

**PSICOTERAPIA, PSICODIAGNOSTICA,
PSICOTECNOLOGIA**

MARIO D'AMBROSIO

FIAT VOX

Psicoterapia, psicodiagnostica
e psicotecnologia
del mutismo selettivo

**HUMANITAS**
Consorzio Universitario Humanitas

 **FrancoAngeli**

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



PSICOTERAPIA, PSICODIAGNOSTICA, PSICOTECNOLOGIA

DIRETTORE: **Giuseppe Ruggeri**

COMITATO SCIENTIFICO: **Lisa Arduino, Pietro Bria, Vincenzo Caretti, Cristiano Castelfranchi, Vittorio Cigoli, Paolo Cruciani, Nino Dazzi, Andrea Fossati, Calogero Iacolino, Luigi Janiri, Carlo Lai, Enrico Molinari, Carlo Saraceni**

COMITATO DI REDAZIONE: **Elda Andriola, Anna Camana, Fabrizio Corradi, Marco di Nicola, Alessio Gori**

COORDINAMENTO EDITORIALE: **Anna Camana**

Il Consorzio Universitario Humanitas opera nei campi della pedagogia, della comunicazione sociale, della psicologia, della neuropsicologia. Suoi fini elettivi sono la formazione post lauream in tali discipline (realizzata mediante Corsi di Dottorato, Scuole di Specializzazione, Master, Corsi di perfezionamento), così come la ricerca e l'assistenza clinica nei campi della psicoterapia, psicodiagnostica, neuropsicologia. Fondato dall'Università LUMSA, il Consorzio intrattiene rapporti di collaborazione didattica, scientifica e clinica con molteplici enti (tra questi l'Istituto di Psichiatria e Psicologia - Facoltà di Medicina "A. Gemelli" della Università Cattolica di Roma; il Dipartimento di Neuroscienze - Facoltà di Medicina dell'Università "Federico II" di Napoli; il Dipartimento di Neuroscienze e Neuroriabilitazione - IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma).

Un solo paradigma teorico non permette di dare ordinamento alla infinita complessità della vita mentale; una sola metodica strumentale non permette di esplorare le infinite dimensioni presenti nel dominio degli eventi mentali; un solo modello di pratica clinica non permette di realizzare il migliore intervento possibile in tutte le situazioni cliniche. Ispirata a questa consapevolezza, la Collana si propone a studiosi e clinici come area editoriale nella quale siano coniugati innovazione teorica e integrazione clinica. Più in particolare essa promuove la presentazione di contributi innovativi sul piano della ricerca teorica; di sperimentazioni riguardanti la integrabilità di indirizzi e metodi nella pratica clinica; di applicazioni cliniche della information and communication technology mirate a fini diagnostici e terapeutici. La scelta dei contributi avviene in accordo con l'orientamento di non porre vincoli preliminari per quanto riguarda le prospettive teoriche su cui i contributi si fondano, né gli indirizzi clinici cui essi si ispirano.

I volumi pubblicati in Collana sono sottoposti a referaggio con doppio cieco.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

MARIO D'AMBROSIO

FIAT VOX

Psicoterapia, psicodiagnostica
e psicotecnologia
del mutismo selettivo

Scritti di Monica Dallago, Carmen Guarino,
Milena Milani, Stefano Seregni

 **HUMANITAS**
Consorzio Universitario Humanitas

FrancoAngeli

Grafica della copertina: *Elena Pellegrini*

Copyright © 2019 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Presentazione , di <i>Mario Di Pietro</i>	pag.	9
Introduzione , di <i>Mario D'Ambrosio</i>	»	15
1. Diagnosi e assessment del mutismo selettivo (MS) , di <i>Mario D'Ambrosio</i>	»	19
1. Criteri diagnostici	»	19
2. Insorgenza e decorso	»	20
3. Prevalenza	»	21
4. Comorbidità	»	21
5. Valutazione clinica del MS	»	24
6. L'inquadramento dei problemi emotivo-comportamentali	»	25
7. Inquadramento delle manifestazioni specifiche del MS	»	27
2. Etiologia del MS , di <i>Mario D'Ambrosio</i>	»	28
1. Familiarità e genetica	»	28
2. Temperamento	»	29
3. Influenze ambientali	»	31
4. Correlati neuro-evolutivi	»	33
5. L'evitamento del discorso come fattore di mantenimento	»	35
6. Una visione di insieme	»	36
3. Le parole nel freezer: una prospettiva autonoma , di <i>Mario D'Ambrosio</i>	»	38
1. La teoria polivagale di Porges	»	40
2. Il sistema di ingaggio sociale	»	41
3. Dal freezing al mutismo	»	44
4. Compatibilità della prospettiva autonoma con i correlati neuro-evolutivi e psicofisiologici del MS	»	47

