invasive nel trattamento dell'autolesionismo e ridurre la riluttanza nell'impiego dell'estinzione nel trattamento di casi gravi di autolesionismo utilizzando l'estinzione congiuntamente a misure protettive non invasive.

## Metodo

### *Soggetti*

Parteciparono allo studio due ragazze adolescenti che vivevano in un istituto statale per persone con ritardo mentale e disturbi dello sviluppo. Entrambe le ragazze avevano ricevuto in passato contenimenti meccanici come parte del trattamento per l'autolesionismo.

La procedura di intervento psicoeducativo comportamentale era stata esaminata e approvata dalla commissione per il programma comportamentale dell'istituto. Le due partecipanti diedero individualmente il proprio consenso per partecipare al trattamento. Al fine di salvaguardare la sicurezza dei soggetti coinvolti, lo staff medico poteva visitarli quando voleva durante le sessioni di intervento psicoeducativo comportamentale. Gli infermieri e i medici non parlavano delle lesioni nel corso del trattamento. Prima dell'inizio dell'intervento psicoeducativo fu deciso che lo staff medico poteva sospendere il trattamento comportamentale.

Rosa era una ragazza non vedente afroamericana di 14 anni con ritardo mentale profondo e microencefalo. Non erano presenti altri problemi medici. Il suo autolesionismo consisteva nel graffiarsi la fronte, il mento e le zone dietro alle orecchie con il pollice. L'autolesionismo aveva provocato danni gravi e moderati dei tessuti cutanei che richiedevano interventi medici frequenti, soprattutto nelle zone dietro alle orecchie. A causa delle lesioni, il suo medico aveva ordinato l'utilizzo di strumenti intrusivi di protezione, compresi guanti e fasciature delle braccia per più di tre anni. Senza indossare questi strumenti la ragazza manifestava velocemente (dopo alcuni secondi) autolesionismo. Inoltre, la sua faccia e le sue orecchie erano fasciate per le medicazioni e a scopi protettivi. Le lesioni di solito guarivano completamente in 2-3 settimane, ma solo se il trattamento veniva monitorato con grande cura. Rosa aveva inoltre assunto vari dosaggi di Thioridazine per anni per il trattamento dell'autolesio-

## Estinzione e misure protettive non invasive nel trattamento dell'autolesionismo grave

nismo. Il farmaco, tuttavia, sembrava mostrare solamente effetti limitati sull'autolesionismo e fu infine sospeso circa sei mesi prima dell'inizio del nostro trattamento comportamentale. Tutti i suoi programmi abilitativi erano ostacolati enormemente dall'autolesionismo e dagli strumenti intrusivi di protezione.

Moni era una ragazza caucasica di 16 anni con disturbi visivi, senza la capacità di deambulare e con ritardo mentale profondo e ipotonia. Non erano presenti altri problemi medici. L'autolesionismo consisteva nell'incrociare i pollici di entrambe le mani, raggiungere la parte posteriore della testa e grattare con forza questa zona. Questo comportamento aveva determinato la perdita di una gran quantità di capelli e gravi danni ai tessuti cutanei. Se il trattamento veniva monitorato molto attentamente, le lesioni guarivano in circa tre settimane. Per più di due anni, come protezione contro le lesioni, il suo medico aveva deciso che Moni dovesse indossare un casco e un paio di guanti e che fosse costretta sulla sedia a rotelle di giorno e sul letto di notte. Inoltre, nel corso di questi due anni, erano state somministrate varie dosi di Thorazine per il trattamento dell'autolesionismo. Ciononostante, il farmaco aveva mostrato solamente effetti limitati sull'autolesionismo e fu infine sospeso circa sei mesi prima dell'inizio del nostro intervento psicoeducativo comportamentale. La partecipazione di Moni ai programmi di abilitazione era gravemente ostacolata dall'autolesionismo e dagli strumenti invasivi di protezione.

