

IL MUTISMO SELETTIVO: DIAGNOSI, EZIOLOGIA, COMORBILITÀ E TRATTAMENTO

Micaela Capobianco

Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione

Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica

Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Via dei Marsi, 78

e-mail: micaela.capobianco@uniroma1.it

Riassunto

Il mutismo selettivo (MS) è un disturbo dello sviluppo relativamente raro caratterizzato da una significativa difficoltà del bambino a parlare in determinate situazioni sociali in cui ci si aspetta che ciò avvenga (ad es. a scuola), rispetto ad altre in cui tale capacità sembra normale o quasi (ad es. a casa). Il presente lavoro vuole essere una rassegna critica della letteratura più e meno recente sul MS, con particolare attenzione alle caratteristiche cliniche, alla concettualizzazione diagnostica, all'eziologia e al trattamento di questo disturbo. Le recenti ricerche supportano l'ipotesi che il MS sia una condizione complessa di origine ansiosa ad eziologia multifattoriale (interazione tra cause biologiche e ambientali), meglio trattata mediante interventi di tipo cognitivo-comportamentale e/o con approcci multimodali. Al fine di comprendere meglio la natura peculiare di questo disturbo sarebbero necessari studi più sistematici che confrontino i bambini con MS con gruppi di controllo e/o con altri gruppi clinici su misure standardizzate. Infatti, una chiara riconcettualizzazione del MS, come sottotipo del disturbo d'ansia sociale ovvero come una categoria diagnostica indipendente, potrebbe avere un impatto importante per una valutazione e un trattamento più mirati per questa popolazione di bambini.

Parole chiave: mutismo selettivo, ansia sociale, comorbilità diagnostica, problemi internalizzanti, intervento cognitivo-comportamentale, approccio multimodale

SELECTIVE MUTISM: DIAGNOSIS, ETIOLOGY, COMORBIDITY AND TREATMENT

Abstract

Selective mutism (SM) is a relatively rare childhood disorder characterized by a consistent failure to speak in specific social situations where there is an expectation of speech (e.g. in school), despite normal or near-normal in other situations (e.g. at home). This work is a critical review of more and less recent literature regarding SM, with particularly attention to clinical features, diagnostic conceptualization, etiology and treatment of this childhood disorder. Recent findings suggest the hypothesis that SM is a complex anxiety condition with a multifactorial etiology (between biological and environmental causes) best treated using a cognitive-behavioural intervention and a multi-modal approach. More systematic studies comparing SM children to clinical and/or non-clinical groups with standardized measures are greatly needed to comprehensive the specific nature of this disorder. Infact, a clearer reconceptualization of SM, as a subtype

of social anxiety disorder or an independent diagnostic category, would be very important for more specific assessing and treating this children population.

Keywords: selective mutism, social anxiety, diagnostic comorbidity, internalizing problems, cognitive-behavioral intervention, multi-modal approach

Definizione e aspetti introduttivi

Il mutismo selettivo (MS) è attualmente definito come un disordine dell'infanzia caratterizzato da una "persistente incapacità" da parte del bambino a comunicare verbalmente in determinati contesti di vita sociale (una o più ambiti), all'interno dei quali ci si aspetterebbe ed è spesso richiesto l'uso del linguaggio verbale (ad esempio a scuola). Al contrario, il bambino parla normalmente a casa con i genitori, i fratelli e/o con altri adulti (non sempre tutti) nell'ambito familiare. Per questo motivo il mutismo selettivo (MS)¹ si può inquadrare come un "*disturbo acquisito della comunicazione interpersonale in quanto il bambino può non produrre verbalizzazione spontanea né su richiesta, in uno o più ambienti dove normalmente avviene uno scambio verbale*" (Bissoli 2003a; Bissoli 2007b). La maggiore difficoltà, infatti, che incontrano genitori, insegnanti e quanti altri si relazionino con i bambini affetti da MS riguarda proprio la gestione degli atteggiamenti contrastanti che emergono nei diversi momenti e contesti di vita (D'Ambrosio e Coletti 2002).

