

Stereotipie e comportamenti problema: differenziare per comprendere, gestire e risolvere

Tiziano Gabrielli
Medico chirurgo
Patrizia Cova Gabrielli
Riabilitatrice

Riassunto

Proporre *curricula* abilitativi di fronte all'immensità dei disturbi e ostacoli educativi tipici delle persone con autismo, può persino sembrare inutile. Il riscontro di notevoli difficoltà abilitative rende indispensabile affrontare i *comportamenti disadattivi* tradizionalmente inclusi nella dizione *Comportamenti Problema (CP)* ovvero le *stereotipie (S)* (termine che dovrebbe comprendere la gamma di problematiche in cui si esprime il *disfunzionamento stereotipato*), differenziando queste ultime da tutti gli altri comportamenti patologici raggruppati nei CP. Fare puntuali distinzioni è importante, per affrontare efficacemente l'Autismo e gli altri Disturbi Pervasivi dello Sviluppo. Infatti con il primo termine, *stereotipia*, si indica una varietà di disturbi assillanti, perseveranti ma solitamente considerati di per sé "non eccessivamente gravi", mentre con il secondo termine, *comportamenti problema (CP)*, si indica attualmente ogni produzione comportamentale "fortemente" disturbante o che minacci la qualità di vita e le performance adattive del soggetto e di chi gli sta attorno.

Il diffuso abuso e rimescolamento di concetti, frammenti di essi e informazioni grossolane non aiuta a comprendere le difficoltà di queste persone e produce uno stallo propositivo, un senso di "custodia" *quoad vitam* e una paralizzante preoccupazione operativa nei *caregiver*.

La discriminazione tra *stereotipie* e *comportamenti problema (comportamenti operanti patologici)* discussa nell'articolo è utile perché consente una migliore comprensione, gestione e soluzione delle due tipologie comportamentali esaminate (S. e CP.); si tratta di produzioni diverse fra loro che risentono di approcci abilitativi specifici ma differenti. Contrastare le *stereotipie*, interrompendole

opportunamente con richieste e proposte "attentive-adattive", prelude, qualifica ed edifica qualsiasi efficace approccio abilitativo.

Abstract

Because of the challenge of disorders and behavioural symptoms displayed by individuals with autism, it might appear almost meaningless to propose habilitative curricula.

Nevertheless, it is essential to cope with maladaptive patterns of behavior, known as stereotypy and challenging behaviors.

It is important to make precise distinctions in order to deal with Autism and the others Pervasive Development Disorders. Infact, the first term stereotypy represents a nagging but in generally not considered extremely serious disorder; while the second one - problem behaviour - at the moment, is a blanket term for all kinds of extremely undesirable or even damaging behaviors, included stereotypy behaviors, when dangerous or severe.

The widespread misuse and mixing of concepts and the approximate handling of scraps of information do not further the understanding these individuals' problems and leads to a veritable stalemate, a sense of care quoad vitam, a paralyzing operative anxiety in caregivers. An accurate distinction between stereotypic and problem behaviours is useful because it allows a better understanding managing and solving. Stereotypies and problem behaviours have different sources and need to be targeted by different, specific habilitative treatments, disengaging people with autism from dysfunctional habits, redirecting them towards attentive request, is the foundation of all effective habilitative approaches.

Introduzione

Che le persone con Disturbo Pervasivo dello Sviluppo necessitino "tutte" di imponente e scrupoloso intervento abilitativo individualizzato (meglio se precoce, intensivo e continuato; strategicamente strutturato, precocemente incidentale, ecc.), indipendentemente dall'età del soggetto e dalla severità del caso, non sembra mai sufficientemente evidenziato. L'esperienza infatti ci insegna che non solo le condizioni più svantaggiate ma anche i soggetti a *medio-alto funzionamento* e persino gli Asperger incontrano quotidianamente difficoltà insormontabili, capaci di ricondurli a una disabilità importante (e solo apparentemente, sorprendente).

Esiste la possibilità di "compensare" questi gravissimi limiti trasversali? Certamente sì.

Serve un corretto intervento educativo-comportamentale.

Quale intervento educativo-comportamentale praticare? Sono tutti validi, efficaci?

Per rispondere in modo convincente ai solerti sostenitori degli approcci più diversi (es. Portage; TED; TEACCH; Lovaas; ABA ed evoluzioni), è necessario partire da alcune riflessioni.

Perché, quando ancora non esistevano metodi abilitativi globali e condivisi scientificamente, alcune madri, alcuni istituti furono comunque capaci di raggiungere ottimi compensi dei *disturbi dello spettro autistico* dei loro figli/assegnatari? Miracolo, preveggenza o più semplicemente, quegli ottimi "maestri", intuirono distintamente come questi "bambini particolari" funzionavano (e funzionano) e come pertanto potevano (e possono) *bypassare* il limite presente, imparando con successo?

La stessa identica spiegazione (l'utilizzo del modo giusto di accedere alla mente di un soggetto con autismo) dovrebbe ovviamente sostenere i metodi universalmente qualificati come "auspicabili" (ovvero: "Perché funzionano sempre gli insegnamenti strutturati applicati secondo *routine* metodologiche, di *item* in successione?").

Non solo. Lo stesso meccanismo "intelligente" dovrebbe ritrovarsi puntualmente espresso persino all'interno di altri metodi, quelli per così dire "non ortodossi" ("...Eppure il mio ragazzo sta meglio!"), praticati e resistenti a critiche pertinenti e severe, vuoi sull'estrema parzialità di quanto appreso, vuoi sulla loro non funzionalità, illusorietà, estemporaneità, inopportunità o addirittura inutilità (es. Comunicazione Facilitata; Domann; Delacato; ecc.).

Perché la letteratura scientifica internazionale riporta una moltitudine di attività assai disparate e incongrue tra loro, eppure dette capaci di "ridurre" i *comportamenti disadattivi* espressi da questi pazienti? Tutte queste proposte (dando per veri gli esiti riportati) mostrano risultati controversi ai controlli ed efficacia non sempre così "apprezzabile" nel tempo. Anche le dette proposte dovrebbero contenere il "meccanismo funzionante" per

un miglioramento comportamentale e cognitivo.

E' possibile tentare una identificazione e spiegazione razionale e univoca delle coincidenze, per così dire "trasversali", tra le diverse esperienze possibili visto che alcune sembrano addirittura contrapposte?

A volte cogliere ciò che accomuna potrebbe aiutarci quanto studiare le differenze. Individuare il meccanismo del miglioramento delle condizioni prestazionali ed emotive complessive della persona con autismo, o della riduzione dei *comportamenti problema*, sarebbe affascinante. Comprendere "cosa" delle "attività e proposte" funziona servirebbe a farci capire cosa c'è (anche nelle tecniche non validate scientificamente) di "utile" e condivisibile ovvero l'*escamotage* che queste utilizzano per sostenersi. Individuato il marchingegno che fa funzionare i metodi, cesserebbero le diatribe tra "fedeli" perché si comprenderebbero meglio i pregi e i limiti di ogni proposta. Il libero uso di qualsiasi metodo o strumento, se utile a compensare il neuro-disfunzionamento individuale, risulterà possibile, infatti, solo dopo che si sarà compreso "cosa" funziona sempre e per ciascuno e (ci preme sottolineare) se quel modo di funzionare è veramente abilitativo.

Vediamo di fissare alcuni principi generali.

Quando una persona con *sindrome pervasiva dello sviluppo* è coinvolta in un percorso "attentivo" realizza "sempre e comunque" una riduzione "attuale" (misurabile in frequenza e gravità) dell'emissione comportamentale disadattiva (dunque, poco importerà la qualità della proposta poiché qualsiasi proposta attentiva funzionerebbe in tal senso). Tuttavia l'*attentività* seppure indispensabile non è di per sé sufficiente per apprendere (il problema della *consapevolezza* dell'appreso, ovvero *qualità dell'appreso*, al di là della memorizzazione ideativo-esecutiva).

Quando, a seguito di raggiunta *attentività*, si producono "*competenze*" (indipendentemente dalla gravità del caso e dall'intrinseco valore di quanto insegnato-appreso), per concretizzare un'abilitazione del soggetto, "chi insegna" ottiene risultati (numero di *abilità*) perché usa lo stesso comune e identico meccanismo "efficace" di insegnamento: l'*insegnamento procedurale* (che sfrutta l'*apprendimento stereotipato*, il quale a sua volta rispecchia la caratteristica *modalità di funzionamento* di questi pazienti: l'aderire patologico alla *stereotipia*). GRAN PARTE DEI METODI FUNZIONANO PERCHÉ SI ADEGUANO E RISPECCHIANO IL MODO PATOLOGICO DI FUNZIONARE..

Le *abilità* apprese-espletate si realizzano per *insegnamento-apprendimento* (due esperienze inscindibili, se effettive), in conformità a un determinato procedere (in un certo senso monotono) che prevede facilitazioni attentive (ambiente protetto; rapporto uno a uno; specifici setting; calendari delle attività; facilitazioni visive; *item* preconfezionati; identiche modalità di somministrazione; prompt; premi; fading...) e, secondo le peculiarità del soggetto e gli obiettivi voluti, specifici *training* conclusi, mediante proposte "direzionate", strutturate (dimostrate, richieste, facilitate, suggerite, fatte imitare e premiate) di esecuzioni ripetute di singoli

compiti in adeguata successione (secondo programmi-calendari di impegni temporo-spaziali successivi) e di attività proposte ed espletate come *item* distinti e concatenati.

A tutt'oggi la sola risposta ai precedenti quesiti, il *comune denominatore* rintracciabile, è dunque un doppio quanto inscindibile requisito: l'attentività e l'insegnamento procedurale. E' evidente che questa non è l'unica maniera funzionante di insegnare e apprendere, delle persone con difficoltà cognitivo-comportamentale (ve ne sono molte altre, ad es., il *problem solving*; la didattica per similitudine o per estrapolazione logica; ecc.) ma allontanandosi dal "procedurale" appare evidente la necessità di migliori o migliorati livelli intellettivi. Abbiamo usato l'aggettivo "*procedurale*" perché bene si addice alla forma che deve possedere l'insegnamento per apparire funzionante, deve cioè rispettare un *modus operandi* (che potremo sintetizzare in "sufficientemente ripetitivo") oltre a prevedere semplicità, chiarezza, linearità e meccanismi sovrapponibili (*indicazione*; *imitazione*; *matching*; *motricità* fine e grossolana; *recepimento* e *espressione* con produzione di linguaggio, ecc.), secondo precise sequenzialità, segmento esecutivo per segmento esecutivo (autonomie; nozioni scolastiche; ecc.), che dovrà essere riproposto o ripresentarsi più volte per essere appreso.

L'apprendimento si realizza quando l'insegnamento rispetta modalità che "ripercorrono" il condizionamento tipico di questi soggetti, che è la patologica e attrattiva adesività al *comportamento stereotipato* (l'*immutabilità* descritta da Kanner).

Gli "apprendimenti" sono sempre o "quanto meno inizialmente" stereotipati, preconfezionati, limitati, prevedibili. Per manifestarsi necessitano di strutturazione, di setting; di stimolo di avvio; di reclutamento mnemonico mediante indizio; di coerenza e compiutezza esecutiva e... rimarranno rigidi a lungo. La quantità delle *competenze*, la loro qualità, l'allenamento e la generalizzazione, gradualmente ridurranno questi limiti intrinseci, ma mai del tutto.

Questi pazienti potrebbero apprendere qualsiasi *abilità*, sempre che qualcuno insegni loro "*procedure*" (insegnamento direzionato: un concetto un po' più complesso della ben più famosa "strutturazione"); apprendono per piccole competenze in successione, proceduralmente e, questa modalità costituisce il *deus ex machina* che fa funzionare qualsiasi metodo oggi utilizzabile (al di là del suo intrinseco valore) o quanto di ogni tecnica funziona sempre. Questa caratteristica è quanto accomuna ogni proposta capace di produrre attenzione, interesse, apprendimenti, esecuzione imitativa, memorizzazione, pianificazione delle sequenze di una abilità (l'eventuale sua *qualità abilitativa* sarà un requisito da valutare indipendentemente dal suo "funzionare", dal suo risultare appresa e generalizzata).

Insegnare-apprendere competenze, sotto forma di *procedure*, non è ancora "raggiunta abilitazione", ma più semplicemente la base da cui partire affinché essa si avvii.

