

L'ABA E' L'UNICA STRADA?

Tratto da <http://www.autismnz.org.nz/articlesDetail.php?id=23>

Barry M. Prizant, Ph.D., CCC-SLP

Centro per lo studio dello sviluppo umano, Brown University, Providence, RI

Lo scopo di questo documento è di fare il punto su dichiarazioni fatte spesso e riguardanti l'ABA contro altri trattamenti o approcci educativi per bambini con ASD. Un piccolo gruppo fra i tanti bravi professionisti in Analisi Applicata del Comportamento ha esposto un approccio "solo ABA" per bambini con ASD, e ha fatto raccomandazioni di trattamento ed educativi che trasmettevano questo messaggio alle famiglie e agli enti che aiutano i bambini. Molti professionisti esperti e genitori sono diventati sempre più preoccupati per queste dichiarazioni fatte da persone che mettono in pratica e propongono l'ABA, dichiarazioni che sono o inaccurate o mezze verità, perchè trasmettono alle famiglie informazioni false che non sono supportate dalle ricerche e dalle pratiche più recenti. Quando questo avviene, può causare confusione nelle famiglie e sfiducia nei professionisti che non sostengono che l'ABA sia il "solo" approccio efficace, minando quindi la fondamentale relazione tra genitori e professionisti, che sta alla base di una collaborazione di successo.

Le dichiarazioni che vogliono comunicare ai genitori che "l'ABA è l'unica strada" cercano di convincere i genitori che non hanno bisogno di cercare altro, che non hanno bisogno di informarsi sulla gamma di approcci disponibili, e non è necessario che tengano in considerazione altri approcci o si informino su programmi che possano basarsi su pratiche diverse dall'ABA. Tante volte sentiamo genitori di bambini più grandi che dicono che nei primi anni sono stati portati a credere che l'ABA era l'unico approccio credibile a disposizione. Aggiungono anche che avrebbero preferi-

to essere più informati sulle terapie per bambini con ASD, perché avrebbero potuto fare scelte più informate per i loro bambini.

Per iniziare, ecco alcuni brevi commenti sull'ABA, visto che l'ABA è spesso discusso come un approccio o trattamento, cosa che non è accurata.

1. Le definizioni di ABA variano molto, come le terapie che ricadono sotto il titolo di ABA. Una definizione comune di ABA è "L'analisi applicata del comportamento (ABA) è un processo sistematico di studiare e modificare il comportamento osservabile attraverso una manipolazione dell'ambiente. I suoi principi derivano da estese ricerche di base, spesso con soggetti non umani, ma è diventata famosa negli ultimi anni come terapia per l'autismo e altri disturbi comportamentali". La dott.ssa Laura Schreibman, una ricercatrice ABA di alto rispetto e consulente, recentemente ha dichiarato che "tecnicamente, l'analisi applicata del comportamento non è un trattamento per l'autismo, è una metodologia di ricerca" (Schreibman, 2007).

2. La gamma di terapie sotto il titolo di ABA si è evoluta negli ultimi 30 anni e ora varia da Pratiche tradizionali a Pratiche contemporanee (Myers & Johnson, 2007; Prizant & Wetherby, 1998; 2005):

Una pratica ABA tradizionale è caratterizzata da insegnamento altamente strutturato, diretto da un adulto, a cui ci si riferisce come Discrete Trial Instruction o Training (DTI o DTT) che si focalizza sull'insegnamento di risposte corrette in insegnamento disciplinato. DTT è derivato per la prima volta dagli esperimenti sul condizionamento operante di B. F. Skinner negli anni '50 ed è stato reso famoso per i bambini con autismo da Ivar Lovaas negli anni 60 e 70, conosciuto poi come modificazione comportamentale. Nella maggior parte dei casi, queste pratiche comprendono programmi scritti che devono essere seguiti fedelmente quando si "insegna" ad un bambino. Gli obiettivi più importanti comprendono "Controllo istruzionale" e "Obbedienza" mentre si insegna, e stimolano risposte corrette che sono l'obiettivo dei