4. Cognitive Behavior Therapy e MS , di <i>Mario D'Ambrosio</i>	pag.	51
1. Perché la Cognitive Behavior Therapy (CBT)	»	54
2. Tecniche comportamentali di base	»	57
3. Tecniche comportamentali complesse	»	59
3.1. La comunicazione defocalizzata	»	59
3.2. Auto-modellamento	»	60
4. Descrizione di un'esperienza di trattamento con programmi comportamentali nel caso di un adolescente MS	»	61
4.1. Il programma comportamentale	»	63
5. Tecniche cognitive	»	67
6. Tecniche psicofisiologiche: il biofeedback	»	70
6.1. Descrizione di un'esperienza di trattamento con EDA-biofeedback in un caso di MS	»	71
7. Competenze sociali, assertività e attività di gruppo	»	74
8. Il parent training	»	75
9. Il MS a scuola	»	77
5. Terapia cognitivo-comportamentale di gruppo per bambini e preadolescenti con diagnosi di fobia sociale e MS , di <i>Stefano Seregni e Monica Dallago</i>	»	81
1. Epidemiologia del servizio materno infantile, età evolutiva e famiglia dell'ULSS2	»	82
2. Strutturazione del programma di intervento	»	83
3. Panoramica generale dei contenuti del programma di intervento di gruppo	»	87
4. Uno studio applicato in ambito clinico	»	97
4.1. Descrizione del campione	»	97
4.2. Risultati del campione con MS	»	99
4.3. Descrizione analitica di tre partecipanti con MS	»	101
4.4. Discussione	»	109
4.5. Aree di miglioramento e sviluppo del servizio	»	110
6. Theraplay – Una proposta di trattamento regolativo per bambini selettivamente muti , di <i>Milena Milani</i>	»	112
1. Introduzione: il caso di Emma	»	112
2. Theraplay: le origini	»	113
3. Theraplay: elementi chiave	»	114
4. Perché una terapia genitore-bambino?	»	118
5. Interazione adulto-bambino, cooperazione e sviluppo della coscienza	»	121

6. Interazione adulto-bambino: basi neuronali della socialità umana e la loro funzione regolativa	pag. 123
7. Efficacia della Theraplay nelle situazioni di MS	» 125
8. L'intervento con Theraplay	» 132
8.1. Dati clinici del caso	» 132
8.2. L'osservazione con MIM	» 133
8.3. Linee di intervento	» 135
8.4. Le sedute	» 135
8.5. L'intervento sui contesti	» 137
8.6. Follow-up	» 138
9. Conclusioni	» 139
7. Elisa e le sue parole al guinzaglio , di <i>Carmen Guarino</i>	» 140
1. Anamnesi e background	» 141
2. Le presentazioni	» 142
3. Valutazione testologica	» 145
4. Il programma cognitivo-comportamentale	» 146
5. Esiti del trattamento	» 149
6. Controllo in follow-up	» 150
7. Conclusioni	» 150
Conclusioni , di <i>Mario D'Ambrosio</i>	» 151
Ringraziamenti	» 155
La realtà associativa AIMuSe (Associazione Italiana Mutismo Selettivo) , di <i>Elisa Marchio</i>	» 157
Note sugli autori	» 159
Bibliografia	» 161

Presentazione

di *Mario Di Pietro*

Il mutismo selettivo è un disturbo relativamente comune nei soggetti in età evolutiva. Pur non esistendo, nel nostro paese, una specifica ricerca epidemiologica al riguardo, i dati riscontrabili in ambito clinico lasciano supporre che almeno un bambino su 200 rientrerà nei criteri diagnostici per il mutismo selettivo ad un certo punto della propria infanzia. Il disturbo è più comune nelle femmine rispetto ai maschi e il suo picco di esordio è durante gli anni prescolari, a circa 4-5 anni.

Le cause del mutismo selettivo non sono ancora del tutto note. Alcuni studi citati nel presente volume da D'Ambrosio suggeriscono la possibilità di un'influenza genetica o di vulnerabilità per il mutismo selettivo. Nella maggior parte delle famiglie dove è presente un bambino con mutismo selettivo si sono riscontrati altri casi, oppure sono presenti familiari con problemi di estrema timidezza, attacchi di panico, ansia sociale o altri sintomi ansiosi. Talvolta le famiglie di bambini con mutismo selettivo sono famiglie iposocializzate, con scarsi contatti con persone al di fuori della cerchia familiare.