[Ad es., ...far salire un ragazzo con autismo su un cavallo: se tale esperienza è strutturata adeguatamente, può realizzare, prolungare e mantenere "attentività", interesse, piacere. La condizione aggiuntiva di *compliance* prodotta potrà essere premiata, rinforzata, potenziata, modulata, estesa (se attentamente monitorata e opportunamente elaborata con associate attività adattive, pertinenti)... ma - la sperimentazione passiva - autonoma, per pura immersione non dovrà mai assurgere a unica proposta abilitativa (se lo è)];

[Es. L'*holding*, la tecnica dell'abbraccio forzoso, riuscirà certamente a risvegliare, a togliere il bambino piccolo dalle *stereotipie* (spesso poco evidenti a quell'età o molto tollerate) e a renderlo per qualche istante "attento" a ciò che accade attorno ma, per risultare utile e produttiva, essa dovrà avviare immediatamente altre attività di coinvolgimento, precedere altre proposte, approfittando e rendendo vantaggiosa la suscitata attenzione. Altrimenti qualsiasi evento attentivo (comunque ottenuto) non servirà ad abilitare quel bambino che, non potendo avvantaggiarsene autonomamente, non troverà nel "risveglio" (dallo stato patologico) elementi di interesse e diverrà sempre più indisponibile, sempre meno collaborante].

Il soggetto con Autismo o con altri disturbi dello spettro, se lasciato a se stesso passerebbe spontaneamente l'intera sua vita nell'aderire al *disfunzionare stereotipato* (terza area deficitaria della triade caratterizzante la sindrome). Solo saltuariamente e per brevissimo tempo sarebbe in grado di staccarsene (spontaneamente o per intervento esterno, casuale - *da stimoli ambientali inattesi* - o educativo) e di avvicinarsi alla dimensione adattiva in modalità squisitamente neurotipica, disponendosi a percepire ciò che lo circonda o che gli viene "adeguatamente" proposto. Lasciarlo perennemente in *S.* nel vuoto esecutivo-propositivo adattivo, significa renderlo progressivamente più adeso a tale condizione, sempre più in difficoltà a impegnarsi fuori da essa, incapace in modo ingravescente di partecipare, di apprendere e in progressiva balia di inadatte produzioni stereotipate (più o meno tollerabili, più o meno simil-adattive ma mai in modo compiuto), consegnandolo colpevolmente all'aspetto orrifico dell'autismo. Rimuoverlo da questo condizionamento patologico non è gradito ed inizialmente può scatenare i CP, veri e propri comportamenti patologici operanti.

La partecipazione attentiva a una proposta qualsiasi, se avviene (per impegno della persona con DPS e per competenza degli abilitatori), si realizza sempre a discapito della *produzione stereotipata (stereotipie)* o del suo aderirvi. Questo è il modo corretto e proficuo di interrompere le *stereotipie* e "*nulla osta*" alla loro continua interruzione. Per una persona con autismo è più facile staccarsi dalla dimensione adesiva *stereotipata* (avvio dell'intervento educativo) accedendo ad attività-proposte che non siano troppo dissimili dal suo *disfunzionare*. Egli dunque aderirà più facilmente a pratiche con caratteristiche "*interscambiabili*" con quanto permea la sua mente: la *particolarità*, la *ripetitività*, la *ritualità*, l'*adesività*, che complessivamente definiamo come *dimensione stereotipata*.

Dilemma: se l'intervento abilitativo si realizza per allontanamento dalle *stereotipie* (raggiunta attentività, avvio di attività adattiva e suo progressivo perdurare nel tempo), attraverso l'insegnamento *procedurale* di

apprendimenti in un certo senso scarsamente consapevoli e dunque infine "stereotipati", si corre il rischio di giungere nuovamente alla stessa condizione da cui si voleva uscire? Si realizzerebbe infatti uno scambio di sembianze, solo in parte vantaggioso. Si sostituirebbe il tempo occupato da *comportamenti disadattivi* con modalità adattive ma permanerebbe comunque una dimensione rigida, stucchevole, procedurale, ingessata (poco consapevole) di *performare*. Anche se quanto appreso fosse "utile" alla vita di quel soggetto (rendendolo meno "autistico", più contestuale, collaborante, tranquillo, adeguato a un esistere dignitoso) per poter parlare di intervento abilitativo "vero", quegli stessi insegnamenti (peraltro indispensabili) dovrebbero (infine) liberarsi dallo *stereotipo esecutivo* che li caratterizza, attraverso la *consapevolezza* del proprio agire; la *"generalizzazione"* (rendendoli possibili in qualsiasi situazione); la *spontaneità-autonomia esecutiva* (senza bisogno di suggerimenti, di stimoli iniziali o in successione)... rendendo gli apprendimenti fluenti, gestiti secondo scelta propria (autodeterminazione) e soprattutto ricchi di motivazione (conquista abilitativa senz'altro più complessa).

Si deve avere, perciò, ben presente il rischio che si corre a mantenersi in superficie di un intervento abilitativo.

Una volta trasferite nuove competenze, usando inizialmente un approccio certamente "procedurale", si deve verificare se queste sono reali o se sono l'ennesima "filastrocca" appresa bene ma priva di significato per chi così faticosamente l'ha imparata.

[Es. Se un bambino ha appreso perfettamente il concetto di "davanti", "dentro" e "dietro", per cui in qualsiasi situazione potrà fornire una risposta corretta se gli si chiede: "mettiti davanti a ...", "cosa c'è davanti a ...", "mettilo davanti a ...", troverete disarmante scoprire che non comprenderà affatto una frase del tipo "indicami il davanti della casa", "dimmi qual è il dietro della macchina" ...]. Questa situazione è comune lavorando con persone con *disturbo pervasivo dello sviluppo* e ci dice che se l'impianto formale dell'insegnare-apprendere (procedurale) è utile, la sua sostanza però necessita di massima attenzione.

[Es. Se tra le molte attività da proporre ho quella del *riconoscimento dei colori*, io posso usare bene le *tecniche procedurali* conosciute: indicami il rosso, colora il rosso, dammi il rosso ... oppure posso usarle con un'attenzione speciale, chiedendo al bambino di guardare: si inizia mostrando un cartoncino rosso, dicendo, *colore-rosso* (evitando attentamente di usare il termine *rosso* –astrazione- separatamente dal termine *colore* o di distrarre dal concetto obiettivo, evitando l'uso di una forma geometrica o un soggetto da colorare di rosso); poi dirò, "tocca il colore-rosso" senza alcuna alternativa visibile; si faciliterà al bambino il compito, se in difficoltà; poi posizionandogli più vicino il cartoncino colorato gli si chiede "dammi colore-rosso (*tecnica errorless*)"

...Nella primissima fase, eviterò di proporre di colorare - ritagliare - incollare il cartoncino, ad esempio, perché questa gestualità confonderebbe l'apprendimento-obiettivo]. Quando il bimbo non avrà dubbi sul colore-rosso potrà introdurre variando di volta in volta disturbatori, attività ulteriori o di distinzione. Questo modo di procedere libera la *routine procedurale* dei suoi limiti e pericoli e consente apprendimenti più interessanti.

Per ottenere (in fase iniziale) e mantenere alta la *compliance* (collaborazione) bisogna disporre di moltissimi insegnamenti-apprendimenti ben distinti fra loro (es. a tavolino e fuori, attività dissimili, riconoscimento visivo-verbale degli oggetti, produzione e controllo di suoni, motricità, ecc.); la loro varietà e il dosaggio (breve) li renderà gratificanti. Il bagaglio di un educatore dovrà essere essenzialmente multiplo, pronto, preconstituito e saggiamente somministrato. La durata di ogni singola proposta sarà direttamente proporzionale alla raggiunta e perdurante attentività e/o partecipazione e inoltre dovrà essere gestita in modo tale da mantenere elevato l'interesse in essa riposto, nonchè interrotta prima che questa scemi. I tempi di partecipazione attiva sono un criterio operativo interessante.

Abilitare consiste sì nel fornire *competenze adattive* ma soprattutto nel disaffezionare il soggetto con Disturbi dello Spettro Autistico (DSA) dal disfunzionare stereotipato, attraverso l'apprendimento di meccanismi cognitivi per costruire *competenze*. Abituare questi speciali soggetti a continue e puntuali interruzioni del loro permanere in *stereotipia*, allontanandoli dai meccanismi stereotipati di funzionamento del loro sistema mente, significa renderli "capaci" di sfuggire a questa fascinazione attrattiva (in senso negativo) ma patologica.

Con il semplice termine *stereotipia(S.)* vogliamo qui intendere ogni possibile aspetto del *disfunzionamento stereotipato*. Qualcuno afferma che se si elimina una *stereotipia* se ne presenta un'altra, per dire che è tempo sprecato. Questo è un gravissimo pregiudizio. In pratica succede che la loro "corretta" interruzione produce nel tempo il loro alleggerirsi, modificarsi, sostituirsi, abbreviarsi e questo è un buon segnale perché alla fine risultano fortemente ridotte (in quantità e qualità) oppure permangono quelle cosiddette trascurabili in specifici momenti della giornata. Nei casi di *alto funzionamento* è possibile riscontrare l'attivarsi di un loro autocontrollo e si avviano attività cognitivo-psicologiche complesse prima impensabili. Trascurarle tollerandole non produce miglioramento ed integrabilità nonostante il maggior numero di competenze conquistate.

Ci si dovrà impegnare a interrompere "adeguatamente" le *stereotipie* (ottenere attenzione e proporre attività).

Indurre tolleranza (nel disabile) all'interruzione puntuale delle *stereotipie* (da parte dell'operatore) estingue la ragione di esistere dei veri *comportamenti problema* emessi a tutela del permanere-ritorno in *stereotipia*. L'educazione continua, a prestare attenzione alle nuove proposte-richieste, produce *flessibilità* (allontanamento dal rituale; dall'immutabilità). La *flessibilità* è indice di un buon percorso abilitativo e combacia con un pressochè definitivo abbandono dei *comportamenti problema*.

Non esistono *stereotipie* o *modalità stereotipate* "tollerabili" ma piuttosto tempi in cui necessariamente non ci si può impegnare nell'allontanare da esse (l'abilitazione avrà gioco forza delle interruzioni, dei momenti di relax, di passaggio tra una attività e un'altra, tra una situazione e una nuova).

Lentamente e progressivamente (dapprima per pochi istanti e poi via via sempre più a lungo), per ogni persona

con DSA risulterà possibile interrompere e allontanarsi dalla dimensione attrattiva stereotipata. Questo sforzo deve risultare "vantaggioso" (piacere - motivazione).

"Stereotipie" e "comportamenti problema"

"Se X è un tratto interessante o caratteristico del comportamento umano, difficilmente gli psicologi lo hanno studiato" Ulrich Neisser, 1978

Proporre curricula abilitativi di fronte all'immensità di disturbi comportamentali, tipici delle persone con Autismo, contrastanti qualsiasi proposta educativa o di relazione, può sembrare persino ridicolo. Ciò nonostante risulta indispensabile impegnarsi in questa sfida abilitativa neuro-psicologico educativo-comportamentale, affrontando i "comportamenti ostativi" e non solamente quando risultano fortemente emarginanti o socialmente sconvenienti.

Il capitolo dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (APA-DSM-IV) prende l'avvio con la descrizione dell'autismo (DSM-IV-TR, 2000), espressione clinica delle alterazioni dello sviluppo mentale dovute a una patologia dell'ontogenesi (processo di formazione e sviluppo degli organi e delle loro funzioni nell'individuo) del sistema nervoso centrale (Surian, 2002). La sua diagnosi si fonda attualmente sulla sola osservazione clinica (DSM-IV-TR, 2000). Sulla scorta di siffatta indagine, il riscontro contemporaneo di disturbi della "relazione", della "comunicazione" e del "comportamento (deficit dell'immaginazione con repertorio limitato, ripetitivo e stereotipato di attività e interessi)" (DSM-IV, 1994, Tab. 299.0), completa la triade (Wing e Gould, 1979) indispensabile e sufficiente per giustificarne l'attribuzione.

Questa affermazione va letta con attenzione perché conferma il coesistere di questi tre disfunzionamenti insieme (sindrome) (Wing, 1993) presenti sempre trasversalmente, anche se in maniera disarmonica, qualsiasi forma clinica si consideri (spettro autistico) (Wing, 1988; "continuum di quadri clinici, di fenotipi o espressioni cliniche finali"), ad accompagnare l'intera vita di questi pazienti. Ogni disfunzionamento risulterà espresso rispettivamente in forma clinica più o meno grave, attenuata, sfumata o compensata.

Perché nella formulazione diagnostica non si fa esplicito riferimento ai "*comportamenti problema*"? Eppure preoccupano molto; costituiscono l'emergenza dell'autismo; rendono interessanti i dibattiti e affollano i question-time congressuali. Cosa sono i "*comportamenti problema*"? E' una definizione socio-etica? Le "*stereotipie*" sono anch'esse "*comportamenti problema*"? Coincidono? Come vanno interpretati altri comportamenti "stereotipati" o, più in generale, il "disfunzionamento stereotipato"? Da quale punto di vista è utile enfatizzarne le valenze negative? Distinguere

all'interno dei CP alcuni precisi criteri e tipologie inclusive, migliora le possibilità di trattamento?

