

EFFICACIA DELL'INTERVENTO COMPORTAMENTALE PRECOCE

Il trattamento comportamentale precoce dell'autismo sviluppatosi sulla scorta delle proposte di Lovaas è sicuramente l'approccio metodologico che ha dato luogo al maggior numero di applicazioni, studi e ricerche. In letteratura è disponibile una mole veramente notevole di lavori sperimentali ed esperienziali, nei quali tutti i diversi aspetti dell'intervento centrato sui principi della *behavior modification* sono stati analizzati e dibattuti alla luce dei risultati ottenuti con numerosissimi soggetti autistici.

Di seguito cerco di sintetizzare le risultanze critiche di questi lavori relativamente all'efficacia dell'intervento comportamentale precoce sul bambino autistico.

Innanzitutto è necessario citare la ricerca valutativa più importante circa la significatività del metodo, pubblicata da Lovaas nel 1987. In tale studio viene descritta l'evoluzione di 19 bambini di età prescolare, coinvolti in un programma di circa 40 ore di trattamento individualizzato a settimana, condotto nelle loro case o a scuola per due o più anni. I bambini, osservati a distanza di tempo, ottennero i seguenti risultati: nove bambini ultimarono con successo la prima elementare in una scuola normale ed arrivarono a punteggi di QI nella media o sopra; otto bambini completarono con successo la prima elementare in classi per alunni afasici e ottennero un QI medio equiparabile a quello di soggetti con ritardo mentale di grado lieve; due bambini furono assegnati a classi per bambini autistici con ritardo grave. Inoltre, i soggetti dell'esperimento avevano guadagnato una media di 30 punti di QI rispetto al gruppo di controllo e tendevano a mantenere le acquisizioni in maniera abbastanza stabile nel tempo.

Quello descritto da Lovaas (1987) è un risultato veramente molto significativo, anche in confronto a quelli documentati sulla base di interventi condotti con altre metodologie. L'efficacia è ulteriormente documentata da repliche dello studio (Birnbauer, Jay, Leach e David, 1993) e da numerosissimi applicazioni su casi singoli (per una rassegna di questi studi si faccia riferimento a Matson, et al., 1996; Connor, 1998).

Vari autori, comunque, hanno espresso riserve legate ad alcuni problemi metodologici nella conduzione dello studio, in modo particolare per quello che riguarda l'ampiezza del campione e le modalità di selezione dei gruppi sperimentali e di controllo (Gresham e MacMillan, 1997; Mesibov, 1993, Kazdin, 1993). Lovaas (1996) ritiene pertinenti questi dubbi, anche se giustifica la metodologia da lui utilizzata alla luce delle possibilità offerte per uno studio longitudinale condotto a partire dagli anni 70. Mette in evidenza, comunque, che è in fase di conduzione una ulteriore ricerca che tiene in considerazione parte delle critiche metodologiche che sono state espresse sul primo.

A queste riserve sulla metodologia di impostazione degli esperimenti di verifica, si aggiungono resistenze più severe riferite agli aspetti qualitativi dell'intervento ed in particolare all'utilizzo della punizione e delle pratiche fortemente aversive. Va messo in evidenza che queste critiche fanno riferimento alle prime applicazioni del metodo comportamentale con bambini autistici gravemente compromessi (Lovaas, Schaeffer e Simmons, 1965; Lovaas e Simmons, 1969); le strategie punitive, infatti, non trovano la stessa collocazione nelle più recenti formulazioni della metodologia (Lovaas,

1996; Foxx, 1999). Lo stesso Lovaas, in un'intervista rilasciata a Simpson (1989) si esprime in questi termini al riguardo: "negli anni '60 abbiamo fatto degli errori usando procedure molto aversive, ne sono sicuro. Ma c'erano anche delle cose giuste. Il Pacific State Hospital, vicino a Los Angeles, era un'istituzione con oltre 2000 pazienti. C'erano 20-30 pazienti seguiti da due o tre operatori generici e forse un'infermiera. Nella maggior parte dei casi i pazienti erano lasciati lì e non venivano affatto curati. Alcuni bambini presentavano forme molto gravi di autolesionismo. Venimmo convocati per vedere se potevamo essere d'aiuto e di solito ci chiamavano dopo che lo staff aveva già fatto diversi tentativi. Avevano tentato con varie forme di costrizione, cure mediche, talvolta l'elettroshock e persino la lobotomia. Alcuni di questi bambini erano nell'elenco dei casi critici. Ciò significava che, se continuavano a farsi del male a questi livelli, alla fine sarebbero morti. C'era un bambino, ad esempio, che si picchiava nella zona dei reni fino al punto che c'era molto sangue nell'urina e i medici avevano paura che morisse. A quel punto avevamo scoperto che se eravamo severi con alcuni bambini autolesionistici (li rimproveravamo perché agivano in quel modo), molti si bloccavano temporaneamente. In alcuni casi di autolesionismo, se li sottoponevamo ad una leggera scossa elettrica come punizione, essi smettevano di farsi male. Direi che ciò funzionava 8 volte su 10, producendo di solito dei cambiamenti molto significativi. Questo succedeva nel corso di 60 secondi. Bambini che si erano fatti male per 8, 9 10 anni, improvvisamente smettevano quando ricevevano lo shock doloroso. Dopo alcuni shock gran parte dei bambini potevano considerarsi sotto controllo.

[...] Ciò di cui non ci rendemmo conto a quel tempo --- e fu un errore --- era il fatto che bisognava insegnare ai bambini anche dei comportamenti alternativi. Inoltre penso che sbagliammo a non comprendere l'esigenza di costruire un nuovo ambiente di stimolo.

[.....] Cosa penso ora della punizione? Penso ancora che se un paziente mette in pericolo la sua vita e si è tentato in ogni modo di farlo smettere e non ha funzionato nulla, allora bisogna provare questo tipo di trattamento. Se si decide di farlo, però, bisogna anche avere a disposizione uno staff con un'adeguata preparazione, che sia in grado di insegnare a queste persone qualche altro modo di comunicare, qualche altro modo di controllare attivamente il loro ambiente" (p. 242).

In conclusione, alla luce dei riscontri della letteratura esistente, penso si possa affermare che l'intervento precoce proposto da Lovaas è sicuramente in grado di determinare modificazioni significative nel comportamento dei bambini autistici, anche se il suo utilizzo va regolato sulle esigenze dei singoli soggetti e va integrato, a mio parere, con altre metodologie, per arrivare ad un approccio maggiormente orientato alla personalità completa dell'allievo e alla strutturazione del suo ambiente di vita.