Oltre ai fattori eziologici comunemente riconosciuti nel mutismo selettivo, andranno considerati attentamente anche fattori socio-culturali. Ad esempio, una bambina cresciuta in una cultura in cui la donna è, per tradizione religiosa, educata ad abbassare lo sguardo e a non prendere l'iniziativa di parlare in presenza di estranei, è più probabile che possa presentare difficoltà nella comunicazione sociale quando si troverà inserita in un contesto diverso da quello originario.

Per quanto riguarda l'impatto psicosociale del disturbo, i bambini con mutismo selettivo possono andare incontro a rifiuto da parte dei pari (è poco rinforzante interagire con qualcuno che non parla), hanno scarse abilità sociali e possono presentare compromissione delle prestazioni scolastiche.

Tuttavia, nonostante questi impatti negativi, molti bambini con mutismo selettivo non ricevono immediatamente un trattamento, qualora i genitori si rivolgano a un Servizio pubblico, a causa di lunghissimi tempi d'attesa. Anche se non sempre ciò accade, in quanto nella struttura pubblica spesso la variabile determinante è la buona volontà del clinico, dal momento in cui la scuola segnala il problema, al momento della presa in carico possono trascorrere diversi mesi.

La maggior parte dei soggetti con mutismo selettivo presenta comorbidità con un altro disturbo d'ansia. I più comuni tra questi disturbi comprendono disturbo d'ansia sociale (61-68%), fobia specifica (50%) e disturbo d'ansia da separazione (32%) (Manassis *et al.*, 2007).

La relazione tra mutismo selettivo e psicopatologia esternalizzata è meno consolidata della relazione tra mutismo selettivo e psicopatologia internalizzata (Viana *et al.*, 2009). I bambini che rifiutano di parlare con figure autorevoli (ad es. insegnanti, psicologi) possono apparire oppositivi o provocatori. Tuttavia, relativamente pochi bambini con mutismo selettivo hanno anche disturbi esternalizzanti in comorbidità (ad es. disturbo oppositivo provocatorio, disturbo da deficit di attenzione/ipercattività). Pertanto, il comportamento oppositivo nei bambini con mutismo selettivo risulta spesso dal fatto che questi si sentono costretti ad affrontare situazioni sociali associate a paura o angoscia che sovrastano le loro capacità di coping. L'oppositività mostrata da bambini con mutismo selettivo è infatti presente solo in situazioni che richiedono comunicazione verbale.

Negli ultimi 20 anni la letteratura sul mutismo selettivo ha subito una certa espansione, ma nel nostro paese si contano ancora sulle dita di una mano i testi in lingua italiana sull'argomento. Il testo di D'Ambrosio e collaboratori è quindi un contributo particolarmente utile che aiuta a colmare in parte il vuoto editoriale che esiste nel nostro paese su questo argomento.

Malgrado si siano ampliate in ambito clinico le conoscenze sul mutismo selettivo, la ricerca è ancora relativamente scarsa rispetto a quanto è avvenuto per altri disturbi d'ansia. Ma forse la cosa più preoccupante è che sono ancora molto diffuse false informazioni sul mutismo selettivo e spesso aneddoti folcloristici vanno a sostituire una conoscenza scientifica del problema.

In passato, alcuni psichiatri infantili di impostazione psicoanalitica avevano formulato l'ipotesi che il mutismo selettivo fosse la conseguenza di un abuso sessuale. Fortunatamente, la ricerca ha smentito clamorosamente questa teoria, tuttavia, a causa della valutazione errata dei sintomi, oppure per una maldestra, quanto fantasiosa, interpretazione dei disegni del bambino, alcuni operatori della salute mentale hanno sospettato o accusato i

genitori di abusi sul minore, ipotesi che poi si sono rivelate ingiuste e del tutto infondate.

Più di una volta mi è capitato di prendere in carico bambini con mutismo selettivo dopo che i genitori avevano intrapreso una lunga odissea nel corso della quale il bambino era passato attraverso varie presunte esperienze terapeutiche che implicavano il farlo disegnare (alcuni avrebbero potuto organizzare un vernissage con tutta la loro produzione pittorica!), farlo giocare con la sabbia, sottoporlo a “terapia craniosacrale” se non addirittura trattarlo con prodotti omeopatici. Malgrado tutto quello che al genitore di un bambino selettivamente muto possa essere stato detto per spiegare il comportamento del figlio, il mutismo selettivo rimane un problema molto serio che può avere effetti devastanti sulla vita di un bambino e di coloro che gli sono vicini. Un genitore può sentirsi molto disorientato e frustrato, in quanto egli sa quanto il proprio figlio sia in grado di essere loquace e brillante in famiglia, malgrado la descrizione che riceve dagli insegnanti sia quella di un bambino silenzioso, completamente privo di linguaggio.