### *Setting e materiali*

Le sessioni di trattamento furono condotte alla mattina per Rosa e nel pomeriggio per Moni in una stanza con funzioni multiple nell'edificio in cui risiedevano. La stanza aveva le dimensioni di 3,9 m x 5 m e conteneva un tavolo, una scrivania e tre sedie. Furono utilizzati un taglierino per unghie, un paio di forbici e una bottiglia di unguento protettivo. Era sempre presente musica soft a volume moderato nel corso di tutte le sessioni di trattamento. Erano disponibili diversi materiali per attività uditive e visive (ad esempio, chiavi con colori vivaci, puzzle di legno, tamburelli, ecc.) e tali oggetti erano disposti sul tavolo per l'intera durata dell'intervento in modo tale che i soggetti li potessero raggiungere. Solamente il terapeuta e il soggetto erano presenti nella stanza nel corso delle sessioni di trattamento.

### *Comportamenti problema e registrazione*

Graffiarsi era il comportamento problema per entrambi i soggetti. Per Rosa graffiarsi fu definito come ogni sfregamento dei pollici con la fronte, il mento o le zone di pelle subito dietro alle orecchie. Per Moni graffiarsi era definito come ogni sfregamento dei pollici con la parte superiore della testa.

I dati furono registrati nel corso di ogni sessione di 30 minuti. Al fine di analizzare i dati continuamente, di monitorare il comportamento e di evitare possibili problemi medici, ogni sessione di trattamento fu suddivisa in 3 intervalli di 10 minuti.

Il terapeuta era il principale addetto alla raccolta dei dati in questo studio. L'osservatore per misurare l'attendibilità era un membro dello staff che conosceva le definizioni dei comportamenti problema e il metodo di registrazione. Le osservazioni per l'attendibilità furono ottenute in momenti differenti durante ogni intervallo di 10 minuti di ogni sessione di trattamento.

### *Disegno e procedimento*

Inizialmente fu deciso di utilizzare un disegno inverso intrasoggetto in cui la linea di base (A) e il trattamento (B) si dovevano alternare in una sequenza ABAB. Ciononostante, a causa dell'autolesionismo frequente e grave, per ragioni di sicurezza fu riconsiderata la linea di base tradizionale di non trattamento, condizione A. Nel corso della condizione A l'autolesionismo non si poteva verificare in quanto lo staff medico aveva richiesto l'utilizzo di protezioni intrusive per salvaguardare la sicurezza. Di conseguenza, durante queste fasi non furono osservati episodi di autolesionismo (Borrero et al., 2002). Dall'altro lato, le misure migliori di «non trattamento» erano le sessioni iniziali di trattamento in seguito a ogni condizione di non trattamento. Queste «prime» sessioni furono utilizzate come prove del comportamento che risultava dai periodi di non trattamento (ma con costrizioni meccaniche intrusive). Le sessioni successive di trattamento riflettevano il comportamento risultante dagli effetti del trattamento. Il disegno può essere descritto nel migliore dei modi come un disegno di prova AB.

LINEA DI BASE (CONDIZIONE A). Nel corso del periodo di linea di base tutti i membri dello staff dovevano rispondere al comportamento problema con le modalità consuete. Ogni tentativo di autolesionismo che poteva provocare lesioni veniva impedito. Oltre all'applicazione continua di protezioni intrusive non contingenti, lo staff doveva utilizzare istruzioni verbali (ad esempio, «No, Rosa/Moni, metti giù le mani»; «Rosa/Moni, smettila di graffiarti», ecc.) e blocco fisico (ad esempio, bloccare, trattenere brevemente o direzionare le mani), al fine di salvaguardare la sicurezza del soggetto. A causa del continuo utilizzo di protezioni invasive, nella condizione A di linea di base non si verificò autolesionismo e tale comportamento non poté quindi essere misurato. La prima linea di base fu eseguita due giorni prima del trattamento e fu progettata come uno specifico periodo di tempo durante il quale i soggetti sarebbero stati completamente protetti dai danni dell'autolesionismo. Anche la seconda linea di base si svolse due giorni dopo il primo trattamento e fu eseguita in condizioni

## Estinzione e misure protettive non invasive nel trattamento dell'autolesionismo grave

identiche alla prima. Ancora una volta la sicurezza era una priorità nel corso di queste fasi.