Universalmente, l'area delle "anomalie comportamentali" (sinonimo di *comportamenti problema*) come i comportamenti disadattivi, aberranti, malversativi, avversativi, ecc., configura un vasto, quanto generico contenitore, che, a seconda degli autori considerati, potrà includere qualsiasi manifestazione clinica della *sindrome*, dalle bizzarrie alle ritualità, e ancora iperattività e le più diverse problematiche di postura, disturbi del sonno, fobie alimentari, adesività sensoriali e anomalie della percezione, ecolalie, manierismi, sino all'autolesionismo, all'eteroaggressività e mille altre problematiche in più (Achenbach, 1991).

Di tutto e di più.

Il termine di *comportamento problema* (CP), ancora privo di una definizione ufficiale, è intuitivamente "riduttivo" perché identifica, tra ciò che è stato appena descritto quale esemplificazione di possibile repertorio di CP, ogni comportamento "disadattivo" quando "individualmente" risulterà "attualmente" ostacolante l'apprendimento, l'integrazione, oppure quando incompatibile con qualsiasi relazione e partecipazione, o reputato intollerabile e pericoloso per sé e per gli altri, *stereotipie* ossessive o lesive, comprese (Carr e Durand, 1985; Prizant e Wetherby, 1987; Ianes, 1994; Ianes e Cramerotti, 2002; Bregman e Gerdztz, 2004).

Ciò che tradizionalmente identifica il "comportamento problema" è dunque un giudizio (etico-sociale soggettivo, esterno al paziente) di "negatività", che da soggettivo diventa "assoluto".

Tale pre-giudizio confonde e accomuna varie espressioni cliniche di per sé differenti tra loro, e rafforza un solo punto di vista, quello che va per la maggiore: l'aspetto asociale, la pericolosità, il turbamento indotto nella collettività da quanto espresso.

Nella letteratura anglofona il termine *comportamento problema* (*problem behavior*) include tutto (es., l'autostimolazione sensoriale; i comportamenti dirompenti; urlare senza motivo apparente; il pianto improvviso; l'autolesionismo; gli atteggiamenti minacciosi e aggressivi; la fuga; l'evitamento; l'opposizione ostinata; ecc.), comprendendo dunque anche le stesse *stereotipie*, e a volte persino i disturbi delle autonomie (sonno-veglia; controllo sfinteri; alimentazione; ecc.). Alcuni autori (quelli che utilizzano l'Analisi Funzionale), comprendendo la non opportunità di tali connotazioni negative nel termine "*comportamento problema*", pur riferendosi a performance indesiderate delle persone affette da DSA (Wing, 1999), spostano l'attenzione sulla descrizione "obiettiva", di ciò che accade, del sintomo in considerazione, auspicando così un'ottica "descrittiva" e non immediatamente "interpretativa" in quanto la prima meno pregiudizievole. Resta il fatto che non risolvono i fraintendimenti perché il termine circoscrive comunque una situazione di emergenza (Demchak e Bossert, 2004) generica. Si potrà così descrivere in maniera analitica una gestualità autolesiva grave o una emissione verbale che induca sofferenza uditiva agli ascoltatori ma comunque

etichettando entrambe queste "stereotipie" come "*comportamento problema*" (continuando così a confondere le due tipologie di produzioni e impedendone un'opportuna distinzione per una corretta gestione). Per contro, quello che dovrebbe caratterizzare il *comportamento problema* (*vero e proprio*) è ciò che in esso ricorre, al di là delle diversità tra caso e caso. Ad esempio, il CP ha degli elementi comuni: l'imprevedibilità, l'essere accessuale, l'essere esorbitante rispetto alla situazione in atto (piuttosto che la "pericolosità per sé e per gli altri" che a ben vedere non è sempre espressa); il suo effetto a sorpresa e la tipica episodicità, sporadicità, l'accadere di tanto in tanto (comportamento "a bassa frequenza" - Powers, 1994); una durata piuttosto limitata; uno scemare in stereotipia; la necessità di spettatori-recettori; ecc. IL CP è sempre operante. Come vedremo, esso è solo apparentemente impulsivo, reattivo, "competente".

Sarebbe ora legittimo domandarsi se è possibile individuare, oltre ai "*comportamenti problema*", altre tipologie di emissioni "*comportamentali*" con la stessa universale evidenza trasversale e con caratteristiche comuni tra loro. In tal senso anche le *stereotipie* (nel senso di dis-funzionamento stereotipato) sembrano accomunare validamente tutti i pazienti con tale *sindrome*, costituendo le emissioni più tipiche, perduranti e frequenti da loro espresse.

La definizione ufficiale di *stereotipie*, al contrario di quella sui "*comportamenti problema*", è assai consolidata: modalità pervasiva e non occasionale (Morgan, 2003) che si concretizza nella ripetizione, ossessivo-compulsiva di poche azioni, uguali tra loro, povere in "competenza" e non contestuali oppure non sganciabili dal contesto, espresse in schemi comportamentali più o meno limitati, fissi, identici, reiterati ed emessi in successione, anch'essi privi di scopo evidente: espressioni diverse di un unico problema, essenziale: il *comportamento stereotipato*.

Molti sono gli autori che identificano le *stereotipie* con i *comportamenti stereotipati* (Miltenberger, 2000). La quotidianità delle persone con DPS è ricca di produzioni-condizionamenti stereotipati (stereotipie e comportamenti stereotipati) che seppure avvertite quale disturbo assillante sono genericamente valutate "non eccessivamente gravi", a volte persino "tollerate" o addirittura usate come "premio".

Viene spontaneo considerare insopportabile e assolutamente da correggere la *stereotipia* "solo se" di forte impedimento a qualsiasi partecipazione adattiva utile, senza chiedersi quanto peso essa abbia di fatto nell'edificare patologicamente l'intera mente del soggetto che la produce.

La *stereotipia*, qualsiasi forma essa assuma, è secondo noi un'espressione comportamentale da non sottovalutare mai; essa andrebbe affrontata e interrotta sempre, consentendo, favorendo, facilitando l'accesso e un progressivo aderire a una dimensione alternativa e funzionale di sperimentare la vita. Disaffezionare dalle *stereotipie*, interrompendole opportunamente con

richieste "attentive" e successive adeguate proposte, prelude, qualifica ed edifica qualsiasi efficace approccio abilitativo in genere, e inoltre ha effetti riduttivi sulla produzione in questione la cui interruzione abitudinaria determina (flessibilità, aumento progressivo della disponibilità a sperimentare adattivo) con conseguente automatica diminuzione e scomparsa dei *comportamenti problema*. L'ipotesi che vogliamo introdurre è che quest'ultima produzione (CP) sia emessa con lo scopo di "garantire" l'adesione patologica allo "stereotipo comportamentale". Si avrebbe l'emissione di *comportamento problema* in quanto comportamento sperimentato efficace per il ripristino della condizione patologica attrattiva e spontanee prevalente, inopportunamente disturbata o interrotta: la permanenza in stereotipia.

[Es. Una bambina inglese di dieci anni, con autismo, verbale, fa visita in Italia ai parenti di un genitore. Per l'occasione viene usata la macchina del nonno quale mezzo per gli spostamenti e lei apprezza molto i continui e lunghi trasferimenti (come qualsiasi altro bambino autistico apprezza la stimolazione cinetico-visiva offerta dal movimento in macchina*). Dopo i primi giorni le visite si fanno sempre più difficili e brevi. In uno degli ultimi incontri l'opposizione a scendere dalla macchina ed entrare in casa degli ospiti è grandissima. La bambina urla a perdifiato, scalcia e colpisce chiunque***. Grida "let's go to the car" (andiamo alla macchina**) e lo scrive** a chiare lettere su un foglietto che fornito dai genitori lei mostra piangendo. Essi nella speranza che l'emissione delle urla e delle aggressioni (CP) cessi, usano la tecnica dell'ignorare per estinguere. Inutile. La bambina colpisce chi le si avvicina e grida senza interruzione per tutto il tempo dell'incontro praticamente impedendolo ***. Non accetta la torta, né si distrae dallo stratonare i genitori verso l'esterno, indipendentemente dalle proposte di giocattoli e giochi. Lasciata a se stessa scopre, tra uno strepito ed un altro, mantenendo pertanto attiva la performance disadattiva, un armadio di scarpe e inizia a indossarle * *. Poi altri strepiti e giunta in un bagno si spoglia nuda**. A quel punto la mamma le consente di riempire la vasca per immergersi*. I genitori tentano di usare come soluzione all'emissione di CP una modalità riconosciuta come gradita. La bambina asciugata e rivestita resta inquieta ma non sembra più interessatissima a uscire di casa, vorrebbe invece riprendere a indossare scarpe*. Tornano finalmente alla macchina dove la bambina è tutta concentrata nel fare e rifare la stessa richiesta verbale ripetitiva al padre: "è sporca la mia maglietta rossa?" *, obbligandolo a girare la testa verso di lei* ... Ripartono.]

Possiamo ora decidere se abbiamo assistito a un CP a "funzione adattiva" nell'esempio più o meno esplicita (richieste verbali e scritte, addirittura) e quindi ad "un atto adattivo, consapevole di grande rifiuto", oppure notare la "non funzionalità adattiva" di quest'atto... che in realtà non è saziabile, né immediatamente (con più proposte adattive) né tardivamente (si torna allo stimolo cinetico-visivo). Attività operante verso il patologico e che viene scansionata e ridotta da attività stereotipate riformulate per il nuovo ambiente (la casa degli amici). In questo esempio vediamo quanto difficile sia cogliere la pericolosità di concedere il permanere eccessivo in *stereotipia* anche per persone attrezzate dal punto di vista adattivo. Vediamo al contempo come sia semplice aderire e addirittura favorire tale condizione.; quanto difficile sia, durante un CP, dissuaderli da esso, coinvolgerli, interessarli a nuove proposte adattive, mentre quello che fa breccia è la stereotipia... Comprendiamo anche quanto rilevanti possano divenire i *comportamenti problema* (indipendentemente dalle competenze comunicazionali possedute) mano a mano che il soggetto si fa grande e forte. I CP sembrerebbero dunque comportamenti messi in atto allo scopo (operanti) di ripristinare (mantenere, tutelare) patologia ovvero la condizione preferita,. Possono essere avviati quando giocoforza si

obbligano queste persone ad abbandonare la dimensione stereotipata, impegnandoli in adattivo].

(*stereotipia - ** comportamento stereotipato - ***comportamento problema)

La produzione dei *comportamenti problema* non sembra primariamente dunque un'espressione di un'intolleranza psicologica a nuove situazioni (in quanto sconosciute, poco comprese, ingestibili, ansiogene, ecc.), o di un consapevole (in senso adattivo) rifiuto per ciò che viene proposto (che non viene nemmeno valutato) ma più semplicemente in quanto le novità (o il sostenerle) costituiscono "*risveglio*" obbligato che stimola (in chi non è *flessibile*) un tentativo di recuperare la naturale condizione abbandonata o che si sta abbandonando, quella preferita, distruttrice nella sua misera ripetitività e inutilità. E' uno sguardo "indietro"... nel patologico (tornare ad essere "autistico"); non è mai consapevolezza (adattiva e quindi possibile rifiuto per aderire ad altro adattivo) di ciò che viene proposto ma di ciò che (quanto proposto) costringe ad abbandonare.

Dal punto di vista abilitativo il CP è il segnale che "non si sta lavorando bene", per la semplice ragione che si è concesso troppo spazio (a volte sino all'abitudine) alla *stereotipia*, al suo permanere in essa. Quando si disturba questa condizione si scatena il suo guardiano (questo si assai difficile da contenere e interrompere): il *comportamento problema*.

Il *comportamento problema (vero e proprio)* rimane, tra le "produzioni indesiderate", quella che "provocatoriamente" andremo a definire, l'interessante "*risveglio fastidioso*". Abbiamo usato l'aggettivo interessante perché crediamo che i CP rappresentino un'espressione dell'esistere (NB: all'interno del condizionamento autistico) "più utile" rispetto alla *stereotipia* o *comportamento stereotipato* che invece d'abitudine non spaventa. S. che a volte viene paradossalmente usata per "quietamente" gestire il quotidiano (Morgan, 2003).

Un soggetto che manifesta episodicamente attività "dirompenti" è, a nostro avviso, "meno grave" di quello che permane per ore fortemente adeso a stereotipie, sebbene tollerate perché ritenute erroneamente "tranquillizzanti" o compatibili con una migliore convivenza. Noi parliamo dalla convinzione che egli andrà ad emettere CP in proporzione diretta alla sua "adesività" alla "condizione stereotipata". Quando questa comincia a mostrare dei cedimenti e ha bisogno di tutele, avremo puntualmente CP.