Il decorso del mutismo selettivo può variare da bambino a bambino. Alcuni bambini che iniziano la scuola rimanendo completamente silenziosi, potrebbero cominciare a parlare, mostrandosi a proprio agio, entro la fine dell’anno scolastico senza alcun aiuto particolare. Altri potrebbero continuare a rimanere silenziosi anche dopo il primo anno di scuola. Come le ricerche evidenziate da D’Ambrosio ci indicano, il disturbo dura mediamente otto anni qualora non venga intrapreso alcun trattamento. Con l’applicazione di opportune strategie comportamentali molti bambini possono superare il loro mutismo entro un paio d’anni. Un mutismo selettivo che persiste oltre quel periodo di tempo è meno frequente, ma in assenza di un adeguato intervento potrebbe perdurare per tutta la scuola primaria e anche estendersi al periodo della scuola secondaria. È pertanto essenziale intervenire quanto prima possibile ed aiutare tempestivamente il bambino a superare la sua paura di parlare.

Anche se molti bambini con mutismo selettivo dopo essere stati sottoposti a trattamento imparano ad affrontare la loro ansia e iniziano a parlare in più contesti, sembra che alcuni continuino a sentirsi timidi o ansiosi in situazioni sociali. Solo poche ricerche hanno seguito i bambini con mutismo selettivo nell’adolescenza e nell’età adulta. Da queste risulterebbe comunque che circa la metà dei soggetti che erano stati sottoposti a trattamento per mutismo selettivo da bambini non presentasse più alcuna difficoltà nel parlare in vari contesti. L’altra metà di soggetti si consideravano invece meno disinvolti, meno autonomi e meno sicuri di sé rispetto ad altri coetanei che non avevano sofferto del disturbo (Manassis *et al.*, 2007).

Il mutismo selettivo è ancora una zona di frontiera per la maggior parte degli psicologi dell'età evolutiva, in quanto ben pochi sono in grado di addentrarsi in questo territorio con un bagaglio di tecniche efficaci di intervento. Uno dei motivi per cui ciò accade è dovuto alla scarsa diffusione tra i clinici di procedure facilmente applicabili per affrontare questa problematica.

Sebbene la letteratura sul trattamento per il mutismo selettivo confermi l'efficacia della terapia comportamentale basata sull'esposizione graduale, in alcuni casi, soprattutto quando l'intervento viene avviato tardivamente e il livello di ansia è molto elevato, può essere opportuna l'integrazione col trattamento farmacologico. Rispetto ad altri farmaci, esiste un notevole supporto empirico per l'uso di inibitori selettivi del riassorbimento della serotonina (SSRI) nel trattamento del disturbo (Viana *et al.*, 2009). Tuttavia, a causa degli effetti indesiderati del trattamento con SSRI nei bambini piccoli, questi farmaci potrebbero non essere appropriati con i pazienti più giovani. Inoltre, il trattamento con farmaci SSRI generalmente si traduce in un sollievo dai sintomi da lieve a moderato nei bambini e i sintomi spesso ricompaiono dopo la sospensione del farmaco se non si procede anche con una terapia comportamentale. Infine, i trattamenti farmacologici come gli SSRI non contribuiscono allo sviluppo di appropriate abilità sociali e altri comportamenti adattivi che possono mitigare i sintomi e il disagio correlato.

Il presente volume favorisce un approccio eclettico, infatti, pur privilegiando la descrizione di procedure evidence based all'interno dell'area comportamentale, non vengono escluse metodiche che affondano le loro origini in prospettive teoriche lontane dal modello comportamentale, quali la Theraplay. Si tratta di una metodica che può essere senz'altro utile nello stabilire una relazione di supporto tra genitore e bambino, presupposto essenziale per un valido intervento terapeutico. Per quanto riguarda le prove di efficacia della Theraplay come prassi terapeutica per il mutismo selettivo sono tuttavia necessari studi controllati con trials che prevedano gruppi di controllo.

Per la natura stessa del mutismo selettivo è indispensabile che il clinico entri bene in sintonia col piccolo paziente e che questi possa percepirlo come un "amico fidato". Nessuna tecnica, neanche la più sofisticata funzionerà col bambino con mutismo selettivo se non ce lo siamo prima conquistato. È bene comunque essere realistici e non illudersi di aver raggiunto grandi obiettivi terapeutici solo perché il piccolo paziente ha iniziato a parlare col terapeuta. Il più delle volte questo significa soltanto che il terapeuta è stato incluso dal bambino nella cerchia selezionata di persone con cui si sente a suo agio a parlare.