TRATTAMENTO (CONDIZIONE B). Le sessioni di trattamento furono condotte quotidianamente. La maggior parte delle routine fu mantenuta. Le misure protettive non invasive furono implementate per ogni soggetto prima dell'inizio di ogni sessione.

Rosa veniva accompagnata nella stanza per il trattamento e sedeva al tavolo, dove erano disponibili diversi materiali per le attività di manipolazione. Le veniva applicato un unguento protettivo sulla fronte, sul mento e sulle zone dietro alle orecchie. I guanti furono eliminati e le unghie venivano controllate continuamente per assicurarsi che fossero corte e limate. L'unguento veniva quindi applicato sulla punta delle unghie. Anche le costrizioni per i gomiti furono eliminate. Le sue mani venivano guidate a toccare e manipolare i materiali forniti per circa 30 secondi prima di venire liberate per iniziare il procedimento di estinzione. Durante l'estinzione non furono utilizzate ulteriori istruzioni verbali o costrizioni fisiche.

Moni si recava nella stanza per il trattamento e veniva fatta sedere su una sedia normale al tavolo, dove si trovavano i materiali per le attività di manipolazione. Il casco fu eliminato e i suoi capelli furono controllati per accertarsi che fossero corti. L'unguento veniva applicato alle sue mani. I guanti furono eliminati. L'unguento veniva applicato anche ai pollici. Le sue mani venivano guidate a toccare e manipolare i materiali forniti per circa 30 secondi prima di essere liberate per iniziare il procedimento di estinzione. Durante l'estinzione non furono utilizzate ulteriori istruzioni verbali o costrizioni fisiche.

Durante l'estinzione fu osservato e registrato l'autolesionismo. Non furono utilizzati interventi fisici o istruzioni verbali per fermare l'autolesionismo. I soggetti potevano rispondere liberamente senza l'intervento del terapeuta. Inoltre, non erano previsti attenzione e rinforzo per non presentare il comportamento problema o per manipolare gli oggetti.

Ciononostante, erano permesse interazioni sociali limitate ma non contingenti tra il soggetto e il terapeuta durante il trattamento; gli argomenti non erano mai correlati all'autolesionismo (ad esempio «Rosa/Moni, oggi stai molto bene»; «Mi piace il tuo vestito»; «È una musica bellissima»; «Ti piace quando fa caldo?», ecc.). Queste interazioni si verificavano una o due volte con modalità random per circa 30 secondi nel corso di ogni intervallo di 10 minuti.

### *Attendibilità*

L'attendibilità fu calcolata dividendo il numero di osservazioni in accordo per il numero di osservazioni totali. Questo numero fu in seguito moltiplicato per 100. Furono condotti 12 controlli per l'attendibilità per ogni soggetto nel

corso di tutte le sessioni di trattamento, inclusi 3 controlli durante il follow-up. L'attendibilità media per Rosa era 70,5% (gamma: 50,7-100%). L'attendibilità media per Moni era 91,7% (gamma: 81,3-100%).

## Risultati

La figura 1 mostra la frequenza del comportamento di graffiarsi espressa come risposte per ogni intervallo di 10 minuti per ogni soggetto durante tutte le condizioni sperimentali. Sono inoltre indicate le frequenze medie derivate da 3 intervalli di 10 minuti di ogni sessione di 30 minuti. Al fine di riflettere meglio la sequenza delle condizioni sperimentali viene presentata la linea di base o condizione A, anche se l'autolesionismo non si poteva verificare nel corso di questa condizione.