programmi di insegnamento. Sono previste spesso procedure per eliminare comportamenti indesiderati, spesso senza determinare le funzioni o gli scopi di tali comportamenti. I migliori contributi dell'ABA tradizionale comprendono i benefici nello scomporre i compiti in step definiti (task analysis), l'importanza di usare una gerarchia di prompt e eliminazione del prompt, e una misurazione sistematica dei progressi. Le pratiche di ABA tradizionale, però, di solito non sono basate su ricerche sullo sviluppo del bambino e sviluppo umano; usano principalmente formati di insegnamento adulto-bambino (1 a 1) con esclusione di istruzione sociale in vari ambienti; non prendono in considerazione il profilo di sviluppo del bambino; e insegnano abilità che non si focalizzano necessariamente sui problemi chiave di relazione e socio-comunicativi che devono affrontare i bambini con ASD.

Le pratiche di ABA contemporaneo sono caratterizzate da insegnamento più flessibile e naturale (insegnamento incidentale) in routine e attività naturali che si focalizzano sull'iniziazione sociale e sulla spontaneità nelle routine e attività giornaliere. A causa delle limitazioni significative delle pratiche ABA tradizionali, molti consulenti e terapeuti ABA si sono spostati da una pratica altamente strutturata e prescrittiva a pratiche che prestano una maggiore attenzione alla comunicazione sociale in una varietà di ambienti sociali, e il bisogno di determinare funzioni di comportamento per rimpiazzare comportamento meno desiderato. In molti modi, le pratiche ABA contemporanee, come l'Insegnamento Incidentale, il Pivotal Response Training (insegnamento pivotale), e il Sostegno comportamentale positivo sono più simili ad approcci di base evolutiva (per es., SCERTS, Floor-time, RDI) delle pratiche ABA tradizionali. Lo sviluppo di pratiche ABA contemporanee è stato altamente influenzato da ricerche sullo sviluppo del linguaggio e del gioco in bambini neurotipici, con un'enfasi su approcci individualizzati e positivi per capire e intervenire su comportamenti problema.

Riassumendo, è importante che le famiglie capiscano che le pratiche ABA variano notevolmente da un approccio all'altro. Tra le diverse pratiche ABA ci sono differenze fondamentali nella filosofia, supporto di ricerca, i tipi di intervento, e i metodi usati per documentare i progressi. Negli ultimi 10-20 anni, la tendenza chiara nell'ABA è stato uno spostamento da pratiche tradizionali a pratiche più contemporanee. Questo è dovuto ai seguenti fatti: 1) la ricerca non ha supportato l'efficacia di pratiche ABA tradizionali nell'insegnamento di comunicazione sociale e di altre abilità funzionali importanti (vedere sotto); e 2) ci sono stati cambiamenti significativi nei valori e nelle credenze della società, che hanno portato a leggi sull'educazione che non permettono più l'uso di punizioni o procedure aversive nella pratica dell'educazione, che erano state inserite e studiate per prime in pratiche ABA tradizionali. Per questa ragione, è di fondamentale importanza determinare a quale tipo di pratica ABA ci si riferisce, specialmente quando si prendono decisioni riguardanti l'uso dell'ABA nella programmazione educativa.

3. I ricercatori hanno criticato gli approcci ABA che usano DTT come metodo predominante di istruzione, citando la sua limitata efficacia. Le loro critiche comprendono: 1) l'uso di strategie che non promuovono la comunicazione sociale o non supportano la formazione di relazioni, cose che sono entrambe i deficit chiave dell'autismo; 2) un modello di insegnamento che è principalmente controllato dall'adulto e che scoraggia l'iniziativa e la spontaneità nella comunicazione e nell'apprendimento mettendo il bambino in un ruolo di "risponditore", cosa che causa passività e dipendenza da prompt; e 3) l'insegnamento di abilità che rimangono limitate alla situazione di insegnamento: cioè, non vengono generalizzate in maniera significativa per un uso indipendente nelle interazioni e attività quotidiane.