Interessante la visione autonoma che ci presenta D'Ambrosio, facendo riferimento alla teoria polivagale di Porges. Il nervo vago non è solamente un nervo craniale che circola alla periferia, ma anche un importante canale bidirezionale costituito da circuiti motori e sensoriali specializzati che partecipano alla regolazione dello stato viscerale. Il vago interviene quindi nell'espressione di diversi aspetti comportamentali, emozionali e fisiologici connessi al comportamento sociale. I comportamenti spontanei di partecipazione sociale diventano pertanto più comprensibili se si include nel modello integrato del sistema nervoso autonomo la funzione svolta dal nervo vago.

Particolarmente rilevante in questo volume è l'intervento descritto da Seregni e Dallago sull'applicazione della terapia cognitivo-comportamentale di gruppo con soggetti con ansia sociale e mutismo selettivo. Lavorare in gruppo con bambini socialmente ansiosi e selettivamente muti consente, oltre ad ottimizzare i tempi, di mettere in atto strategie (role playing, prova comportamentale, rinforzo sociale) che in un setting terapeutico tradizionale, implicante un rapporto diadico terapeuta-bambino, sarebbe più difficoltoso attuare.

Forte timidezza e ansia sociale sono talmente frequenti nei bambini con mutismo selettivo da aver indotto molti clinici a dubitare che il mutismo selettivo possa essere considerato un'entità nosografica separata dall'ansia sociale. Questi clinici ritengono che il mutismo selettivo possa essere considerato un sintomo dell'ansia sociale, la quale può essere vista, in chiave dimensionale, come un continuum al cui estremo si colloca il mutismo selettivo. Alcuni autori (Beidel *et al.*, 1996) ritengono che si tratti solo di una questione di gravità: i bambini con mutismo selettivo sono semplicemente più ansiosi di parlare nelle situazioni temute rispetto ad altri bambini, i quali possono agitarsi quando devono parlare in situazioni sociali, ma riescono comunque a dire almeno alcune parole. A sostegno di questa posizione, alcuni studi suggeriscono che dal 70% all'80% dei giovani con mutismo selettivo soddisfano anche i criteri diagnostici per l'ansia sociale (in precedenza indicata col termine di fobia sociale) (Yeganeh *et al.*, 2003). È interessante notare che l'ansia sociale e il mutismo selettivo condividono alcune variabili di natura cognitiva attinenti le modalità di interpretazione e valutazione di eventi sociali emotivamente pregnanti. In entrambi i casi infatti troviamo la tendenza a considerare orribile il giudizio negativo degli altri, il fare brutta figura in pubblico, oltre al fatto di considerare intollerabile il disagio che compare in situazioni sociali (es. "ci starò troppo male, non riuscirò a sopportarlo, quindi è meglio evitarlo") (Cristea *et al.*, 2016).

Il mutismo selettivo è uno dei disturbi per affrontare il quale il clinico

deve disporre di procedure ben convalidate nella loro efficacia. Non ci si può permettere di filosofeggiare su vari costruttivismi o post-razionalismi o limitarsi a speculare sul tipo di attaccamento. Ancora una volta è bene ricordare che sarebbe deontologicamente auspicabile che il clinico facesse le proprie scelte operative non tanto in base alla seduttività intellettuale di una teoria, ma in base alle prove di efficacia delle procedure che da tale teoria derivano.

Un trattamento efficace è un trattamento che dura meno del tempo che impiegherebbe una remissione spontanea del disturbo imputabile a fattori ambientali, situazionali o legati alla crescita e maturazione (Di Pietro e Bassi, 2013). Inoltre il trattamento dovrebbe dare risultati stabili, garantendo un'efficace prevenzione delle ricadute. Il presente volume si avvale di contributi di clinici del settore con notevole esperienza nell'ambito della psicoterapia cognitivo-comportamentale applicata all'età evolutiva e mette in evidenza una serie di procedure in grado di alleviare la sofferenza del bambino risparmiandogli anni di isolamento e di autoesclusione.

Riferimenti bibliografici

- Beidel D.C., Turner S.M., Fink C.M. (1996). Assessment of childhood social phobia: Construct, convergent, and discriminative validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI- C). *Psychological Assessment*, 8: 235-240.
- Cristea I.A., Stefan S., David O., Mogoase C., Dobrea A. (2016). *REBT in the Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adults*. Springer, New York.
- Di Pietro M., Bassi E. (2013). *L'intervento cognitivo-comportamentale per l'età evolutiva*. Erickson, Trento.
- Manassis K., Tannock R., Garland E. J., Minde K., McInnes A., Clark S. (2007). The sounds of silence: Language, cognition, and anxiety in selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1: 187-1, 195.
- Viana A.G., Beidel D.C., Rabian B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29(1): 57-67.
- Yeganeh R., Beidel D.C., Turner S.M., Pina A., Silverman W. (2003). Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: An investigation of childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42: 1.069-1.075.