Per quanto riguarda Rosa, quando incominciò il trattamento, l'estinzione con misure protettive non invasive diminuì il comportamento di graffiarsi da

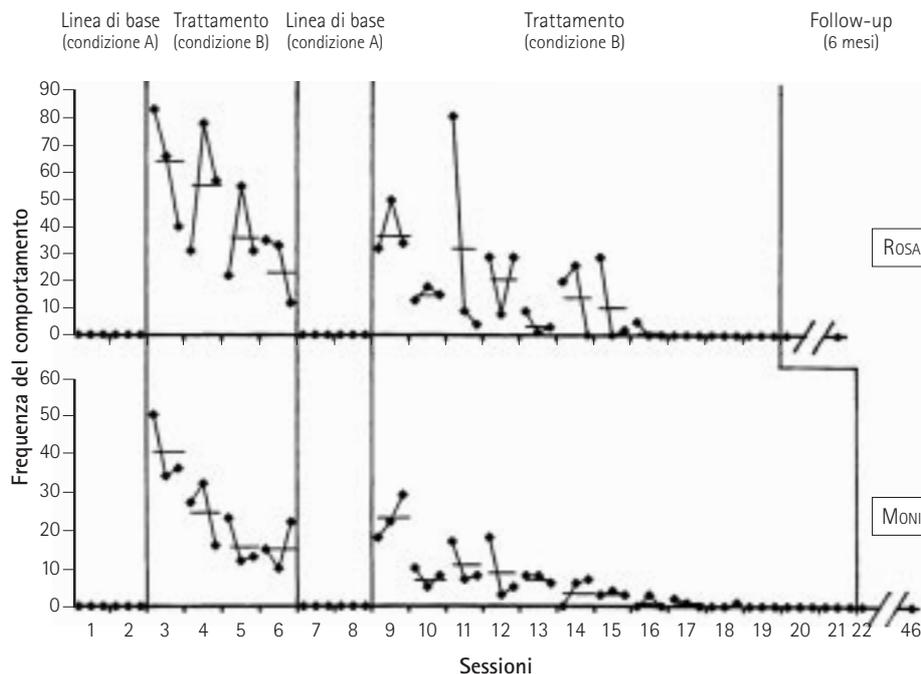


Fig. 1 Numero di episodi e frequenza media del comportamento di graffiarsi in ogni sessione (espressa per 3 intervalli di 10 minuti) nel corso delle condizioni sperimentali.

## Estinzione e misure protettive non invasive nel trattamento dell'autolesionismo grave

una frequenza media di 63,0 incidenti per intervallo di 10 minuti nella sessione 3 a una media di 26,6 incidenti per intervallo di 10 minuti nella sessione 6. Di conseguenza, fu ottenuta una diminuzione del 57,7%.

In seguito alla seconda fase di non trattamento, la frequenza media del comportamento di graffiarsi durante la sessione 9 era di 38,6 incidenti per intervallo di 10 minuti. La frequenza media diminuì fino a 1,6 incidenti per intervallo di 10 minuti nella sessione 16, una diminuzione del 95,8% dalla sessione 9. Prima della fine delle sessioni di trattamento, non fu osservato il comportamento di graffiarsi per 3 giorni consecutivi (sessioni 17-19). Durante il follow-up effettuato a distanza di 6 mesi (sessioni 20-44, ottenute da una sessione di 30 minuti alla settimana), Rosa non si graffiò mai e non furono necessari farmaci per l'autolesionismo. Il programma di trattamento fu quindi terminato.

Per quanto riguarda Moni, quando iniziò il trattamento, l'estinzione con misure protettive non invasive diminuì il comportamento di graffiarsi da una frequenza media di 40,0 incidenti per intervallo di 10 minuti nella sessione 3 a 15,6 incidenti per intervallo di 10 minuti nella sessione 6. Di conseguenza, fu ottenuta una diminuzione del 61,0%.