L'interesse recente per questo disturbo e i pochi studi a tutt'oggi disponibili in letteratura lasciano ancora aperti molti interrogativi su diversi aspetti relativi a questa problematica che vanno dalla sua specifica caratterizzazione, all'epidemiologia, all'eziologia, al decorso, alla prognosi e alla reale efficacia di molteplici strategie e modelli di intervento utilizzati nelle terapie con questi bambini (Vecchio e Kearney 2005a; Vecchio e Kearney 2006b). Negli ultimi anni, comunque, l'etichetta diagnostica di questo disturbo ha subito una modificazione alla luce di una maggiore, se pur graduale, attenzione e comprensione delle peculiari caratteristiche dei bambini con mutismo, rispetto alle componenti comportamentali, cognitive, emotive e familiari.

Il MS fu identificato per la prima volta nel 1877 da Adolf Kussmaul, uno psicofisiologo tedesco, che lo definì come una condizione di "afasia volontaria" ("aphasia voluntaria") e poco più tardi fu coniato il termine di "mutismo elettivo" (Tramer 1934). Entrambi i termini evidenziano e riflettono l'attribuzione di una volontarietà e di una scelta attiva da parte del bambino della condizione mutacica (Cohan et al. 2006). L'accezione di "mutismo elettivo" è stata conservata nell'ICD-10 (OMS 1992; WHO 1992) e nel DSM-III-R (APA 1980) si parlava di "persistente rifiuto di parlare" in una o più situazioni sociali (quali la scuola), sottolineando di nuovo la scelta spontanea di questi bambini di non parlare. Il passaggio verso il nuovo termine di "mutismo selettivo" nell'ultima versione del DSM-IV-TR (APA 2000) ha portato non solo ad un cambiamento dell'etichetta diagnostica, ma soprattutto ad una significativa ridefinizione eziologica di questo disturbo. Al concetto di "rifiuto" si è quindi sostituito quello di "incapacità", abbandonando l'idea primordiale che il sintomo abbia una valenza consapevole e determinata e ponendo l'attenzione sul comportamento di selezione che il bambino effettua rispetto ai differenti ambienti e agli interlocutori con cui parlare (Bissoli 2003a; Bissoli 2007b). Tale selezione si può presentare a diversi livelli di severità e quindi per alcuni la limitazione funziona solo in

¹ Per brevità, nel testo a seguire si farà riferimento al mutismo selettivo con la sigla MS

pochi ambienti, mentre per altri può giungere a quasi tutte le situazioni sociali esterne alla relazione con i genitori e in alcuni casi più gravi il bambino può ridursi a parlare solo con uno dei genitori (in genere la madre) (D'Ambrosio e Coletti 2002; Vecchio e Kearney 2005a; Vecchio e Kearney 2006b).

L'intelligenza di questi bambini è di solito nella norma e non sembrano esserci deficit importanti nei compiti cognitivi. Pur se, per definizione, l'incapacità di parlare che caratterizza i bambini con MS non è direttamente spiegabile sulla base di problematiche strumentali e/o disturbi di sviluppo del linguaggio o deficit cognitivi, non si può escludere che una restrizione prolungata all'uso del linguaggio verbale (che copre tutta l'età prescolare e scolare) e in diversi ambiti sociali produca gradualmente un generale impoverimento cognitivo nel bambino con effetti sul grado di adattamento alle richieste socio-ambientali, sulla carriera scolastica e sullo sviluppo di specifiche abilità cognitive (Steinhausen e Juzi 1996; Standart e Le Counter 2003; McInnes et al. 2004). In un lavoro recente Kristensen e Oerbeck (2006) hanno osservato tra i bambini con MS di età scolare alcune difficoltà nei compiti di memoria verbale, dai quali risultava uno span ridotto, a fronte di una buona memoria visuospaziale. Capozzi et al. (in press) osservano un'alta comorbilità tra MS e i disturbi del linguaggio e dell'apprendimento, a conferma di una stretta relazione tra linguaggio e abilità neuropsicologiche e socio-affettive.