Introduzione

di *Mario D'Ambrosio*

Cloe è una deliziosa bambina di quasi due anni e mezzo. Nel momento in cui scrivo, insieme a mia moglie sono ospite dei suoi nonni materni da quattro giorni e finora in tutto l'ho incontrata tre volte. Quando le siamo stati presentati è restata completamente ammutolita, si è girata dall'altra parte e ha mantenuto la testa abbassata sul braccio appoggiato alla poltrona. Ha continuato a guardarci sottocchi, mai direttamente. Per quello che concedeva la sua posizione, osservava tutti i nostri movimenti e, sebbene non palesemente spaventata, si è mostrata molto inibita dalla nostra presenza, non ha risposto al nostro saluto e nemmeno ai complimenti che le sono stati rivolti. Durante la serata, a cena, le abbiamo offerto dei regali con i quali ha immediatamente iniziato a giocare insieme alla madre – distanti da noi – e solo in questo frangente ne abbiamo sentito la voce. Occasionalmente abbiamo incrociato lo sguardo e le abbiamo sorriso, ma lei ha risposto continuando a studiarci senza mai interagire direttamente, mantenendosi al riparo dietro le gambe dei genitori o dei nonni e smorzando ogni possibilità di ingaggiare un contatto con lei. Ieri l'abbiamo vista a casa sua, sempre in compagnia di nonni e genitori ed era ancora evitante e mutacica. Sicuramente era un po' più rilassata, fino al punto che in giardino si è inserita nel capannello degli adulti appoggiandosi alla mia gamba, per poi sceglierne una più familiare quando si è resa conto che non era quella del nonno. Tuttavia, anche in questo secondo incontro non ci sono stati scambi diretti con lei, né ha fatto sentire la sua voce, nemmeno rivolgendosi alle figure familiari. Questa mattina siamo andati al mare insieme. Prima di partire, l'abbiamo sentita dire "Willy esci", una frase diretta al cane appena insegnatale dalla nonna. Mi ha anche chiamato direttamente (Mamo) – sempre su suggerimento della nonna – visto che non ero ancora, volutamente, salito in macchina. Nella mattinata Cloe mi ha chiamato più volte, l'ho tenuta in braccio, l'ho aiutata a mettere i braccioli e siamo stati in acqua insieme. Rientrati a casa, ha accettato che mi prendessi cura di lei mentre mangiava.

Sono queste le normali evoluzioni di una bimba alle prese con le prime esperienze sociali extrafamiliari, prevedibilmente intimorita da un estraneo. I comportamenti descritti sono stati evidentemente influenzati da un fattore temperamentale, l'*inibizione comportamentale* (Garcia-Coll *et al.*, 1984), pertanto nell'arco di questi quattro giorni ho dovuto dosare la mia presenza e superare un po' di esami prima di trasformarmi, ai suoi occhi, da stimolo avversivo (o forse semplicemente eccessivo) a contatto sociale gradito. La "promozione" è stata conquistata sul campo, con cure, gioco e manifestazioni di simpatia. A mio favore sono state mosse delle leve affettive molto potenti, quali la curiosità della bambina miscelata alla percezione di una tranquilla e amichevole interazione intrattenuta da me con i suoi familiari, la sicurezza ricavata dalla loro presenza e il coinvolgimento del cane, miei cavalli di Troia contro le mura della sua iniziale difesa. La cautela nell'approccio all'estraneo adottata da Cloe, caratterizzerà molte sue prossime esperienze con bambini e adulti. Incontrerà coetanei, insegnanti, genitori di compagni, animatori, commesse, camerieri, gelatai, altri amici di famiglia e parenti lontani mai visti prima. I suoi genitori sanno che in questi incontri Cloe sarà protetta dalle leggi, dalla professionalità degli adulti, dai loro standard formativi, dal controllo formale esercitato dalle autorità e dal controllo informale dato dalla comunità, tendenzialmente disposta a soccorrere un qualsiasi bambino in caso di evidente pericolo. Sono queste importanti conquiste culturali e civili sviluppate nel corso della storia umana, alcune nell'arco dei millenni, altre nel più modesto ordine di qualche decennio e limitatamente ad un certo numero di aree nel mondo. Naturalmente Cloe tutto questo non lo sa ancora e continuerà a lungo a esaminare gli estranei con la stessa cautela con la quale ha guardato me in questi giorni, attraverso un filtro che l'evoluzione ci ha dato in dote nel più ampio ordine dei milioni di anni di selezione, quando il nostro ambiente sociale era appena un branco e il contatto diretto con l'estraneo poteva essere fonte di pericolo, un'evenienza che oggi è alquanto rara e sicuramente inaccettabile nella nostra civiltà. È questo un filtro che ha basi biologiche (Kagan *et al.*, 1987), che è comune a tutti i bambini, ma con differenze individuali tali da caratterizzarli diversamente nelle loro manifestazioni di "variazione nella facilità di generare incertezza psicologica e eccitazione fisiologica e, di conseguenza, ritiro piuttosto che approccio verso situazioni sconosciute o impegnative" (Kagan *et al.*, 1987, p. 1468), e che nel corso dello sviluppo – così come sta accadendo per Cloe – lo si impara a regolare in virtù delle esperienze che si fanno. Un filtro che per altri bambine e bambini, invece, continua a funzionare in modo grossolano, si manifesta con minori margini di regolazione e/o che è influenzato dal susseguirsi di esperienze avversive che si sommano nel tempo, andando a definire il quadro patologico del mutismo selettivo