In seguito alla seconda fase di non trattamento, la frequenza media del comportamento di graffiarsi durante la sessione 9 era di 23,0 incidenti per intervallo di 10 minuti. La frequenza media diminuì fino a 0,3 incidenti per intervallo di 10 minuti nella sessione 18, una diminuzione del 98,6% dalla sessione 9. Prima della fine delle sessioni non fu osservato il comportamento di graffiarsi per 3 giorni consecutivi (sessioni 19-21). Durante il follow-up a 6 mesi di distanza (sessioni 22-46, ottenute da una osservazione di 30 minuti alla settimana), Moni non si graffiava. Dalla zona della testa danneggiata iniziarono a ricrescere i capelli. I capelli furono fatti crescere a una lunghezza normale e il trattamento fu terminato.

## Discussione

I risultati di questo studio indicano che l'estinzione è stata non solo efficace, ma anche efficiente nell'eliminare l'autolesionismo grave di due ragazze con ritardo mentale profondo e disabilità multiple. I risultati inoltre indicano che l'utilizzo di misure protettive non invasive e il fatto di permettere che il comportamento problema si verificasse minimizzando l'autolesionismo resero possibile l'applicazione dell'estinzione. Il successo della procedura è comprovato dall'eliminazione dell'autolesionismo, dalla diminuita necessità di cure mediche, dalla maggiore libertà dalle restrizioni e dalla ricrescita dei capelli. Anche se l'estinzione in questo studio è stata efficace, esistono ancora, come affermato precedentemente, metodi a essa alternativi. L'alternativa all'estin-

zione più conosciuta è il rinforzo non contingente. Diversi studi recenti tuttavia hanno mostrato che il rinforzo non contingente presenta notevoli rischi quando viene utilizzato per trattare l'autolesionismo.

Negli ultimi due decenni è stata enormemente enfatizzata l'importanza di identificare i fattori che controllano un comportamento attraverso l'analisi funzionale e strutturale al fine di identificare il trattamento più appropriato per il comportamento problema (Axelrod, 1987; Carr, 1977; Maisto et al., 1978). Il lavoro di Iwata et al. (1994a) indica che la scelta di un trattamento dovrebbe essere basata sulle ipotesi che riguardano le cause del comportamento. Inoltre, lo studio di Repp, Felce e Barton (1988) mostrò che, indipendentemente dalla procedura di valutazione utilizzata, gli interventi basati sulla funzione del comportamento problema erano più efficaci rispetto a quelli basati unicamente sulla tipologia del comportamento. Ciononostante, nel nostro studio, a causa della gravità dell'autolesionismo dei soggetti e dell'utilizzo a lungo termine delle protezioni invasive, non fu possibile condurre prima del trattamento un'analisi funzionale basata su osservazioni strutturate. Comunque, fu completata un'analisi indiretta. La valutazione mostrò che un fattore che probabilmente manteneva il comportamento era la modalità di interazione sociale tra lo staff e i soggetti. Lo staff doveva cercare di intervenire quando l'autolesionismo si manifestava. L'autolesionismo determinava inoltre attenzione da parte dello staff durante la cura delle lesioni. Questa ipotesi era in linea con quella di Bachman (1972) secondo cui le variabili sociali sarebbero importanti fattori nell'insorgenza e nel mantenimento dell'autolesionismo. Come notato da Ferster (1961), il rinforzo sociale potrebbe essere responsabile del mantenimento dell'autolesionismo; di conseguenza, l'eliminazione dell'attenzione sociale potrebbe ridurre la frequenza dell'autolesionismo. Quindi l'estinzione fu scelta come strategia principale nel nostro progetto di trattamento. Secondo Iwata et al. (1994) l'autolesionismo può presentare diverse funzioni come l'attenzione, la stimolazione sensoriale e la fuga. L'estinzione può essere utilizzata per trattare tutte queste funzioni. Mentre la valutazione fu basata su dati indiretti piuttosto che empirici, i risultati del trattamento supportarono l'ipotesi secondo cui l'autolesionismo era mantenuto da attenzione sociale, con l'estinzione applicata sulla funzione di attenzione.