Nella tragedia del patologico se ci sono crepe, cedimenti sono nelle S., non nei CP.

Comprendere quanto semplice sia l'intervento, richiede definizioni "operative" di stereotipia, disfunzionamento stereotipato, adesività, controllo patologico ambientale, comportamento problema, in attesa che il mondo scientifico si esprima distinguendole in modo pertinente e formale.

Quando si lavora con le persone con Disturbi Pervasivi dello Sviluppo è necessario riconoscere velocemente e semplicemente se si è davanti a una modalità funzionale e coerente di esistere (adattiva) o patologica

(disfunzionamento stereotipato o CP. La distinzione clinica, tra queste produzioni, quando viene colta, è lasciata all'intuizione dell'operatore. Fare puntuali distinzioni sarebbe invece importante, per affrontare efficacemente l'Autismo e gli altri Disturbi Pervasivi dello Sviluppo. Il diffuso abuso e rimescolamento di informazioni grossolane, di concetti o loro frammenti, non aiuta a comprendere le difficoltà di queste persone, producendo uno stallo propositivo e una paralizzante preoccupazione operativa nei caregiver, un senso di ineludibilità della "custodia" *quoad vitam*.

Stereotipie e comportamenti problema: una distinzione necessaria

Come è rilevabile dalle due definizioni precedenti, i criteri distintivi tra questi due tipi di manifestazione comportamentale sarebbero già disponibili. La discriminazione "pratica" tra S e CP sarebbe utile perché consentirebbe una migliore comprensione, gestione e soluzione. Esse sono produzioni diverse che risentono di approcci abilitativi specifici e differenti. Nel quotidiano invece s'incappa facilmente nel loro sovrapporsi e assimilarsi e si è soliti credere che una banale frase, ripetuta a non finire, possa intendersi come CP alla stessa stregua di una "occasionale", quanto violenta pratica avversiva. Per la stessa ragione tutte le pratiche stereotipate pericolose e autolesive, verranno certamente inserite nel novero dei CP anziché nelle stereotipie "gravi" e trattate come i primi anziché essere abilmente interrotte. Questo modo di procedere, senza distinzioni, porta con sé il rischio di conseguenze operative molto preoccupanti (Cohen e Volkmar, 1997; trad. il., 2004; Coleman, 2004; Powers, 1994; Holmes, 1994) confermate peraltro dalla scarsa possibilità di verifiche e monitoraggi dei risultati pubblicati, dell'eccessiva eterogeneità dei criteri di inclusione e degli obiettivi, tenuto conto inoltre dei deludenti risultati sin qui evidenziati dalla ricerca.

Distinguere le due differenti attività comportamentali significa, anche, comprendere meglio il modo di funzionare di un soggetto con autismo.

E pur vero che chi si misura con questa *sindrome* sa come spesso risulti estremamente difficile praticare abilitazione di fronte alla qualità e quantità di disturbi e comportamenti contrastanti qualsiasi proposta educativa (Dunlap, Robbins e Darrow, 1994). Quando il comportamento ostacola significativamente la qualità della vita e l'abilitazione, è costume intervenire. In ambito comportamentista si sono venuti affermando due approcci possibili, spesso applicati distintamente, a volte integrati tra loro, comunque entrambi indirizzati alla riduzione, estinzione e sostituzione di ciò che è indesiderato con competenze adattive e al successivo potenziamento di queste ultime. Da una parte abbiamo l'Analisi Funzionale, approccio "diretto" (Lovaas et al., 1981; Miltenberger, 2000; Ianes e Cramerotti, 2002; Demchak e Bossert, 1996; trad. il., 2004) al "problema comportamentale" che viaggia in parallelo ai trattamenti psicoeducativi; dall'altra, invece, è il realizzarsi dei *curricula* abilitativi stessi che comporta (indirettamente)

la riduzione e l'estinzione consequenziale della produzione problematica, realizzando su di essa un effetto benefico "indiretto" (Schopler, 1980; Schopler, 1995; Barthelemy, Hameury e Lelord, 1995; Schreibman, 1998; Schreibman, 2000; Koegel, 2000; Dawson e Watling, 2000; Goldstein, 2002; Horner, Carr, Strain, Todd e Reede, 2002; McConnel, 2002).

Negli ultimi anni si tende a considerare obbligatoriamente prioritario l'approccio "diretto" (l'attuale modello comportamentale di riferimento è l'ABA e l'Analisi Funzionale) all'emissione da controllare (seppure la letteratura a tale proposito riporta risultati contraddittori e nel complesso insoddisfacenti). Anche in tale scuola di pensiero però la discriminazione tra le due produzioni consentirebbe un miglior uso di energie e risorse valorizzando in modo definitivo l'approccio integrato a netto favore di quello "indiretto".

Secondo il modello attuale di analisi e modificazione comportamentale (Behaviour Modification, o Applied Behaviour Analysis - Analisi Comportamentale Applicata), quello più seguito in campo abilitativo, l'Analisi Funzionale -AF- (Baer, Wolf e Risley, 1968; Baer, Wolf e Risley, 1987), le produzioni comportamentali, sia quelle opportune che quelle da estinguere o correggere, subiscono incrementi (o viceversa) in frequenza, durata e intensità, se sottoposte a processi di *reinforcement* (Miltenberger, 2000) (che grossolanamente traduciamo come "processo di rinforzamento" per non confonderlo con il concetto di "reinforcer o rinforzo"). Conseguentemente le attività comportamentali "inopportune", vengono identificate, quantificate e analizzate nel tempo e nell'ambiente in cui avvengono (consulenti comportamentali nel setting) (Derby et al., 1992; Harchik, Sherman, Sheldon e Strouse, 1992; Northup et al., 1994), presupponendo l'esistenza di una loro "funzione comunicativa" (Donnelan, Merenda, Mesaros e Fassbender, 1984; Dunst, Lowe e Bartholomew, 1990; Cohen e Volkmar, 1997; trad. il., 2004) in quanto espresse per ottenere effetti "ambientali". Ovviamente in questa logica si dà per scontato che gli effetti cercati siano "adattivi". Il "trattamento" si incentra sulle possibili modificazioni dei pre-accadimenti (antecedenti) e/o delle conseguenze.

Le diverse modalità comportamentali, interpretate dunque come eventi "funzionali", impegnano l'operatore a coglierne il senso, l'intenzione nascosta e inespressa (il comunicato del disabile: ad esempio, richiesta o rifiuto, intolleranza, fuga, ansia, stanchezza, incapacità di comprendere, perdita di controllo ambientale e altro ancora (Demchak e Bossert, 1996; trad. il., 2004; Cipani, 1989; Sundberg e Partington, 1998; Kent-Udolf e Sherman, 1983).

La tesi sino ad ora universalmente sostenuta è: "Ogni comportamento, e nello specifico anche quello disadattivo, ha un intento comunicativo, una sua funzionalità". Tale tesi è un'estensione arbitraria alla disabilità intellettiva, delle raggiunte convinzioni cognitivo-comportamentali. I criteri usati e in tale caso più legittimi sono gli stessi adottati per affrontare e risolvere le problematiche comportamentali nei disagi

psicologici di bambini e ragazzi a sviluppo tipico, in difficoltà a seguito di abbandoni, adozioni o sottoposti a situazioni di limitazione (Kerr, 2002).

Il comportamento come "comunicazione adattiva" viene dato per scontato anche dove questa equazione appare indaginosa o incongrua, come ad esempio in soggetti con autismo severo e la necessaria approfondita analisi e interpretazione di ciò che accade viene ricondotta semplicemente alla difficoltà di comunicare. Si insegnano pertanto ai pazienti modalità alternative e sostitutive, del significato attribuito al CP, nel rispetto dell'intento comunicativo estrapolato e attribuito "a posteriori" dagli analisti del comportamento. La modalità di comunicazione sostitutiva da insegnare al disabile, quella più adeguata al vivere civile rispetto all'emissione disturbata, dovrà essere, inoltre, almeno altrettanto efficace (equivalenza funzionale) del comportamento inadeguato in esame (Ianes, 1994). Si passa dal patologico all'adattivo, imperiosamente, senza alcuna logica o assolutamente certa e dimostrabile connessione.

Una nuova prospettiva di ricerca: il Modello Teorico Comportamentale Procedurale

L'obiettivo della ricerca di base è migliorare i modelli psicologici e neurofisiologici esistenti, per renderli sempre più adeguati e coerenti con i dati disponibili.

Il "CP" esprime intenzioni, comunicazione, disagio emotivo? Ha qualche funzione in senso adattivo? E' linguaggio per il tramite del corpo? "E' "funzionale" a "un pensare adattivo" che altrimenti risulterebbe inesprimibile?

Analizziamo di seguito una situazione tipica del medio-basso funzionamento (più elevata sarà la qualità intellettiva espressa, più si complicheranno gli eventi e le implicazioni, pur mantenendo valida la perplessità generale dell'applicazione teorica dell'AF) così da introdurre un'analisi comportamentale innovativa, vale a dire "a valore universale" secondo il modello Teorico Comportamentale-Procedurale (Gabielli e Cova, 2005).

Un ragazzino con autismo, con competenze verbali discrete, libero da impegni abilitativi strutturati o incidentali, si muove per la casa, in un'alternata produzione (preponderante) di *stereotipie*, *comportamenti "stereotipati"* e (occasionalmente) adeguati.

A seguito di una certa azione della madre (indizio) - che sposta casualmente una borsetta dal mobile, quella solitamente usata per la passeggiata (oppure perché gli viene fatta in modo diretto la proposta: "*Andiamo all'altalena del parco*") -, ricorda (reclutamento mnemonico) lo schema comportamentale dell'esperienza che lo porterà da casa - nel parco - sull'altalena e, di nuovo, - a casa (secondo un modello - modulo sequenziale di eventi che vedremo essere non squisitamente adattivo ma piuttosto tipicamente autistico e che da questo momento definiamo *procedura stereotipata*). Questa *modalità tipica* non impedisce al bambino di sperimentare anche alcune novità adattive dell'esperienza, ma è comunque ciò che nell'esperienza

prevarrà. L'esperienza del parco giochi è un'abitudine, una delle attività di svago proposta quasi tutti i giorni, che egli gradisce molto. Egli conferma "verbalmente", la richiesta: "*altalena-parco*" (non per un uso coerente e naturale del linguaggio, quale competenza specifica, ma solo perché lo schema esperienziale ricordato prevede anche questa frase, frutto di specifico apprendimento, come "*modalità collegata*". Se non fosse verbale emetterebbe alcune tipiche stereotipie motorie, ecolaliche coerenti all'esperienza e prevedibili tanto da essere considerate dagli osservatori comunicazione pertinente). Difficilmente confermerebbe spontaneamente in altra maniera, difforme dal rito usuale, la sua disponibilità; con un "Sì" ad esempio, oppure con un "Fantastico, andiamo!", con un sorriso entusiastico, a meno che, una di queste risposte, non sia anch'essa "*modalità collegata*" all'esperienza in atto (modalità appresa per quell'esperienza), oppure introdotta dall'operatore come nuovo momento comportamentale coerente e contestualizzato, il cui ripetersi diverrà apprendimento collegato.

Prevale dunque su qualsiasi competenza appresa o sul possibile uso di essa (spontaneità-autonomia di intenti), lo *schema esperienziale* reclutato mnemonicamente.

Già in preda al recupero associativo - forma involontaria di ricordo (Longoni, 2005) automaticamente innescata da un indizio: oggetto, o situazione, o frase - il ragazzo si dispone attivamente a essere preparato per l'uscita. Si veste, ma in continua emissione di *stereotipie motorie* ed *ecolaliche* (che non sono, secondo noi, espressione di gioia, né di eccitazione ma più precisamente sono attività coerenti con la produzione disfunzionale tipica della sindrome, presenti sin dall'esordio di quell'esperienza. Le S associate sono consone alla *procedura esperienziale* in atto che seppur adattiva è complessivamente performata in modo stereotipato). L'emissione di *stereotipie* infatti avverrebbe comunque, le prime come le ultime senza alcuna relazione con una presunta emotività indotta dall'avvio, esecuzione, termine dell'esperienza. L'adesione alla procedura esperienziale avviata, sarà infatti spesso interrotta comunque da *stereotipie*, le quali scadenziano qualsiasi esperienza in genere, nuova o conosciuta, mentre possibili spazi di "attentività" spontanea si alternano ad esse in modo assai rarefatto (a scopo abilitativo, sarebbe importante coglierli o indurli, con opportune richieste attentive, verso attività contestuali; questo renderebbe le esperienze possibili assai più utili e non semplicemente un modo per sopravvivere all'autismo alcune ore).