Infatti, a causa di queste critiche, le ricerche più considerate e più pubblicate sull'ABA e su ASD negli ultimi tre decenni sono state apertamente critiche delle pratiche ABA tradizionali, hanno abbandonato tali pratiche e hanno dimostrato in

ricerche pubbliche che gli approcci più efficaci incorporano principi evolutivi, incentrati sul bambino e sulla famiglia, nella programmazione educativa di bambini con ASD. Come si nota, questi ricercatori e consulenti ABA contemporanei si sono spostati verso pratiche basate su un approccio più evolutivo e basate su attività naturali sotto l'influenza della letteratura sullo sviluppo e l'apprendimento del bambino in routine e ambienti naturali. Questi ricercatori e consulenti ABA contemporanei comprendono i dott. Robert e Lynn Koegel, Laura Schreibman, Phil Strain, Gail McGee, alcuni dei quali hanno studiato e condotto ricerche con il Dr. Lovaas (RK, LS, GM) tra la fine degli anni 60 e l'inizio degli anni 80, quando sono state sviluppate inizialmente le pratiche ABA tradizionali. Strain ha sottolineato che soltanto attraverso l'integrazione delle differenti prospettive, comprese la teoria ecologica, evolutiva e dei sistemi, come anche quella comportamentale, si possono sviluppare "nuovi e più efficaci interventi" per i bambini e le famiglie.

Le affermazioni più frequenti usate per sostenere le pratiche ABA tradizionali

Qui di seguito ci sono esempi di affermazioni sull'ABA che sono ancora fatte di frequente, nonostante il fatto che la ricerca non sostenga tali affermazioni:

Affermazione n. 1.

Le ricerche hanno concluso che l'ABA è l'unico approccio efficace, o il più efficace, per bambini con ASD, e pertanto è il "trattamento d'oro".

FALSO: La revisione più esaustiva delle ricerche educative finora, condotta dal Consiglio Nazionale di Ricerca (National Research Council, un comitato istituito dall'Accademia Nazionale delle Scienze, NRC, 2001), ha concluso che, allo stato attuale delle ricerche sugli ASD, non ci sono prove che un qualsiasi approccio sia migliore di qualsiasi altro approccio per bambini da 0 a 8 anni. Hanno notato che "gli studi hanno riportato cambiamenti sostanziali in un vasto numero di bambini che

hanno ricevuto una vasta gamma di approcci di intervento, dal comportamentale all'evolutivo". È importante notare che questa opinione è stata consensuale per 12 esperti nazionali in ASD, che venivano da diverse discipline e approcci (compreso l'ABA). Questo comitato è stato istituito per rivedere 20 anni di ricerche educative nell'autismo e ha riportato molte conclusioni e raccomandazioni in un documento di 324 pagine (vedere al sito www.NAP.edu). Alcune persone che propongono l'ABA citano le linee guida del 1999 per la pratica clinica dello stato di New York per l'intervento precoce (0-3 anni) per i bambini con autismo (1999 New York State Clinical Practice Guidelines for Early Intervention (0-3 years) for Children with Autism), che mirano a servizi solo per bambini da 0 a 3 anni, per sostenere l'affermazione che l'ABA è l'unico approccio efficace. Però il Consiglio Nazionale di Ricerca ha incluso questo documento nella sua revisione, che è stata condotta alcuni anni dopo, e ha rifiutato le loro conclusioni. L'Accademia Americana dei Medici Pediatri (Myers & Johnson, 2007) ha notato che "C'è un crescente aumento di prove che sostengono l'efficacia di certi interventi (comportamentali ed evolutivi) per il miglioramento di sintomi e l'incremento delle funzioni, ma rimane ancora tanto da imparare".

Affermazione n. 2.

Una volta che un bambino è stato diagnosticato con un ASD, deve ricevere _____ ore (25, 30 o 40) di servizi ABA, spesso consigliati con un modello DTT, per fare progressi.