Le misure protettive non invasive utilizzate in questo studio presentano diversi vantaggi rispetto a quelle intrusive o ai contenimenti meccanici. Le misure protettive non invasive permettono il movimento e il manifestarsi dell'autolesionismo, ma riducono comunque il rischio di lesioni. Non ci sorprende il fatto che questa procedura abbia reso l'autolesionismo meno importante (può essere ignorato), meno potente (produce meno danni) e meno pericoloso (maggiormente tollerabile da un punto di vista medico). L'utilizzo di questo approccio inoltre si concilia con il diritto della persona di ricevere il trattamento meno restrittivo e più efficace possibile, proteggendo comunque l'individuo dalle le-

sioni fisiche. I risultati di questo studio, cioè l'eliminazione di costrizioni meccaniche, la diminuita necessità di cure mediche e l'assenza continua di autolesionismo, supportano questa conclusione.

Come affermato dall'Association for Behavioral Analysis Task Force (ABA, 1988), ricevere una valutazione comportamentale oggettiva e una valutazione comportamentale continua rappresentano diritti relativi al fatto di ricevere un intervento psicoeducativo comportamentale efficace. Questa affermazione indica che l'intervento psicoeducativo comportamentale necessita di valutazione continua sotto forma di dati oggettivi per determinare gli effetti del trattamento. Nel nostro studio i dati ottenuti dagli intervalli di 10 minuti per ogni sessione di trattamento presentavano esattamente questo scopo. Dato che un aumento del comportamento problema dovuto all'estinzione potrebbe esporre i soggetti a un maggiore rischio di lesioni fisiche, la valutazione continua era necessaria per monitorare il comportamento e salvaguardare la sicurezza. Essa servì inoltre per mostrare l'efficacia e l'efficienza del trattamento. Per applicare questo trattamento fu necessario ottenere il controllo dei rischi associati, la collaborazione dello staff medico, la dimostrazione della riduzione rapida dell'autolesionismo e il mantenimento della riduzione in un periodo di sei mesi.

Finora solo pochi studi hanno dimostrato l'efficacia del trattamento dell'autolesionismo con l'estinzione. Il nostro studio è in linea con una ricerca precedente di Jones e colleghi (1974), i quali conclusero che la procedura di estinzione era efficace nell'eliminazione dell'autolesionismo grave. Questo studio è anche in linea con i risultati di Romanczyk e Goren (1975), i quali ipotizzarono che l'autolesionismo grave potesse essere controllato completamente e velocemente dall'estinzione in un ambiente altamente strutturato. Sicuramente il successo del nostro studio dipende fortemente dall'accuratezza dell'analisi del comportamento, la quale mostra che l'attenzione sociale controllava funzionalmente l'autolesionismo; di conseguenza, l'estinzione era il mezzo di intervento comportamentale più diretto. Con l'utilizzo di misure protettive non invasive il processo di estinzione fu in grado di continuare fino a quando si poté provare la sua efficacia.

I nostri risultati relativi all'utilizzo dell'estinzione con misure protettive non intrusive per eliminare l'autolesionismo grave invitano a ulteriori indagini. Alcuni esempi includono: 1. l'efficacia dell'estinzione con più soggetti e l'utilizzo di disegni sperimentali maggiormente standardizzati con maggiore controllo; 2. lo sviluppo di tecniche di protezione più sofisticate, ma meno invasive, per ridurre il rischio di vari tipi di autolesionismo e 3. il possibile ruolo di misure protettive non intrusive in altre procedure di intervento psicoeducativo comportamentale, soprattutto approcci di miglioramento del comportamento come il rinforzo differenziale di altri comportamenti e il rinforzo differenziale del comportamento incompatibile, i quali solitamente pongono il comportamento problema in estinzione rinforzando contemporaneamente i comportamenti

obiettivo (Lovaas e Flavell, 1987; Scibak, 1983), e approcci di acquisizione di abilità come training per le abilità di comunicazione che pongono il comportamento problema in estinzione insegnando contemporaneamente abilità funzionali di interazione sociale per sostituire il comportamento problema (Carr e Durand, 1985; Durand, 1990).