(Gensthaler *et al.*, 2016), un disturbo che affligge una minoranza di bambine e bambini, con la costante incapacità di parlare in situazioni sociali specifiche in cui ci si aspetta che si parli (per es., a scuola) nonostante si sia in grado di parlare in altre situazioni (APA, 2013; WHO, 2018).

Siamo oggi nel pieno di una chiara rivoluzione scientifica che sta cambiando il punto di vista dei ricercatori e dei clinici nell'approccio al mutismo selettivo (MS) e solo negli ultimi decenni ci si sta spostando da un'antica attribuzione di intenzionalità del mutismo, verso una più evidente impossibilità di parlare da parte di chi ne è affetto. Infatti, il primo studioso che illustrò il disturbo, fu Kussmaul (1877), un medico tedesco, che sotto l'etichetta di "aphasia volontaria" descrisse i primi tre casi di persone che pur avendone le capacità, non parlavano. Evidentemente la denominazione faceva riferimento esplicito alla concezione di un mutismo sostenuto intenzionalmente dal soggetto. In seguito, il punto di vista della volontarietà del sintomo fu più volte rilanciato. Nel 1934, un altro studioso, Moritz Tramer, introdusse la definizione di "mutismo elettivo" rinnovando l'idea che alcuni bambini scegliessero di non parlare.

Che la rivoluzione scientifica in atto non abbia completato ancora il suo corso, sta nel fatto che il termine "mutismo elettivo" è tuttora mantenuto in uso da diversi clinici e non solo. Fino al 2018, la stessa World Health Organization (1994, 2000) ha tenuto in vita il termine "mutismo elettivo" e ha continuato a inquadrare il disturbo esclusivamente all'interno di un paradigma di condizionamento operante di tipo negativo (evitante su base emotiva).

Nel 1994 è stato finalmente introdotto dall'American Psychiatric Association, nel proprio *Manuale di classificazione dei disturbi mentali* (DSM-IV – APA, 1994) il termine di "mutismo selettivo", che meglio descrive le caratteristiche situazionali del disturbo, includendo nella sua descrizione una vera e propria incapacità di parlare in dati momenti. La stessa denominazione è stata mantenuta anche nella quinta edizione del manuale (DSM-5 – APA, 2013); inoltre, malgrado ne siano rimasti invariati i criteri diagnostici, nell'ultima versione il MS è stato finalmente inserito nella sezione dei disturbi d'ansia. Ancora più recentemente la WHO ha uniformato la classificazione dell'undicesima edizione dell'ICD (WHO, 2018) del MS a quella del DSM-5.

Se la vecchia visione del disturbo sta rapidamente lasciando spazio a una rilettura più moderna tra gli addetti ai lavori, molto più lentamente invece avanza il cambiamento nella cultura comune. Per esempio, troviamo traccia di mutismo intenzionale in tante opere letterarie, teatrali e cinematografiche, anche recenti, che propongono personaggi di bambini, adolescenti e adulti che, per una qualche ragione di protesta o per cause traumatiche, "scelgono"

di non rivolgere la parola agli altri. Se da una parte l'idea del rifiuto di parlare dà delle opportunità narrative interessanti e produttive per la buona riuscita dell'opera d'arte, dall'altra parte a livello sociale contribuisce a costruire uno stereotipo fuorviante del MS che stimola atteggiamenti, attribuzioni, aspettative e pressioni sociali poco adatte ad aiutare dei bambini particolarmente inibiti, nello sviluppo di una più raffinata capacità di regolare le emozioni e di assumere idee e comportamenti maggiormente adattivi; tutti percorsi che invece il superamento del MS richiede.