FALSO: In base all'esauritiva revisione di ricerche, il Consiglio Nazionale di Ricerca ha raccomandato che i bambini ASD necessitano di coinvolgimento attivo in un intervento per almeno 25 ore alla settimana. Però, non si specifica nessun approccio in particolare, e, come già detto, ci sono prove basate su ricerche di cambiamenti positivi sostanziali ottenuti usando vari approcci di intervento, dal comportamentale

all'evolutivo. Inoltre, il NRC ha sottolineato che le priorità educative, o le aree più importanti su cui focalizzarsi, devono comprendere:

- a) comunicazione funzionale, spontanea,
- b) istruzione sociale in diversi ambienti (non principalmente in training 1 a 1)
- c) insegnamento di abilità di gioco che si focalizzino sull'uso appropriato di giochi con i pari,
- d) istruzioni che portino alla generalizzazione e al mantenimento di obiettivi cognitivi in contesti naturali,
- e) approcci positivi per intervenire su comportamenti problema,
- f) abilità accademiche funzionali quando appropriato.

Gli approcci ABA variano molto per quel che riguarda l'attenzione posta a queste pratiche, con approcci ABA contemporanei che sono più centrati su queste priorità.

Affermazione n. 3.

Un bambino con ASD trarrà massimo beneficio da servizi ABA che usino un modello di insegnamento DTT perché:

- a) certe abilità di base devono essere acquisite prima che un bambino possa trarre beneficio da esperienze di apprendimento sociale ("mito" delle abilità di base)
- b) i bambini con ASD (soprattutto bambini piccoli) possono imparare soltanto in insegnamento 1 a 1, e non possono imparare da altri bambini ("mito" dell'istruzione con rapporto 1 a 1)

c) gli ambienti normali sono troppo stimolanti perché un bambino riesca ad imparare ("mito" della sovrastimolazione)

d) il comportamento non può essere controllato in ambienti più normali ("mito" del controllo del comportamento)

FALSO: Tre altamente rispettati analisti ABA per l'ASD, i dottori Phil Strain, Gail McGee e Frank Kohler, hanno dedicato un intero capitolo a queste affermazioni, e hanno rivisto ricerche per vedere se c'erano sostegni per ogni affermazione. Hanno concluso che "questi miti hanno basi traballanti, se non addirittura assenti". (da Strain, McGee & Kohler, 2001). In altre parole, non ci sono ricerche che sostengano questi miti. Strain, McGee e Kohler citano il bisogno fondamentale di attività ben sostenute e programmate per bambini con ASD in ambienti sociali che li includano e che siano appropriati evolutivamente.

Affermazione n. 4.

Se un bambino non riceve ABA intensivo entro il quinto anno di età, la "finestra di opportunità" per l'apprendimento si chiude o si perde.

FALSO. Non ci sono prove che ci sia un limite massimo per l'apprendimento, o che ci sia una finestra di opportunità che si chiuda. Questa affermazione è la versione non corretta di un'affermazione vera:

Uno dei fattori associati con migliori risultati è l'avvio precoce di un intervento.

Però questo è soltanto uno dei fattori che sono associati con i risultati migliori. Altri fattori comprendono il coinvolgimento di un componente della famiglia, il coinvolgimento attivo della famiglia nella programmazione, attività appropriate dal punto di vista evolutivo, 25 ore di programmazione individualizzata a settimana e opportunità di insegnamento ripetute e pianificate. Il termine "individualizzato" spesso viene male interpretato come servizi 1 a 1. In realtà si riferisce ad un programma che sia

sviluppato per ogni singolo bambino in base ai suoi punti di forza, necessità e priorità familiari.

L'apprendimento e i progressi per i bambini e i soggetti con ASD durano tutta la vita, come per tutti gli esseri umani. Ovviamente è importante iniziare un intervento il più precocemente possibile, ma questo non significa che i progressi di un bambino saranno limitati o assenti a meno che il bambino non riceva un monte ore minimo di ABA (o di qualsiasi altro servizio) prima dei cinque anni. Abbiamo conosciuto molti bambini che continuano a fare progressi evolutivi significativi durante la loro tarda infanzia, adolescenza e persino nell'età adulta. Sfortunatamente l'affermazione "finestra di opportunità" spesso porta ad un eccessivo senso di colpa per molti genitori i cui bambini non hanno iniziato presto a ricevere servizi ABA, o che non hanno scelto l'ABA tradizionale come approccio per il loro bambino.

Affermazione n. 5.

L'ABA è l'unico approccio educativo che porti ad un "recupero" dall'autismo, cosa che avviene in circa la metà dei casi.