In realtà tutta questa transitività, questo rispetto di un'abitudine, di un'attività di svago proposta quasi tutti i giorni, non basta affatto ad assicurare un andamento positivo della qualità esperienziale avviata.

Se il tragitto casa-parco viene casualmente modificato, o durante esso non si rispettano certe consuetudini (non rispetto della *procedura* memorizzata per quell'esperienza), ad esempio, posizione di seduta nella macchina; accensione della musica sbagliata, ecc.; o anche a causa di forza maggiore (es., traffico straordinario; un parente da trasportare; ecc.); egli improvvisamente reagisce e distrugge a pugno l'abitacolo,

aggredisce la madre, urla e strepita. Non è semplice impedirglielo, se non si riprende l'esatta procedura (che sarà infine puntualmente sottotraccia nelle attività della madre e rispettata, in quanto già esperta di ciò che è efficace per far cessare l'emissione comportamentale accessuale conosciuta e temuta) per raggiungere il parco giochi, dove poter usare l'altalena.

Questo bambino con autismo, pur in grado di fare una richiesta verbale "*Voglio andare al parco giochi*" (richiesta verbale che, possiamo essere certi, difficilmente accadrà spontaneamente se non dopo un lungo iter abilitativo), non ha cognitivamente, consapevolmente e nemmeno emotivamente, l'obiettivo "*passeggiata-altalena*": il rinforzo (Miltenberger, 2000), l'oggetto del desiderio, la conseguenza motivante, il premio riconosciuto convenzionalmente tale, ma ciò che sembra costituire i suoi processi cognitivi superiori (pensare - ricordare - ragionare - decidere, ecc.) è solamente ristretto al ripercorrere l'iter-esperienziale reclutato nella sua interezza e con forma sequenziata, appresa per quell'esperienza specifica (casaparco-altalena).

Il ricordo in reclutamento del soggetto con autismo non sembra infatti avere le dimensioni tipiche del "nostro" ricordare (Baddeley, 1993; Neisser, 1978) (recupero mnemonico di quanto è avvenuto, delle emozioni provate, delle relazioni interpersonali avviate, delle fantasie che quell'esperienza ha suscitato). E' molto più scarno e superficiale. Sembra ridotto a un susseguirsi di brevi avvenimenti scadenziati su circostanze esterne, su dettagli successivi, nel tempo e nello spazio, relativi al contesto, allo scenario di quell'intera e specifica esperienza (da casa - al parco - all'altalena ecc.); mentre l'interiorità, la dimensione affettiva, emotiva (emozioni, pensieri, fantasie), il ruolo delle altre persone nell'esperienza stessa, sembrano assenti (e probabilmente lo sono) o almeno non sembrano "costituenti" sufficienti per far partire un interesse, una richiesta diretta, spontanea, probabilmente perché manca un obiettivo vero, che è disperso nel ricordo-recupero della procedura così come è stata memorizzata. Ad esempio: se durante la passeggiata nel parco per raggiungere l'altalena, si incontrano eccezionalmente dei canoisti sul lago, il ragazzo non sembra cogliere o essere coinvolto dalla novità, nemmeno se indicata, enfatizzata. Né generalmente è colpito dalle persone, o da quello che fanno, ma da oggetti, elementi ristretti e concreti (spesso usuali) del *setting* esperienziale. Egli infatti coglie nell'ambiente "raggiunto" un indizio (es., l'acqua), utile a uno sperimentare già conosciuto (es., la superficie d'acqua = gettarvi dei sassi), sempre identico, e riguardante proprio quell'indizio.

La stessa *performance* si avrà in ambienti diversi "dal parco" (dove però siano presenti superfici d'acqua: torrenti; pozzanghere; tombini; sassi; ecc.). L'individuazione dell'indizio non è compulsiva, ma casuale, suggerita dalla presenza di elementi attivi al reclutamento mnemonico nel contesto stesso. Esso avvia un'attività solita, sempre sospesa tra l'emissione di

stereotipie e la procedura esperienziale (tendenzialmente stereotipata) già in essere.

Tutto sembra funzionare bene perché, per questo ragazzo, le attività, sino a qui realizzate, sono tutte produzioni comportamentali "attrattive" interscambiabili, di uguale valenza, "stereotipata".

La memorizzazione non sembra esprimersi in una dimensione mentale astratta (elaborazione, comparazione, integrazione, pianificazione emotiva e operativa, ecc.), ma sembra rientrare sempre in una sorta di "paradigma" (che usando il linguaggio degli studi psicologici e neurofisiologici, potremmo chiamare modello generale o *template* o funzionamento autistico o *stereotipato*, nello specifico), secondo cui l'esperienza è disponibile solo se minima, ripetuta rigidamente, sequenzialmente; tanto che le eventuali aggiunte debbono rispettare tale regola. Una vera integrazione - come superamento del valore delle singole esperienze sommate tra loro non sembra avvenire mai. Il ricordo reclutabile appare identico all'esperienza stessa (come il testo di Borges, *Fuentes della memoria*, in cui il racconto della propria vita, fatto da un personaggio, dura tutto il tempo di quella vita): è un tipo di *matching*, di *abbinamento di copie*, una sovrapposizione, *realtà memorizzata* su realtà performata (il *matching* è un esercizio di accoppiamento; uno dei momenti educativi fondamentali nell'apprendimento-insegnamento di prerequisiti e competenze. Si basa sull'accoppiamento di oggetti o immagini tra loro identiche. Questa modalità è ricorrente in ogni dimensione abilitativa cognitiva). Questo metodo utilissimo nella disabilità intellettiva, per lavorare con successo - assieme all'imitazione, ecc. - funziona (sempre, anche nei casi più severi tanto da costituire la "magia" inattesa che rende credibili e ricchi molti operatori) perché rispetta il *modus operandi* mentale di queste "particolari" persone.

Ciò che accade in quel ricordare non sembra assimilabile al nostro modo di pensare; in esso prevale la modalità autistica. Tra le molte informazioni disponibili, il ragazzo in questione, infatti riconosce "efficace" con certezza, per l'avvio e il compiersi dell'esperienza ricordata e a cui aderisce proceduralmente, non il proprio desiderio-richiesta "Voglio andare al parco giochi!" (che non parte spontaneamente ma è solo un tassello del treno esperienziale reclutato); né le conseguenze di essa, messe in atto dall'agire coerente della madre che anticipa o rende transitiva la proposta, operativamente; né la conferma verbale della madre: "*Andiamo!*" (conferma opportuna, vista l'ottimale competenza recettiva del linguaggio, posseduta dal bambino); e, come vedremo, nemmeno il *rinforzo* stesso (l'altalena). Ma ciò che "funziona" in senso autistico, che mette in moto la mente "autistica", è ciò che appartiene già a quella *procedura* e che la costituisce in senso autistico: il suo sviluppo sequenziale, modulo dopo modulo, in successione, a sviluppare uno sperimentare uguale a se stesso: *stereotipato* (Kanner, 1943; Despinoy, 2001).

Questo ragazzino può togliere degli elementi costitutivi all'esperienza stessa, perché distratto da una "altrettanto efficace" *stereotipia*, oppure può aggiungerne

di nuovi (come "modalità collegate" che rispettino la sequenza stabilita), per ri-sperimentare l'esperienza aggiungendo qualche modulo in più, ri-utilizzando allo stesso punto, quanto è successo nelle recenti occasioni, proprio durante la passeggiata altalena-parco. Ad esempio, gettare i sassi nel lago, oppure rivivere la fermata dal lattaio per prendere le patatine, perché così è capitato nelle due occasioni precedenti (magari proprio nel tentativo di estinguere - momentaneamente - l'emissione di comportamenti intollerabili legati a una accelerazione inattesa degli eventi o a un impedimento della loro esatta sequenza). Succede così che l'esperienza in atto si arricchisca di nuove tappe. In realtà la "procedura stereotipata" si sta arricchendo di nuove varianti (viaggio + patatine + altalena, ecc.). L'importanza di ri-sperimentare (secondo la logica autistica), di aggiungere e memorizzare in sequenza, si evidenzia con l'eventuale emissione di "CP" quando anche le eventuali nuove tappe vengono per caso saltate. Gli operatori o i genitori risulteranno dapprima spiazzati dall'esplosivo e immotivato, quanto incomprensibile, nuovo CP. Dopo pochi attimi, guarda caso, capiranno benissimo l'elemento mancante, perché fa parte di un'esperienza "già vissuta" da tutti i protagonisti.

Il nuovo modulo esperienziale potrà diventare esperienza sperimentata, memorizzabile e percorribile solo se compatibile con il *modello procedurale*. Questo requisito (davvero poco adattivo) è la condizione per l'ampliamento della procedura stessa, fissando ulteriori indizi e dettagli essenziali per il suo ricordo (Thompson e Krupa, 1994). Non si aggiungono, infatti, elementi nuovi all'*iter* memorizzato che non siano una già effettuata esperienza (un fenomeno, per interessante che possa essere, deve essere vissuto in prima persona e succedere almeno alcune volte per divenire strutturazione esperienziale rigida tanto da giustificare, se non più coerente al memorizzato, l'emissione di CP a suo ripristino).

Abbiamo dunque visto come questa modalità di ripercorrere il ricordo (l'esperienza da rivivere) come una vera e propria "procedura" da concretizzare (Berguez, 1983) è interrotto, ritardato, deviato si può avere l'emissione del "CP", che è garante del ripristino della procedura o *comportamento stereotipato*.

La scarsa *flessibilità* (intesa ora come scarsa "tolleranza" a sperimentare altro rispetto al funzionare stereotipato, con il consolidarsi dell'abilitazione, diverrà tolleranza a passare da una adattivo ad un altro, facilmente) della persona con autismo, non consente una sequenzialità differente al modello procedurale "stereotipato" (attivamente ricercato e preferito), lo stesso che è stato usato per memorizzarla. Per la stessa ragione, ogni *esperienza* che comporti forte "risveglio" dal permanere in *stereotipia* e dalle procedure acclamate (es., sottoporre il soggetto con autismo al lavaggio o taglio dei capelli; la doccia; le variazioni di e in ambienti di pertinenza, il cambio di alimenti, vestiti; certi tipi di rumore, ecc.) è disturbante e rifiutata e, in tal senso (negativo, intolleranza) ricordata (se non gestita dal punto di vista abilitativo) per tutta la vita. Anche le

persone autistiche abilitate non dimenticano questo genere di "fastidio", nemmeno se ne hanno compreso senso e limite (Temple Grandin e i suoi aneddoti sulle sirene dei pompieri. Questa spiegazione del disfunzionamento sembra molto più plausibile rispetto all'ipotesi di un disfunzionamento "reale" dei sistemi sensoriali, la cui reattività è tradizionalmente descritta alternativamente amplificata o ridotta, efficace o nulla, pur non risultando mai permanentemente danneggiata. Tali disfunzionalità "ad hoc" (ritorno operante alla patologia) potrebbero essere più opportunamente spiegate dall'esito liberatorio rispetto al risveglio sgradito, esempio di CP a tutela del permanere all'interno delle produzioni autistiche).

Mano a mano che le competenze educative aumentano (o se già elevate), quando i CP fortemente *disadattivi* si fanno più rari per l'ottenuta perdita di utilità ed efficacia ambientale degli stessi, con l'aumentare significativo dei tempi utili di apprendimento e di uno sperimentare interessante, si assiste all'affermarsi di altre modalità comportamentali di *controllo ambientale patologico* molto più "apparentemente" adattive. Avremo performance oppositive significative (ad es. le tirannie; le sfide; le provocazioni; resistenza ostinata all'esecuzione di compiti; ostentata indifferenza ai comandi; ecc.) e strategie ostative più "civili" (rifiuti verbali; allontanamenti; fughe, accelerazione dei compiti...). Attività complesse ancora una volta "non proprio adattive" in quanto *comportamenti operanti per il patologico* e non certo performati per partecipare a proposte normalizzanti. In una sorta di *problem solving* inopportuno, perché mirato a permanere-tornare nell'autismo, vedremo questi pazienti mettere in atto "fughe", allontanandosi fisicamente dagli operatori; aumentare notevolmente frequenza o intensità delle emissioni stereotipate (ad es. "vocali", ad esempio, per coprire la comprensione - effetto chiusura del canale uditivo - delle eventuali richieste verbali; oppure "motorie", per anticiparle, ecc.; li osserveremo dare comandi ai presenti: "mamma vai a lavare i piatti" così da liberarsi dal controllo, ecc). Tutti questi atteggiamenti hanno un senso "non adattivo"; non si concludono in adesione ad altro adattivo e quindi non possono automaticamente divenire comunicazione vuoi di rifiuto, di incomprensione, di stress in senso adattivo. Vanno pertanto trattati come CP. Non debbono funzionare sull'ambiente. Bisogna sempre mirare al ripristino della partecipazione adattiva e il conseguente abbandono del patologico ovvero delle S. Ogni persona con autismo, anche la più "abilitata", va trattata con estremo rispetto e con proposte di relazione e di attività cognitiva o ludica, chiarissime, commisurate, contestuali, interessanti.