---

— TITOLO O RIGINALE —

*Combination of extinction and protective measures in the treatment of severely self-injurious behavior.*  
Tratto da «Behavioral Interventions», vol. 18, 2003. © 2003 John Wiley & Sons, Ltd. Pubblicato con il permesso dell'editore. Traduzione italiana di Costanza Colombi.

## Bibliografia

- Altmeyer, B. K., Locke, B. J., Griffin, J. C., Ricketts, R. W., Williams, D. E., Mason, M., & Stark, M. T. (1987). *Treatment strategies for self-injuries behavior in a large service-delivery network*. American Journal of Mental Deficiency, 91, 333-340.
- Association for Behavior Analysis (ABA) Task Force. (1988). *The right to effective behavioral treatment*. Behavior Analyst, 11, 111-114.
- Axelrod, S. (1987). *Functional and structural analyses of behavior: approaches leading to reduce use of punishment procedures?* Research in Developmental Disabilities, 8, 165-178.
- Azrin, N. H., Besalel, V. A., Jamner, J. P., & Caputo, J. N. (1988). *Comparative study of behavioral methods of treating severe self-injury*. Journal of Behavioral Residential Treatment, 3, 119-152.
- Bachman, J. A. (1972). *Self-injurious behavior: a behavioral analysis*. Journal of Abnormal Psychology, 80, 211-226.
- Baumeister, A. A., & Rollings, J. P. (1976). *Self-injurious behavior*. In N. R. Ellis (Ed.), International review of research in mental retardation (vol. 8). New York: Academic Press.
- Borrero, J. C., Vollmer, T. R., Wright, C. S., Lerman, D. C., & Kelley, M. E. (2002). *Further evaluation of the role of protective equipment in the functional analysis of self-injurious behavior*. Journal of Applied Behavior Analysis, 35, 69-72.
- Carr, E. G. (1977). *The motivation of self-injurious behavior*. Psychological Bulletin, 84, 800-816.
- Carr, E. G., & Durand, V. M. (1985). *Reducing behavior problems through functional communication training*. Journal of Applied Behavior Analysis, 18, 111-126.
- Corte, H. E., Wolf, M. M., & Locke, B. J. (1971). *A comparison of procedures for eliminating selfinjurious behavior of retarded adolescents*. Journal of Applied Behavior Analysis, 4, 201-213.
- Durand, V. M. (1990). *Severe behavior problems* (pp. 151-153). New York: Guilford.
- Favell, J. E., McGimsey, J. F., & Jones, M. L. (1978). *The use of physical restraint in the treatment of self-injury and as positive reinforcement*. Journal of Applied Behavior Analysis, 11, 225-241.
- Ferster, C. B. (1961). *Positive reinforcement and behavioral deficits of autistic children*. Child Development, 23, 437-456.
- Fisher, W. W., Piazza, C. C., Bowman, L. G., Hanley, G. P., & Adelinis, J. D. (1997). *Direct and collateral effects of restraints and restraint fading*. Journal of Applied Behavior Analysis, 30, 105-119.
- Foxx, R. M. (1982). *Decreasing behavior of severely retarded and autistic person* (pp. 41-49). Champaign, IL: Research Press.
- Harris, S. L., & Ersner-Hershfield, R. (1978). *Behavioral suppression of seriously disruptive behavior in psychotic and retarded patients: a review of punishment and its alternatives*. Psychological Bulletin, 85,1352-1375.
- Iwata, B. A., Dorsey, M. G., Slifer, K. J., Bauman, K. E., & Richman, G. S. (1994a). *Toward a functional analysis of self-injury*. Journal of Applied Behavior Analysis, 27, 197-209. (Reprinted from Analysis and Intervention in Developmental Disabilities, 2, 3-20, 1982).