FALSO. Quando si fa questa affermazione, gli studi che sono citati più di frequente sono quelli del dott. Lovaas e colleghi (Lovaas, 1987; McEachin, Smith e Lovaas, 1993), in cui sono stati seguiti 19 bambini che ricevevano servizi ABA intensivi e 9 di questi sono stati considerati "recuperati" al follow-up. Ci sono però diversi problemi riguardo questa affermazione.

1. Prima di tutto, questi studi sono stati severamente criticati per le affermazioni fatte riguardanti i risultati degli studi, visto il numero ristretto di soggetti, e il tipo e l'intensità del trattamento fornito. Sono stati criticati anche per molti punti della metodologia di ricerca (per es., le misure usate per sostenere il "recupero", la selezione dei soggetti, il tipo di grup-

po di controllo). Inoltre gli studi sono stati condotti quando venivano usate ancora procedure aversive. Molti tentativi di replicare o riprodurre questi risultati con gruppi più grandi di bambini in diversi centri di ricerca finanziati dallo Stato non sono andati a buon fine e, infatti, diversi di questi centri sono stati chiusi prima del completamento del periodo di ricerca a causa degli scarsi risultati. Attualmente, dopo quasi 20 anni dalle pubblicazioni del primo studio di Lovaas, non ci sono state repliche di successo dei risultati originali, con molti tentativi falliti.

2. Il problema del "recupero" dall'autismo rimane estremamente controverso, e la probabilità di recupero non è stata supportata da studi di follow-up a lungo termine di bambini che hanno ricevuto diversi interventi. Inoltre, diagnosi accurate di bambini molto piccoli rimangono una cosa relativamente nuova e imprecisa, visto che i bambini piccoli possono cambiare moltissimo nei primi tre anni di sviluppo. Alcuni problemi evolutivi, come disabilità del linguaggio, disturbi di elaborazione sensoriale e disturbi d'ansia, e problemi fisiologici come gravi allergie ambientali e alimentari, e disturbi gastrointestinali possono influenzare notevolmente la comunicazione sociale e la regolazione emotionale, e possono essere confusi con un profilo di autismo ad un'età molto giovane (alcuni di questi disturbi fisiologici sono stati osservati anche in alcuni bambini con ASD, creando ulteriore confusione diagnostica). Pertanto, sapere se un bambino diagnosticato attorno ai 2 anni di età continuerà a mantenere tale diagnosi 2-4 anni dopo è una questione che le ricerche hanno iniziato solo ora a studiare. Sfortunatamente, le ricerche disponibili indicano che il numero di bambini diagnosticati accuratamente e che "escono dallo spettro" rimane molto basso (circa 2-4%) (Lord et al, 2006). Chiaramente, alcuni bambini con ASD continuano a migliorare accademicamente, nello sviluppo delle rela-

zioni sociali e nell'averne una positiva "qualità di vita" anche se continuano a qualificarsi per una diagnosi e se continuano ad avere alcuni dei problemi associati con l'ASD. Allo stato attuale, però, le ricerche indicano che l'ASD rimane una disabilità evolutiva per tutta la vita per la maggior parte dei bambini che ricevono questa diagnosi.

Affermazione n. 6.

Ci sono centinaia di studi che dimostrano che l'ABA funziona, e pochi o nessuno studio che dimostrino che gli altri approcci "funzionino".

VERO A META'. C'è una considerevole quantità di studi condotti da ricercatori ABA e pubblicati in riviste ABA e di altro tipo che dimostrano l'efficacia di specifici elementi di pratica, come: insegnare abilità comunicative e rimpiazzi comunicativi per comportamenti problema, uso del water, abilità sociali, uso di supporti visivi, tecniche di rilassamento e molte altre aree di attenzione nell'intervento. Però ci sono molti pochi studi che hanno controllato l'efficacia di "programmi di intervento globali", e questo è vero sia per l'ABA che per altri approcci di intervento (NRC, 2001). Inoltre, molti studi che sono citati per sostenere la pratica ABA comprendono pratiche che sono state sviluppate prima di tutto fuori dal contesto ABA, come l'insegnamento della comunicazione spontanea, di abilità sociali e di gioco, l'uso di sistemi di comunicazione aumentativi, l'uso di procedure di rilassamento e l'uso di supporti visivi come programmi e organizzatori grafici.