Il CP è una risposta non automatica; essa "può" succedere. La S. succede sempre appena c'è uno scarto dall'adattivo. Il CP dipende (in modo inversamente proporzionale) dal livello di *flessibilità* (abilitazione) raggiunto da quel soggetto (quanto più egli è stato abituato a puntuali interruzioni del permanere in *stereotipia* tanto minori saranno i CP. Quanto più diverrà poi flessibile nell'adattivo tanto più risulterà abilitato).

Per contro, l'eccesso di "precauzioni", messe in atto dagli operatori (riproposizione "rigida-immutabile"

dell'esperienza nella speranza di evitare l'emissione di comportamenti disadattivi - protezione della *non-flessibilità*) produrrà permanenza dei CP.

Il *comportamento problema*, si è detto, è una sorta di reazione patologica operante e pertanto consapevole ma solo dell'effetto generale ricercato (*ritorno al patologico*). Il CP è competente, strategico e in tale senso risulta inatteso, imprevedibile. E' sempre rivolto all'esterno (NB: i *comportamenti problema* non sono mai emessi in solitudine, al contrario delle *stereotipie*). E' prodotto perché l'ambiente ri/garantisca il permanere in *stereotipia*, oppure l'avvio o il compiersi, o il rispettoso dipanarsi di una serie di avvenimenti in successione, che costituiscono lo *story-board* dell'esperienza memorizzata per quell contesto e situazione. L'emissione di *comportamenti problema* coincide con il superamento del livello soglia (diverso da persona a persona, in base alla sua situazione e iter abilitativo) di un'intolleranza (generica) alla sgradita, quanto "obbligata" presa di contatto con la realtà (*risveglio fastidioso*), a cui istantaneamente sono stati richiamati (anche casualmente) rispetto alla preferita dedizione per la produzione specifica (questa sì "attrattiva") della loro "mente autistica": la *stereotipia*, il *comportamento stereotipato*; l'*adesività*; il *controllo ambientale patologico* (Despinoy, 2001). Superata detta soglia, esplicitano il fastidio di un "risveglio" non voluto, non scelto da loro, che li allontana da un modo naturale e spontaneo di sperimentare, adesivo, sempre identico e procedurale; fastidio consapevole che esprime tutta la disaffezione possibile per la dimensione adattiva che è per loro molto più "difficile" da partecipare (non si tratta però di "un rifiuto" intenzionale ma di un'affermarsi di un'adesione "obbligata" a una condizione patologica. - Despinoy, 2001).

Le persone con autismo infastidite, attribuiscono "consapevolmente", ma genericamente, a chi sta intorno, persone o cose che siano, la responsabilità di questo inaspettato o annunciato, minacciato "shock" da risveglio dal modo autistico -

Non sono affatto consapevoli del significato che sugli altri (conseguenze fisiche, sociali, morali ...) (BaronCohen, 1997), avranno le loro manifestazioni di intolleranza allo sgradito "risveglio", nemmeno quando effetti inattesi riguarderanno loro stessi (come persone fisiche). Le persone con autismo sono consapevoli esclusivamente che l'emissione di *comportamenti problema* ha "effetti" ambientali (feed-back) stabilizzanti o di ripristino della *procedura stereotipata* o del permanere in *stereotipia* e, scompaginati gli eventuali rischi di doversi misurare o di dover sostenere l'adattivo, i *comportamenti problema* si estinguono.

Gli "effetti" (danni a cose e persone) della produzione comportamentale inadeguata, sono aspecifici, in quanto non "consapevolmente e specificamente" diretti a risolvere le cause che "disturbano" la loro attrazione "al patologico" ma grossolanamente e genericamente rivolti all'ambiente o sugli astanti solo in quanto disturbatori e futuri attori del ripristino-garanzia delle condizioni volute. Così come il bimbo conduce con la mano, la mano della madre al giocattolo, perché gli sia dato, nello stesso modo il CP conduce lo spettatore a consegnare il

voluto al disabile. Non c'è mai un chiaro obiettivo ambientale adattivo nei CP, un possibile desiderio concreto, un premio, uno "scopo inespresso", che sia lì nel contesto, da cogliere, da ottenere come movente dell'ipotetico "comunicato" improprio. Ciò che la persona con autismo vuole, fa già parte del suo mondo: è restare nella procedura stereotipata o nella stereotipia reclutata. Se durante un CP gli viene consegnato qualcosa (qualunque cosa) questa non è mai saziante se non avvia stereotipia. C'è dunque un unico "comportamento operante" tra i milioni possibili descritti dall'Analisi Funzionale. Un comportamento, il CP, un solo antecedente, l'autismo e una sola conseguenza, l'autismo. Qualsiasi altro "effetto" concomitante, fornito o casuale, sarà generalmente ininfluenza e non recepito, e se per puro caso efficace non estendibile ad altri casi, non ripetibile terapeuticamente.

Le modificazioni ambientali non hanno alcun interessante effetto sulle S. e sui CP. Eliminare uno stimolo (fonte luminosa) non garantisce da solo la cessazione di delle S. Divenire artificieri dei CP (ad es. garantendo la routine) non garantisce la loro riduzione.

Le strategie di modificazione di *antecedenti* e *conseguenze* funzionano bene nella dimensione abilitativa (adattiva) perchè influenzano-potenziano l'eventuale affermarsi dell'auspicata "attività".

Permanere in una condizione stereotipata è per queste persone attrattivo (nel senso di "obbligato") e tale fascinazione (come spinta a ripercorrere il modello fondante il loro pensare) condiziona tutte le possibilità di sperimentare e memorizzare. Per tale ragione, e solo per questo, anche l'andamento delle esperienze "utili" che durante la giornata possono essere espletate da una persona con autismo se lasciato a se stesso, al di là della quantità e della qualità delle stesse, è sempre in qualche maniera "prevedibile". La variabilità deve essere introdotta dall'esterno.

Queste considerazioni valgono anche in senso squisitamente abilitativo, didattico, pedagogico.

La prima via di accesso per l'insegnamento-apprendimento è senz'altro la stessa: procedurale. Qualsiasi metodo o tecnica d'insegnamento (e purtroppo non solo quelli validati) funziona quando "rispetta" questo requisito (Despinoy, 2001).

Il problema da superare infine sarà quello di "uscire" quanto prima possibile dall'apprendimento stereotipato (per evitare quel performare un po' ingessato, prevedibile, tipico degli adulti "abilitati") e non basterà pertanto la sola "generalizzazione" (che a ben vedere non si realizza per semplice estensione della "competenza" al diversificarsi delle situazioni in cui essa è utilizzabile, ma piuttosto quando tale competenza viene effettivamente compresa e dominata autonomamente dalla persona con autismo quando raggiunge la consapevolezza del proprio agire), serve edificare, trasferire "motivazione" e "piacere" nello sperimentare le proprie competenze in modo da farle divenire spontanee e fluenti avviando uno sperimentare "positivo" autonomo e spontaneo.

Il rinforzo (reinforcer)

Torniamo all'esempio precedente:

- Se nel negozio visitato le particolari patatine fossero esaurite, nessuna altra confezione dello stesso prodotto placerebbe gli animi; e non basterebbe nemmeno ricordargli l'obiettivo altalena.

Inoltre, se il genitore, per evitare tutte le problematiche descritte, comperasse un'altalena da mettere in giardino, sotto gli occhi del figlio, disponibile in ogni istante, vedrebbe la stessa difficoltà-impossibilità a emettere la richiesta (voglio andare sull'altalena.). L'esperienza "altalena, in giardino di casa" (se non sarà avviata dalla mamma) diverrà reclutabile solo quando una pertinente procedura sarà memorizzata per essa (vedere Schedule delle attività indipendenti. McClannahan e Krantz, 1999). Le due attività che vedono come meta l'altalena, una a casa e una al parco, resteranno autonome tra loro. Il monolite procedurale si struttura sempre nella stessa maniera, modulo dopo modulo, per stadiazione. Anche le competenze "adattive" vengono apprese nello stesso modo: sequenziato. Comunque, il ricordo della procedura casa-altalena-parco, sarà sempre reclutabile sulla base di pertinenti indizi e il genitore per evitare la produzione dei "problemi" che solitamente lo caratterizzavano, dovrà evitare e negare quell'esperienza, anche dopo anni, a meno che non vi giunga per altra via del tutto nuova (modificazione del *setting* e definizione delle attività in esso consentite) o dopo abilitazione.

- Se il *comportamento problema* è stato già emesso, la condizione disturbata anziché esaurirsi, proseguirà anche dopo aver ottenuto il (creduto) *rinforzo* appartenente all'esperienza avviata (patatine o altalena). Le stereotipie e/o i comportamenti stereotipati risulteranno accentuati, disturbati e disturbanti, a lungo finché il CP scema.

E ancora: non è detto che l'altalena (il rinforzo) interessi se raggiunta casualmente o in occasione di forme rispetto all'abitudine, come può darsi che venga del tutto trascurata, una volta giunti nel parco (è lì davanti ma è come non fosse percepibile). Questo poiché la soddisfazione insita nell'ottenimento del *rinforzo* resta sempre in una dimensione secondaria, se non proprio inconsapevole rispetto a ciò che, con il *comportamento problema*, le persone con autismo vogliono realizzare (ciò che per loro è significativo non sembra il contenuto emotivo di un'esperienza, ma la *forma*, la *struttura* con cui essa può essere per loro vissuta e appresa).

Intervento sugli antecedenti

Frequenza, intensità e durata delle *stereotipie* (e dei *comportamenti problema*) non possono essere condizionate da modificazioni degli antecedenti, come ad esempio la rimozione preventiva di oggetti o situazioni "stimolanti" o "trigger" (es., in un caso di *stereotipia visiva*: si elimina il lampadario di cristalli mobili dalla stanza). Tali strategie, se messe in atto, non impediranno il pronto affermarsi di stereotipie "alternative". Né si potrebbero eliminare in ogni setting tutti i possibili disturbatori o gli eventuali "indizi" ma si devono

definire, sin dall'inizio, e con chiarezza, le attività da svolgere e pertanto implicitamente consentite in quel contesto ambientale o strumentale.

Molti genitori, a proposito di CP, si comportano da veri artigiani, indossano pesanti regole domestiche e adattandosi a qualsiasi prevaricazione, credono così di disinnescare la bomba mentre la spostano in un altro luogo della casa e/o della città.

Intervento sulle conseguenze

Modificare le conseguenze, la risposta ambientale, l'evento (arbitrariamente ipotizzato nel *rinforzo*), per ridurre ed estinguere l'emissione di un CP, ha scarso peso.

Per un soggetto con autismo l'unico rinforzo coerente con l'emissione di *comportamenti problema* a valenza universale è l'essere restituito a una *condizione stereotipata* (rinforzo = conseguenza del comportamento operante del disabile = stereotipia).

Moltissimi gli autori di Analisi Funzionale confermano, forse inavvertitamente, queste conclusioni, individuando nella *stereotipia* (es. l'autostimolazione sensoriale ripetuta) il *rinforzo* della stereotipia stessa (Van Houten, 1993; Mulick e Mainhold, 1994). Per contro, quello che solitamente si indica quale "opportuna" modificazione ambientale [definire con chiarezza il compito, il tempo, lo spazio, i ruoli ... (Peeters, 1997)], riguarderà sempre e solo l'ottimizzazione della dimensione "attentiva" (abilitativa-adattiva) a cui poter far conseguire immediatamente un'adeguata proposta.

E' soprattutto nell'abilitazione globale "indiretta" che trovano ragione simili strategie e non nel difficoltoso approccio diretto e immediato al disfunzionamento stereotipato.

Qualsiasi intervento di strutturazione, di progettazione, analisi e correzione degli *antecedenti* e delle *conseguenze* sarà finalizzato alla chiarificazione, qualificazione delle richieste attentive e delle proposte adattive e non può riguardare direttamente i "comportamenti disadattivi" che "direttamente" non risultano certamente influenzabili.

Le strategie "dirette" non estinguono i *comportamenti problema*. Il *comportamento problema* può essere non reso efficace, dunque non premiato trascurato, ma anche impedito; a volte, ma assai raramente interrotto, ecc., Un efficace modo per estinguerlo è agire sulla stereotipia. Il disfunzionamento stereotipato diventa pertanto l'unico obiettivo interessante e possibile per un intervento solutore di entrambe le emissioni comportamentali in questione (S- CP).