Lo sviluppo di questo volume segue l'idea di intervenire nel pieno svolgersi di questi cambiamenti in ambiti culturali e professionali e, più specificamente, di contribuire alla definizione dei programmi psicoterapeutici e degli iter di formazione degli psicoterapeuti stessi. Si parte da un'ottica precisa, secondo la quale i bambini e i ragazzi selettivamente muti non sono persone che bisogna "convincere" a parlare, ma persone che devono *scoprire* come stare bene con le proprie emozioni, *scoprire* che le emozioni hanno una loro fisicità (che può riguardare anche la voce) e *scoprire* che esse sono regolabili. Specifiche *scoperte* da facilitare e rapportare all'età, ai profili di sviluppo, alle caratteristiche temperamentali e alle condizioni sociali di ogni singolo soggetto e alle peculiarità di ogni singola famiglia in psicoterapia. È questo un libro che vuole anche aiutare il lettore nella costruzione di una visione di insieme del MS, che considera manifestazioni evolutive e temperamentali – evidentemente adattative – il terreno fertile sul quale attecchiscono i semi emotivi, cognitivi, comportamentali e sociali di un disturbo che, man mano che il tempo passa, separa lo sviluppo dei bambini mutoselettivi (d'ora in avanti, bambini MS) da quello dei loro coetanei, mantenendo in vita comportamenti e stati affettivi per lo più normali nell'età di passaggio tra la prima e la seconda infanzia, ma meno accettati socialmente in età superiori. A tutto ciò si aggiungeranno le condotte che ogni bambino MS imparerà a mettere in atto proprio per sottrarsi al disagio quando gli stimoli sociali saranno per lui eccessivi. Emergeranno allora altri comportamenti e strategie che a prima vista sembrerebbero incoerenti se non addirittura in contrasto tra di loro. Si ragionerà soprattutto su dati già disponibili in letteratura, ma che sono ancora parti di un puzzle distaccate l'una dall'altra. Nei primi capitoli si cercherà di metterne insieme il maggior numero possibile alla luce di quest'ottica, accostando i tanti pezzi che già sono stati tutti disegnati nel loro profilo, ma che necessitano di essere incastrati per vedere l'immagine completa. Di conseguenza, nella seconda parte del libro ci si sposterà sugli aspetti clinici che scaturiscono da questa visione del MS illustrando, anche attraverso l'esposizione di casi e di tecniche di intervento, le nuove prospettive di cura in età infantile e adolescenziale.

1. Diagnosi e assessment del mutismo selettivo (MS)

di Mario D'Ambrosio

Nelle pagine precedenti si è posto l'accento sul rapporto ricorrente tra un normale tratto temperamentale, l'*inibizione comportamentale* – probabilmente non l'unico, ma sicuramente il principale –, e il MS. Proprio la prossimità a questa e ad altre condizioni comuni, nonché la continuità di condotte che fino a qualche mese prima per gli stessi bambini erano considerate normali ma che da un certo momento in poi iniziano ad essere riconosciute come maladattive e a cronicizzarsi, dà l'idea di quanto sia importante per il clinico la disponibilità di criteri diagnostici precisi per individuare la vera e propria consistenza di un disturbo conclamato. Inoltre, riconoscerne le caratteristiche, la loro evoluzione nel tempo, le comorbilità che possono complicare il quadro clinico, l'individuare gli strumenti di valutazione a disposizione, sono passaggi centrali nel lavoro del professionista interessato al MS.

1. Criteri diagnostici

L'ultima e più importante svolta nella storia del MS è sicuramente la sua ricollocazione nel DSM-5 (APA, 2013) tra i disturbi d'ansia, mentre nella versione precedente (APA, 1994) stazionava nel limbo degli “altri disturbi dell'infanzia, della fanciullezza o dell'adolescenza”, probabilmente in ragione della chiara difficoltà permanente ancora negli anni novanta e oltre nell'inserire il MS in una famiglia di disturbi più ampia e definita, a causa della sua incertezza eziologica e dell'ambiguità dei sintomi. Negli anni che hanno separato le due edizioni del manuale c'è stato un certo fervore dei ricercatori (per una rassegna degli studi relativi a quel periodo vedi Viana *et al.*, 2009) che ha permesso, come vedremo più avanti, se non proprio di disambiguare alcune manifestazioni del disturbo, almeno di cogliere appieno il suo rapporto stretto con l'ansia.