Nella sua revisione di ricerche educative, il Consiglio Nazionale di Ricerca (2001), e più recentemente l'Accademia americana dei Medici Pediatri (Myers & Johnson, 2007), hanno sottolineato che ci sono molti modelli, oltre all'ABA tradizionale, che, in modo più globale, comprendono i componenti più essenziali di programmi efficaci che hanno mostrato risultati positivi per bambini con ASD. Inoltre, approcci diversi

dall'ABA hanno utilizzato anche pratiche basate su ricerche scientifiche e soddisfano i criteri associati con pratiche educative efficaci.

RIASSUNTO E CONCLUSIONE

I principi e le pratiche nell'Analisi comportamentale applicata hanno contribuito a lungo all'intervento e alla programmazione educativa per bambini con ASD. La maggior parte di programmi efficaci utilizza alcuni principi e pratiche ABA integrate con altre pratiche (evolutive, sensoriali, comunicazione alternativa aumentativa, sostegno alla famiglia) in programmi individualizzati per bambini. Però, all'interno della comunità ABA, alcuni consulenti e alcuni enti continuano a fare affermazioni che portano alla dichiarazione che "l'ABA è l'unica strada", o che non è possibile avere programmi di qualità a meno che non siano programmi ABA, o supervisionati da personale ABA (cioè da BCBA, Board Certified Applied Behavior Analysts). La maggior parte delle volte, queste dichiarazioni sono supportate dalle dichiarazioni 1-6 citate prima, nonostante la mancanza di ricerche di sostegno a queste affermazioni, e nonostante ci siano prove che confutano queste dichiarazioni. Sfortunatamente questo messaggio continua ad essere inviato da coloro che propongono pratiche tradizionali ABA, quando vengono prescritti servizi alle famiglie di bambini con ASD, e agli enti che servono questi bambini.

Dobbiamo anche prendere in considerazione il costo di queste dichiarazioni, non solo monetario, ma anche il tempo perso in una programmazione efficace, per un bambino e la sua famiglia. Focalizzarsi molto su pratiche di ABA tradizionale può portare a far sì che i bambini perdano le opportunità di partecipare ad un programma che sostenga il vero apprendimento sociale e comunicativo e la crescita emozionale, che sono i bisogni primari dei bambini con ASD - tempo che poteva essere speso imparando dalle persone e sviluppando relazioni, e acquisendo abilità funzionali significative che permettano ai bambini e ai soggetti più grandi, e alle loro famiglie, di par-

tecipare ad attività e routine quotidiane nella loro casa, scuola e comunità, e stare bene nel portarle avanti.

Le revisioni di ricerche più rispettate ed esaustive hanno indicato che non ci sono prove sostanziali che supportino i "miti" citati sopra. Infatti, come si è indicato, queste affermazioni sono state severamente criticate dai ricercatori più pubblicati all'interno dell'ABA, le cui ricerche e pratiche si sono evolute dall'ABA tradizionale a pratiche più contemporanee (i dott. Robert e Lynn Koegel, Phil Strani, Gail McGee e altri). Ovviamente, queste dichiarazioni sono state contestate da altri professionisti che hanno contribuito alle pratiche per ASD per sviluppare approcci di orientamento diverso dall'ABA, come Stanley Greenspan, Steven Gutstein, Gary Mesibov, Carol Gray, io stesso e i miei colleghi. Inoltre, adulti con autismo, compresi Stephen Shore, Jerry Newport, Temple Grandin, Donna Williams, Ros Blackburn e Micelle Dawson, che hanno scritto e/o parlato delle loro esperienze, hanno sollevato seri dubbi su approcci che derivano principalmente da pratiche ABA, con l'esclusione di altre pratiche.