Un ulteriore limite dell'approccio tradizionale "diretto" (Analisi Funzionale), al CP è quello di produrre un eccesso di attenzione all'aspetto patologico in sé, e scarsissima attenzione al "tempo" in cui queste produzioni "estreme" non sono presenti. Il ragazzo è conosciuto perché ha "comportamenti disturbati". Tale approccio inoltre favorisce l'osservazione di questo o quell'aspetto specifico e non quella prolungata.

Mentre il disfunzionamento stereotipato risulta facilmente interrompibile dimostrandosi una valida breccia abilitativa nel patologico, così non è per i CP sempre difficilissimi da interrompere. Accedere alla mente per proporre e permanere adattivo è abilitazione. L'AF sostituirebbe adattivo al disadattivo che in qualche modo ne rappresenta il simulacro. Per realizzarlo usa certe stereotipie dilatandole, agganciandosi ad esse, modulandole, sfruttandone la presenza, ecc. Ma noi siamo convinti, assieme ad altri autori che una *stereotipia* non è mai utilizzabile, trasformabile, correggibile. Il patologico non diventa mai adattivo (Buch, 1989). "Ignorare per estinguere" non vale assolutamente per le *stereotipie*.

Il modello procedurale descritto è coerente all'ipotesi che i soggetti con autismo, attraverso l'emissione di modalità disadattive, non producono mai "comunicazione", come trasferimento intenzionale di informazioni-richiesta; nemmeno in forma non-funzionale o inconscia.

Funzione specifica del CP. L'intento comunicativo.

I fenomeni appena descritti, ben conosciuti dai genitori e dagli operatori, invalidano anche l'intento comunicativo, altrimenti inesprimibile, che al CP è solitamente attribuito dall'Analisi Funzionale.

L'eventuale "etero-aggressione" (come mero esempio di CP) è invece slegata rispetto al motivo che sembra sostenere l'esperienza stessa (casa-altalena), perché semplicemente garante, oppure accelerante, la *modalità* in cui l'intera esperienza "deve" ripetersi.

L'attribuzione di "funzione specifica" a ogni CP implica per un valore per il patologico e conseguentemente si afferma che il soggetto, con disturbo autistico pensi come un neurotipico, scelga "consapevolmente" quando e cosa performare, per richiedere, per rifiutare, ecc. Non si comprende allora come tale volontà non sia espressa con altrettanta solerzia in altre maniere se non con i CP.

Tale attribuzione arbitraria di intenzionalità, inoltre, scaturisce da una valutazione del "contesto" in cui il comportamento è emesso, secondo una maniera di pensare "non autistica" esterna al soggetto disabile e che quindi immancabilmente introduce altro/altri dal protagonista. Al primo apparire di qualche dubbio interpretativo, si dilata opportunamente lo spettro delle possibilità interpretative.

Se la richiesta "verbale" (o una equipollente ad essa) fosse l'auspicio e solutorio equivalente funzionale dell'intento comunicativo nascosto, l'accertata competenza verbale del ragazzo in questione, sarebbe sufficiente a liberarci dal CP espletato. Né, risulta utile, il coerente dirigersi verso l'altalena (concretizzarsi dell'esperienza). Se le considerazioni dette valgono per i CP non dovrebbe più sussistere il dubbio che le *stereotipie* possano significare ancor meno come "messaggio del disabile al mondo" e che legittimamente pertanto costituiscano la produzione disfunzionale da battere. Non c'è differenza sostanziale tra un *comportamento stereotipato* e un altro, tra un bambino rannicchiato su se stesso che batte una matita a terra

dicendo "ba, ba, ba ...", o uno che guarda in alto per ore, silenziosissimo, o un'altro che si ferisce insopportabilmente. Questi atti, ripetuti in modo perseverante, somigliano all'esperienza casa-parco-altalena; sono momenti patologici (stereotipati) diversi ma equiparabili.

Le persone con autismo per accedere e permanere in una condizione normalizzante e attenta debbono essere liberate dalla condizione stereotipata. La partecipazione alla vita, la "comunicazione" e con essa la "relazione" prevedono e occupano altri spazi, rari ma rintracciabili nella quotidianità di questi soggetti. Questi spazi sono la dimensione dinamica, spesso non sfacciatamente palese, dissimulata e da cogliere, che non è soffocata dalla preponderante produzione disfunzionale. Essi costituiscono l'area attenta, emotiva, per così dire "intelligente", partecipe; da individuare, da permeare e implementare con attività abilitative commisurate, interessanti, vincenti, vantaggiose e globali.

Dall'ipotesi teorica alla pratica operativa: distinguere il dis-funzionare stereotipato dai comportamenti problema non è dunque superfluo ma apre a efficaci possibilità di intervento abilitativo.

Riduzione ed estinzione dei CP e riduzione delle S.

Abbiamo teorizzato come i CP siano emessi per tutelare la *condizione stereotipata* e come i CP, in condizioni anche di "emergenza", possano essere controllati (in modo sbagliato rispettando-tutelando la *routine*, l'*immutabilità*) contenuti oppure progressivamente destituiti di efficacia e risolti. Affrontando i CP è bene preoccuparsi di garantire primariamente la messa in sicurezza di tutti i protagonisti e poi è sufficiente offrire le migliori condizioni perché, chi li emette, possa tornare a dedicarsi al patologico stereotipato. A quel punto e solo a quel punto posso con elevata probabilità di successo, intervenire ed interrompere il patologico con proposte adattive. Può valere l'ignorare per estinguere (li rende inutili) ma non basta: bisogna che divengano e si mantengano inefficaci... nel tutelare il permanere in *stereotipia* (allenando all'interruzione di quest'ultima).

Proposte normalizzanti (adattive) non sono efficaci nell'interrompere l'emissione (in atto) dei CP. Per i CP, non funzionano mai proposte lontane dal contesto (es., Se si è in negozio, non funziona proporre di andare a vedere le ochette al lago) e nemmeno la consegna immediata di premi (...se consumati, poi riprende), o la loro proposta posticipata nel tempo (es. "Se vieni faremo...; ...avrà in premio"), anche se appetibili e molto graditi. Non c'è compatibilità tra adattivo e patologia. L'adattivo "*balla da solo*". Invece funziona l'agganciare procedure *stereotipate* meglio se riguardano il contesto, il setting in cui si ha l'emissione del CP. Per indurlo all'interno di una *procedura stereotipata* usare materiali che sis anno dedicati, con indicazioni chiare e dirette (ad es.: "Andiamo fuori! Ecco qui il tuo giornalino preferito"... per uscire dalla situazione e poi si dà tempo e spazio per aderire alla procedura voluta). Usare comandi contestuali (es., quando si è in vista della macchina: "Andiamo alla

macchina.") che siano comprensibili e di facile conclusione. Durante l'emissione del CP, compaiono sempre stereotipie le quali - essendo il CP già in atto - consentono sempre un aggancio attento sufficiente a realizzarne l'interruzione e l'avvio di una attività adattiva. Si interrompe la *stereotipia* e non il *comportamento problema* (da cui semplicemente ci si salvaguarda serenamente, trascurandolo se è possibile, in attesa di una delle infinite *stereotipie* che costantemente lo frammentano e lo scadenziano).

Si interrompe la *stereotipia*, con una richiesta "esecutiva" qualsiasi o proponendo un'attività "*procedurale*" vantaggiosa o bene conosciuta dal soggetto in crisi comportamentale.

Da qui, l'importanza di conoscere il percorso abilitativo della persona con disabilità intellettivo-comportamentale (cosa gli piace eseguire; a cosa ama partecipare; come e dove esegue qualcosa volentieri). Si potrà proporre l'avvio di competenze conosciute e contestuali che riproducano una *procedura* (es. se siamo in casa: "Prepariamo il tavolo" - "Tagliamo i pomodori", sempre che lo sappia già fare...).

I CP non sono solamente scadenzati da *stereotipie*, ma si concludono sempre, sia in modo spontaneo che indotto (es., a seguito di un impedimento; o di una strategia di "time out"; ecc.), con l'emissione di *stereotipie* o con la raggiunta *adesione a comportamenti stereotipati* conosciuti (es., avvio della esperienza "in macchina"). Questo è oltremodo vantaggioso dal punto di vista abilitativo, perché le *stereotipie* possono sempre essere interrotte (anche se per breve tempo) con qualsiasi proposta esecutiva, ma è più abilitante farlo con richieste e proposte che mettano in gioco "attenzione"; vale a dire "saper" impegnare il soggetto con autismo in competenze apprese (es., "mettiti la giacca e abbottonatela"; "dammi il cappello"; "prendi la palla e lanciamela"; "dimmi quanti libri ci sono sul tavolo"; "vieni qui che facciamo ...") o avviando nuove esperienze adattive.

In tal modo lo si disaffeziona a entrambe le produzioni disadattive.

La perenne fuga "dentro" l'autismo (Hornby, 2003) trova soluzione lavorando in senso abilitativo sulle S ovvero sul dis-funzionamento stereotipato che costituisce la massa gravitazionale importante della *sindrome*, non certo rappresentata dai CP veri e propri. Si penserà, al di fuori dell'emergenza, a usare utilmente le *procedure* (strutturazione) per insegnare-apprendere e successivamente si penserà a liberarsene (svincolarsi dalla strutturazione) e a non soccombere ad esse.

Prospettive di ricerca

Molte indagini neurofunzionali (e persino molte valutazioni cliniche) dovrebbero essere ripensate a partire dalla constatazione dell'esorbitante produzione stereotipata (o da altre forme clinico-espressive assunte dal *disfunzionare stereotipato*) capace di disturbare e confondere la ricercata attività neurofunzionale, indotta da stimolo specifico (o la reale comprensione degli *item* somministrati). Poter opportunamente confrontare i dati ottenuti da pazienti e da soggetti tipici, dovrebbe

assicurare comparazioni corrette, evitando di rilevare i soli effetti possibili nonostante la produzione stereotipata, affatto concernenti l'esame in questione o il "funzionamento" del cervello di una persona autistica che "ha realmente percepito" quello stimolo.

Sarebbe interessante confermare inoltre il prevalere di un *funzionamento procedurale* (Williams, 1992; Grandin, 1995) della mente autistica su altre modalità di apprendere, ricordare e sperimentare. Molti studiosi di autismo hanno già colto la rilevanza della *routine - immutabilità* (Kanner, 1943; Lelord e Sauvage, 1994) nella vita e negli stili di apprendimento di questi pazienti "particolari". Si tratta ora di avviare verifiche di una possibile ottimizzazione dell'insegnare-imparare, secondo regole rispettose della sequenzialità dei *curricula* e di singoli apprendimenti. Si vedrà poi di liberare il pensiero della persona abilitata dalla "rigidità" degli schemi procedurali, rendendo armoniose, fluenti, controllabili e spontanee le proprie *competenze*.

Conclusioni

La produzione del *CP* non è mai una richiesta, un rifiuto, un espediente per comunicare qualcosa, né è di una qualche utilità alla qualità di vita del paziente.

Il *CP* è un *risveglio* sgradito, una presa di contatto con un reale, fastidioso, dispendioso e impegnativo; tale "richiamo" comporta un significativo allontanamento da uno stato "stereotipato" adesivo, che sembra preferito. Il *CP* è operante (ma non "funzionale"), nella maniera in cui agisce sull'ambiente perchè l'ambiente agisca, purtroppo solo in direzione patologica. Serve solamente al permanere in *S*, al dipanarsi coerente della *procedura stereotipata* reclutata mnemonicamente per sperimentare il conosciuto o necessaria per colonizzare spontaneamente, in senso patologico, l'esperienza occasionale se carente di adeguate proposte adattive per qualificarla diversamente. L'abitudine a permanere in una dimensione stereotipata è la causa dell'emissione dei *CP* e a loro tutela se tale dimensione è minacciata o interrotta.

Le persone con autismo riconducono il loro performare (sia disfunzionale che utile appreso) a un aderire costante a "procedure" (pattern stereotipati), mnemonicamente recuperabili in successione, a seguito di uno stimolo (indizio), suggerito dall'ambiente (colto) o dalle persone. Lo schema procedurale è usato come "modello generale" (template) per sperimentare, memorizzare e quindi gestire ogni esperienza. Anche l'insegnamento-apprendimento si avvale favorevolmente dello schema procedurale. Una volta realizzati e generalizzati gli apprendimenti, bisogna superare questo schema generale mediante: destrutturazione; autonomizzazione; spontaneità; fluidità; compiutezza e dominio delle competenze.