Considerando il fatto che il MS è stato individuato ed etichettato più di cent'anni fa, finora ha ricevuto un interesse poco sistematico sia dalla letteratura psichiatrica e psicologica che da quella pediatrica. Allo stato attuale, infatti, i lavori che si sono occupati di mutismo in età evolutiva sono scarsi e la maggior parte di questi (dai meno ai più recenti) sono presentazioni di casi singoli, analisi retrospettive di studi di casi, contributi teorici (Wilkins 1985; Tarantini e Maderna 1992; Andersson e Thomsen 1998; Rye e Ullman 1999; Segal 1999a; Gordon 2001; Segal 2003b; Moldan 2005; Sloan 2007). Alcuni studi hanno esaminato piccoli gruppi di bambini con MS (Black e Uhde 1995; Ford et al. 1998), ma pochi lavori sono su campioni più ampi di bambini e/o di follow-up che hanno utilizzato criteri metodologici più sistematici con l'utilizzo di gruppi di controllo e misure di valutazione standardizzate (Kristensen 2001; Vecchio e Kearney 2005a; Vecchio e Kearney 2006b; Manassis et al. 2007; Capozzi et al. (in press). Una letteratura scarsa e con dati poco confrontabili e generalizzabili è tra i motivi primari alla base di una concettualizzazione di questo disturbo ancora poco chiara e ben definita. Conseguentemente, anche le conoscenze riguardanti le strategie e l'efficacia di diversi trattamenti risultano ancora incomplete (Vecchio e Kearney 2005a; Vecchio e Kearney 2006b; Rye e Ullman 1999; Mendlowitz 2005; Sharon et al. 2006).

Criteria diagnostici e diagnosi differenziale

Il DSM IV-TR (2000) inserisce il MS all'interno della categoria definita "Altri Disturbi dell'Infanzia, della Fanciullezza o dell'Adolescenza". I criteri diagnostici del DSM-IV-TR sottolineano la durata e la pervasività della problematica e la necessità di discriminare il MS da altri comportamenti mutacici di differente natura (Gordon 2001; D'Ambrosio e Coletti 2002; Moldan 2005). Nello specifico il DSM IV-TR parla di "costante incapacità di parlare in situazioni sociali peculiari, nonostante il parlare sia possibile in altri ambiti (Criterio A). L'anomalia deve interferire con i risultati scolastici o lavorativi o con la comunicazione sociale (Criterio B) e deve durare almeno da 1 mese (Criterio C). Inoltre, non si può parlare di vero e proprio MS se l'incapacità di parlare del bambino è spiegata da altre circostanze, quali il fatto che il bambino non conosca o non sia a proprio agio col modo di parlare richiesto in quella situazione sociale,

condizioni di ospedalizzazione, gravi fattori socio-ambientali (Criterio D), oppure è spiegata dalla presenza di altre problematiche di sviluppo, quali i disturbi del linguaggio e/o fonoarticolatori, le balbuzie, le aprassie, i Disturbi Pervasivi di Sviluppo (criterio E). Infatti, l'inibizione del linguaggio può essere un sintomo che si ritrova in molteplici forme psicopatologiche tra loro molto diverse quali l'autismo, i disturbi psicotici, il ritardo mentale, depressione o fobia scolare (Bissoli 2003a; Bissoli 2007b). D'Ambrosio e Coletti (2002) illustrano diversi esempi di situazioni in cui il problema di parlare non può rientrare in una diagnosi di mutismo selettivo, pur evidenziandosi una sovrapposizione col disturbo sul piano comportamentale. Ad esempio, nei primi mesi di scolarizzazione molti bambini possono manifestare una marcata inibizione e la paura di parlare è spesso frequente nei bambini con disturbi della comunicazione o della fonazione, come accade ai balbuzienti dove la limitazione è strettamente legata all'evitamento strumentale per nascondere un linguaggio poco estetico. In altri casi l'atteggiamento restio alla comunicazione verbale deriva da una forte determinante ambientale, come in situazioni di importanti differenze socioculturali tra i bambini e il contesto sociale. Ne sono un esempio chiaro gli immigrati o i bambini socialmente e culturalmente molto svantaggiati abituati ad esprimersi con uno stile esclusivamente dialettale. Altro caso particolare sono i bambini bilingui o esposti a più lingue oltre quella nativa. In tal caso Toppelberg (2005) e Toppelberg et al. (2005) sottolineano che è possibile fare diagnosi di mutismo nei casi di bilinguismo solo se il comportamento mutacico persiste per almeno sei mesi e si manifesta in entrambe le lingue (nativa e non nativa).