- Iwata, B. A., & Lerman, D. C. (1997). *Self-injurious behavior*. In E. A. Konarski, J. E. Favell, & J. E. Favell (Eds.), *Manual for the assessment and treatment of the behavior disorders of people with mental retardation* (Tab. BD1, pp. 1-18). Morganton, NC: Western Carolina Center Foundation.
- Iwata, B. A., Pace, G. M., Cowdery, G. E., & Miltenberger, R. G. (1994b). *What makes extinction work: an analysis of procedural form and function*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 131-144.
- Jones, F. H., Simmons, J. Q., & Frankel, F. (1974). *An extinction procedure for eliminating selfdestructive behavior in a nine-year-old autistic girl*. *Journal of Experimental Child Psychology*, 2, 67-84.
- Lovaas, O. I., & Favell, J. E. (1987). *Protection for clients undergoing aversive/restrictive intervention*. *Journal of Education and Treatment of Children*, 10, 311-325.
- Lovaas, O. I., & Simmons, J. Q. (1969). *Manipulation of self-destructive behavior in three retarded children*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2, 143-157.
- Luiselli, J. K., Matson, J. L., & Singh, N. N. (1991). *Self-injurious behavior: Analysis, assessment and treatment*. New York: Springer.
- Maisto, C., Baumeister, A. A., & Maisto, C. (1978). *An analysis of variables related to self-injurious behavior among institutionalized retarded persons*. *Journal of Mental Deficiency Research*, 22, 27-36.
- National Institutes of Health (NIH). (1989). *Treatment of destructive behaviors in persons with developmental disabilities*. Washington, DC: Author.
- Paul, H. A., & Romanczyk, R. G. (1973). *Use of air splints in the treatment of self-injurious behavior*. *Behavior Therapy*, 4, 320-321.
- Repp, A. C., Felce, D., & Barton, L. E. (1988). *Basing the treatment of stereotypic and self-injurious behaviors on hypotheses of their causes*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 21, 281-289.
- Rincover, A., & Devany, J. (1982). *The application of sensory extinction procedures to self-injury*. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 2, 67-81.
- Romanczyk, R. G., & Goren, E. R. (1975). *Severe self-injurious behavior: the problem of clinical control*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 730-739.
- Schroeder, S. R., Mulick, J. A., & Rojahn, J. (1980). *The definition, taxonomy, epidemiology, and ecology of self-injurious behavior*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10, 417-432.
- Schroeder, S. R., Schroeder, C., Smith, B., & Dalldorf, J. (1978). *Prevalence of self-injurious behavior in a large state facility for the retarded*. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 8, 261-269.
- Scibak, J. W. (1983). *Behavioral treatment*. In J. L. Matson, & J. A. Mulick (Eds.), *Handbook of mental retardation* (pp. 339-350). New York: Pergamon.
- Singh, N. H., & Aman, M. G. (1982). *Effects of thioridazine dosage on the behavior of severely mentally retarded persons*. *American Journal of Mental Deficiency*, 85 (6), 580-587.
- Tate, B. G., & Baroff, G. S. (1966). *Aversive control of self-injurious behavior in a psychotic boy*. *Behavior Research and Therapy*, 4, 281-287.
- Vollmer, T. R., Progar, P. R., Lalli, J. S., Van Camp, C. M., Sierp, B. J., Wright, C. S., Nastasi, J., & Eisenschink, K. (1998). *Fixed-time schedules attenuate extinction-induced phenomena in the treatment of severe aberrant behavior*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 529-542.

### Estinzione e misure protettive non invasive nel trattamento dell'autolesionismo grave

Zarcone, J. R., Hellings, J. A., Crandall, K., Reese, R. M., Marquis, J., Fleming, K., Shores, R., Williams, D., & Schroeder, S. R. (2001). *Effects of Risperidone on aberrant behavior of persons with developmental disabilities: I. A double-blind crossover study using multiple measures*. American Journal on Mental Retardation, 106, 525-538.