Come detto, lo spostamento dall'ABA tradizionale a pratiche più contemporanee è stato la tendenza chiara e continuativa nell'educazione e nel trattamento all'interno dell'ABA. Le pratiche di ABA contemporaneo sono ora molto vicine per filosofia e pratica a pratiche non ABA che sono basate più sul processo evolutivo, e individualizzate per bambini e famiglie (per es. DIR-Floortime, Hanen, RDI, SCERTS, TEACCH e altri). Infatti, nel più recente ciclo di premi per sovvenzioni a trattamenti dell'associazione Autism Speaks, le sovvenzioni che sono state approvate per importanti finanziamenti non comprendono ricerche su un approccio che è stato basato principalmente su un orientamento ABA, con esclusione di altre pratiche, dimostrando la priorità posta sull'ampliamento delle prospettive di trattamento.

C'è così tanto ancora che dobbiamo imparare per sostenere i bambini e soggetti più grandi con ASD e le loro famiglie. Questa base di conoscenza che continua ad evolversi dovrà venire da persone con ASD, ricercatori, educatori, terapisti e genitori da una vasta gamma di orientamenti filosofici e di intervento. Non c'è più spazio per dichiarazioni infondate che vengono fatte con l'obiettivo di limitare la gamma potenziale di pratiche efficaci, o di "convincere" genitori o enti finanziatori che "ABA è l'unica strada". Questo ha portato soltanto a liti costose, divisioni, sfiducia e confusione per genitori e consulenti. In alcuni casi, ha anche impedito la libertà di scelta per le famiglie, quando sono disponibili solo opzioni limitate di trattamento. E' un disservizio per i bambini con ASD e le loro famiglie che queste dichiarazioni che sostengono pratiche ABA tradizionali continuino nonostante le prove e l'opinione di esperti riguardo i loro limiti. Per fare in modo che le pratiche di educazione e trattamento migliorino e per far sì che ci siano programmi veramente individualizzati per bambini e famiglie, le affermazioni che "solo un tipo di approccio funziona" devono cessare.

Barry M. Prizant, Ph.D.

Direttore

Childhood Communication Services

Professore aggiunto

Centro per gli studi sullo sviluppo umano Brown University

I miei più sinceri ringraziamenti alle quasi due dozzine di educatori, terapisti, amministratori e genitori che mi hanno fornito informazioni fondamentali per le precedenti stesure, che sono risultate in questa versione finale. Ho apprezzato tantissimo il loro incoraggiamento e il loro chiaro consenso al fatto che un tale documento fosse necessario per aiutare famiglie e consulenti. Un grazie speciale a Carol Gray,

Karen Levine, Diane Twachtman-Cullen, Eve Mullen e Tony Maida per i loro commenti dettagliati e attenti.

Riferimenti

Koegel, R., and Koegel, L. (Eds.) (1995). Teaching children with autism. Baltimore, MD: Paul Brookes.

Lord, C., Risi, S., DiLavore, P., Shulman, C., Thurm, A., & Pickles, A. (2006). Autism from two to nine. Archives of General Psychiatry, 63, 694-701.

Lovaas (1987) Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 3-9.

McEachin, J.J., Smith, T., & Lovaas, O.I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. American Journal on Mental Retardation, 97, 359-372.

Myers, S. Johnson, C. Management of children with autism spectrum disorders. (2007). Pediatrics, 120, 1162-1182.

National Research Council (2001). Educating children with autism. Committee on Educational Interventions for Children with Autism. Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academy Press. (www.nap.edu)

Prizant, B.M. & Wetherby, A.M. (1998). Understanding the continuum of discrete-trial traditional behavioral to social-pragmatic, developmental approaches in communication enhancement for young children with ASD. Seminars in Speech and Language, 19, 329-353.

Prizant, B.M., & Rubin, E. (1999). Contemporary issues in interventions for Autism Spectrum Disorders: A commentary. Journal of the Association of Persons with Severe Handicaps, 24, 199-217.

Prizant, B.M., & Wetherby, A. M. (2005) Critical considerations in enhancing communication abilities for persons with autism spectrum disorders. In F. Volkmar, A. Klin & Paul, R. (Eds.), Handbook of autism and pervasive developmental disorders (3rd Edition).

Strain, P., McGee, G, and Kohler, F. (2001). Inclusion of children with autism in early intervention settings. In. M. Guralnick (ed.), Early childhood inclusion: Focus on change. Baltimore: Paul Brookes Publishing.

Lo Staff di Ippocrates