Il disfunzionamento stereotipato e i comportamenti problema, vanno riconosciuti e gestiti con serenità, essi costituiscono nel loro complesso una sfida "accettabile", che prelude a quella comunicazionale e relazionale, altrimenti oggetto complicato di abilitazione e di intervento.

Sta al genitore, al terapeuta, all'educatore decidere quale espressione dell'esistere, quali competenze, debbano legittimamente sostituire tali comportamenti: quali abilità costituiranno l'abilitazione indispensabile per avviare queste persone in difficoltà verso il legittimo processo di sperimentazione di sé nel mondo, adattandovisi e consentendo una integrazione reale in convergenza con gli altri protagonisti della vita.

L'intervento da privilegiare per le espressioni patologiche della sindrome è di tipo comportamentale "indiretto", integrato con una costante e opportuna interruzione dell'emissione stereotipata e del permanere in essa ("*flessibilità*" come disaffezione dall'adesione ai comportamenti stereotipati), inducendo attentività autonoma o condivisa. "Attentività e vantaggiosa disponibilità a sperimentare", in tal modo sempre meno difficile da realizzare e il cui realizzarsi è in grado di estinguere i *comportamenti problema*. Un significativo criterio di "efficacia" di un intervento abilitativo è l'affermarsi di una progressiva durata della capacità attentiva e dello spontaneo permanere interessati e partecipativi alla proposta, ovvero all'affermarsi di adeguatezza al contesto, come espressione, anche qualitativa, della propria autonoma programmazione e gestione degli apprendimenti e dei comportamenti appresi.

Bibliografia

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behaviour Checklist /4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual: Mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author. (Trad. it., *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. DSM-N. Milano: Masson, 1996.)
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author. (Trad. it., *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Text Revision*. DSM-N-TR. Milano: Masson, 2002.)
- Baddeley, A. (1993). *La memoria umana: teoria e pratica*. Bologna: Il Mulino.
- Baer, D.M., Wolf, M.M., & Risley, T.R. (1968). Some current dimension of applied behaviour analysis. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 1, 91-97.
- Baer, D.M., Wolf, M.M., & Risley, T.R. (1987). Some still-current dimension of applied behaviour analysis. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 20, 313-327.
- Baron-Cohen, S. (1997). *L'autismo e la lettura della mente*. Roma: Astrolabio.
- Barthelemy, C., Hameury, L., & Lelord, G. (1995). *L'autisme de l'enfant. Tour: ESP*.
- Berguez, G. (1983). *L'autisme infantile*. Paris: Press Universitaires de France.
- Borges, L. (2000). *Opera Omnia. Racconti*, Vol. 1. Milano: Mondadori.
- Bregman, J.D., & Gerdtz, J. (1997). Behavioral Interventions. In D.J. Cohen & P.R. Volkmar (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 606-630). New York: John Wiley. (Trad. it. *Interventi comportamentali*. In D.J. Cohen & P.R. Volkmar (a cura di), *Autismo e Disturbi Generalizzati dello Sviluppo*, Vol. n (pp. 167-200). Gussago (BS): Vannini Editrice, 2004.)
- Buch, G. (1989). *Univ. California. ULS28 BO. Bollettino Angsa n. IV-V Anno n.*
- Carr, E.G., & Durand, Y.M. (1985). Reducing Behaviour problema through functional communication training. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 18, 11-126.
- Cipani, E. (1989). *The treatment of severe behaviour disorders: Behavior Analysis Approach*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Cohen, D.J., & Volkmar, P.R. (1997). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. New York: John Wiley. (Trad. it. *Autismo e Disturbi Generalizzati dello Sviluppo*. Voll. I-n. Gussago (BS): Vannini Editrice, 2004.)
- Coleman, C. (2004). *Comunicazione*. In D.J. Cohen & P.R. Volkmar (Eds.), *Autismo e Disturbi Generalizzati dello Sviluppo*. Gussago (BS): Vannini Editrice.
- Dawson, G., & Watling, R. (2000). Intervention to facilitate auditory, visual and motor integration in autism: a review of evidence. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30 (5), 415-421, 32 (5) 373-393.
- Demchak, M., & Bossert, K.W. (1996). *Assessing Problem Behaviors*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. (Trad. it. *L'assessment dei comportamenti problema*. Gussago (BS): Vannini Editrice, 2004.)
- Despinoy, M. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Armand Colino (Trad. it. *Psicopatologia del bambino e dell'adolescente*. Torino: Einaudi, 2001.)
- Derby, K.M., Wacker, D.P., Sasso, G., Steege, M., Northup, J., Gigrand, K., & Asmus, J. (1992). Brief functional assessment techniques to evaluate aberrant behavior in an outpatient setting: a summary of 79 cases. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 25, 713-721.
- Donnelan, A., Merenda, P., Mesaros, R., & Fassbender, L. (1984). Analyzing the communicative function of aberrant behavior. *Journal of Association of Person with severe Handicaps*, 9, 201-212.
- Dunlap, G., Robbins, E.R., & Darrow, M.A. (1994). Parents' reports of their children's challenging behaviours: Results of a statewide survey. *Mental Retardation*, 32, 206-212.
- Dunst, C., Lowe, E. & Bartholomew, P. (1990). Contingent Social responsiveness, family ecology, and infant communicative competence. *National Student Speech Language Hearing Association*, 17, 39-49.
- Fernandez-Alvarez, E., & Aicardi, J. (2001). *Movement disorders in children*. London: Mac Keith Press for ICNA.
- Gabrielli, T. & Cova, P. (1999). *Comunicazione: Intervento Globale*. Congresso Nazionale. Agsas. Autismo perchè? Palermo (Film: Un bambino vero Agsas)
- Gabrielli, T. & Cova, P. (2005). *Stereotipie e comportamenti disadattivi: studio del caso*. *Giornale di Psichologia*, 3 (3), 15-17.
- Grandin, T. (1995). *Thinking in pictures and other reports from my life with autism*. New York: Vintage Books Division of Random House, Inc. (Trad. it. *Pensare in immagini*. Trento, Erickson, 2001.)
- Goldstein, H. (2002). Communication Intervention for children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30 (5), 373-396.
- Harchik, A.E., Sherman, J.A., Sheldon, J.B., & Strouse, M.C. (1992). Ongoing consultation as a method of improving performance of staff members in a group home. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 599-610.
- Holmes, D.L. (1994). *Autismo: Adulti e autismo*. In M. Powers (Ed.), *Autismo*, pp. 256. Milano: Raffaello Cortina.
- Holmes, D.L. (2004). In D.J. Cohen & P.R. Volkmar, *Autismo e Disturbi Generalizzati dello Sviluppo*. Gussago (BS): Vannini Editrice.
- Hornby, N. (a cura di) (2003). *Le parole per dirlo*. Parma: Guanda.
- Horner, R.H., Carr, E.G., Strain, P.S., Todd, A.W., & Reed, H.K. (2002). Problem behavior interventions for young children with autism: A research synthesis for the National Academy of Sciences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 423-446.
- lanes, D. (a cura di) (1994). *Autolesionismo Stereotipie Aggressività*. Trento: Erickson.
- lanes, D., & Cramerotti, S. (2002). *Comportamenti problema e alleanze psicoeducative*. Trento: Erickson.
- Kanner, L. (1943). Autistic Disturbance of affective contact. *Nervous child*, 2, 217-250.
- Kent-Udolf, L., & Sherman, E. (1983). *Il linguaggio funzionale*. Trento: Erickson.
- Kerr, K. (2002). *Applied Behaviour Analysis & Precision Teaching*. Dublino: UK-Ireland Press.
- Koegel, L.K. (2000). Intervention to facilitate communication in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30 (5), 373-378.

- Lelord, G., & Sauvage, D. (1994). *L'autismo infantile*. Milano: Masson.
- Longoni, A.M. (2005). *La Memoria*. Bologna: Il Mulino.
- Lovaas, O.I., Akerman, A., Alexander, D., Firestone, P., Perkins, M., Young, D.B., Carr, E.G., & Newson, C. (1981). *Teaching developmentally disabled children*. The ME book. Baltimore: University Park Press.
- McClannahan, L.E., & Krantz, P.I. (1999). *Activity Schedules for children with autism Teaching Independent behaviour*. Bethesda, MD: Woodbine House Ed.
- McConnel, S.R. (2002). Intervention to facilitate Social Interaction for young children in autism *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30 (5), 373-378.
- Micheli, E. (2004). Prefazione all'edizione italiana. In DJ. Cohen & ER. Volkmar (a cura di), *Autismo e Disturbi Generalizzati dello Sviluppo*, Vol. 11 (p. XXVTI-XXXII). Gussago (BS): Vannini Editrice.
- Miltenberger, R.G. (2000). *Behaviour Modification*. Belmont: Wadsworth TI ed. - p. 54, pp. 60-85, p. 498.
- Morgan, H. (2003). *Adulti con Autismo*. In R. Jordan & S. Powell (a cura di), *Incoraggiare la flessibilità negli adulti con autismo*. Trento: Erickson.
- Mulick, J.A., & Mainhold, P.M. (1994). Developmental disorders and broad effects of the environmental on learning and treatment and effectiveness. In E. Schopler & G.B. Mesibov (Eds.), *Behavioural issue in autism* (pp. 99-128). New York: Plenum Press.
- Neisser, U. (1978). Memory; what are the important questions? In M.M. Gruneberg, P.E. Morris & R.N. Sykes (Eds.), *Practical aspects of memory*. London: Academic Press, 2.
- Northup, J., Wacker, D.P., Berg, W.K., Kelly, L., Sasso, G., & DeRaad A. (1994). The treatment of severe behavior problems in school setting using a technical assistant model. *Journal of Applied Analysis*, 27, 33-47.
- Peeters, T. (1997). *Autism: from the theoretical understanding to educational intervention*. London: Whurr.
- Powers, M. (a cura di) (1994). *Autismo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Powers, M. (1997). Behavioral Assessment of Individuals with Autism. In DJ. Cohen & ER. Volkmar (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 448-457). New York: John Wiley. (Trad. it. Valutazione comportamentale degli individui affetti da autismo. In DJ. Cohen & ER. Volkmar, *Autismo e Disturbi Generalizzati dello Sviluppo*. Vol. I (pp. 289-305). Gussago (BS): Vannini Editrice, 2004.)
- Prizant, B.M., & Wetherby, A. (1987). Communicative intent: a framework for understanding social-communicative behavior in autism *Journal of the Academy of Child Psychiatry*, 26, 472-479.
- Rogers, S.I. (2000). Intervention that facilitate Socialization in children with autism *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30 (5), 399-409.
- Schopler, E. (1995). *Parent survival Manual: a guide to crisis resolution in Autism and RDD*. New York: Wiley.
- Schopler, E., Reichler, R.I., & Lansing, M. (1980). *Individualized Assessment and treatment for autistic and developmentally disabled children*. New York: ProEd.
- Schreibman, L. (1998). *Autism*. Newbury Park, CA: Sage.
- Schreibman, L. (2000). Intensive Behavioral Psychoeducational Treatment for Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30 (5), 373-378.
- Sundberg M.L., & Partington, J.W. (1998). *Teaching Language to Children or other Develop Disabilities*. Pleasant Hill: Behavior Analysts, Inc.
- Surian, L. (2002). *Autismo*. Bari: Laterza.
- Thompson, R.E., & Krupa, D.J. (1994). Organization of memory traces in the mammalian brain. *Annual review of Neuroscience*, 17, 519-549.
- Van Houten, R. (1993). The use of wristweights to reduce self-injury maintained by sensory reinforcement. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 26, 197-203.
- Van Houten, R., Axelrod, S., Bailey, J.S., Favell, J.E., Foxx, R.M., Iwata, B.A., & Lovaas, O.I. (1998). Association for Behaviour Analysis position statement on clients' rights to effective behavioural treatment. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 21, 381-384.
- Volkmar, P.R. *Autismo: Cure mediche e autismo*, pp. 54-56.
- Williams, D. (1992). *Nobody nowhere*. New York: Times Books. (Trad. it. Nessuno in nessun luogo. Roma: Armando, 2002.)
- Wing, L. (1988). The continuum of autistic characteristics. In E. Schopler & G.B. Mesibov (Eds.), *Diagnosis and assessment* (pp. 91-110). New York: Plenum.
- 106
- Wing, L. (1993). The definition and prevalence of autism: a review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2, 61-74.
- Wing, L. (1999). The history of ideas on autism *Autism*, 1, 13-23.
- Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe Impairments of Social Classification and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1, 1-29.
- World Health Organization. (1993). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.). Geneva: Author. (Trad. it. Classificazione internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. ICD 10^a revisione. Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, 2001.)
- Per contattare gli autori, scrivere a Tiziano Gabrielli, Via Fanny, 1, 38056 Selva di Levice Terme (TN).
E-mail: tgabrielli@cr-surfing.net