Ai fini di una diagnosi differenziale, Gordon (2001) sottolinea che quando si osserva un comportamento mutacico in un bambino deve essere considerata anche la possibilità di eventuali cause organiche, come complicazioni (permanenti o transitorie) che coinvolgono specifiche parti del cervello, quali il cervelletto. Alcuni studi meno recenti hanno osservato la presenza di disturbi del linguaggio dopo lesioni al cervelletto e specifici episodi di mutismo dopo operazioni chirurgiche nell'area della fossa posteriore. Infatti, ricerche parallele che hanno esaminato 21 bambini che avevano subito nei primi 4 anni di vita operazioni chirurgiche nella fossa posteriore per la presenza di un tumore, hanno rilevato in 6 soggetti un mutismo post operatorio (definito appunto per questo "sindrome della fossa posteriore") (Janssen et al. 1998; Riva e Giorgi 2000). Nessuno di questi bambini aveva presentato prima dell'intervento problemi nell'area linguistica e le tappe di sviluppo erano state regolari. Al problema del mutismo era spesso associata in questi bambini anche una labilità emotiva più o meno importante. Il mutismo post operatorio perdurava da pochi giorni ad alcuni mesi nei diversi bambini, ma in tutti si era osservata una remissione totale del problema linguistico legato al mutismo (Jansen et al. 1998; Riva e Giorgi 2000). L'esclusione di ulteriori fattori organici e/o socio/ambientali, di sviluppo, è legata necessariamente ad un protocollo che prevede un'anamnesi, un assessment e una valutazione approfonditi che coinvolgono non solo il bambino che presenta il comportamento mutacico, ma anche e soprattutto i genitori e gli adulti che interagiscono significativamente con lui.

Epidemiologia e decorso

L'età d'insorgenza del MS si colloca tipicamente tra i 3 e i 6 anni (Schwartz et al. 2006), anche se il disturbo come tale è realmente individuato e riconosciuto generalmente solo in età scolare tra i 6 e gli 8 anni (Vecchio e Kearney 2005a; Vecchio e Kearney 2006b; Black e Uhde 1992; Powell e Dalley 1995; Ford et al. 1998; DSM-IV-TR 2000; Steinhausen et al. 2006; Sloan 2007). I genitori di questi bambini spesso riferiscono in età prescolare (tra i 3 e i 5 anni) manife-

stazioni d'ansia, con difficoltà di separazione (ansia da separazione) che nel tempo sembrano strutturarsi specificatamente in un'ansia di natura sociale. La difficoltà e la rarità di diagnosi precoci di MS sono in genere legate e in parte spiegate dal fatto che alcune condotte nei bambini vengono meglio tollerate e accettate nei primi anni della scuola materna sia dai genitori che dagli insegnanti. I genitori infatti tendono spesso a sottovalutare il mutismo del proprio bambino in età prescolare attribuendolo a caratteristiche del temperamento, a semplice timidezza e comunque ad uno stato transitorio che con il crescere dell'età tenderà a scomparire (Kumpulainen et al. 1998; Vecchio e Kearney 2005). Successivamente, quando si inizia a considerare l'inserimento nelle scuole elementari, la persistenza del comportamento mutacico inizia ad allarmare comprensibilmente famiglia ed istituzioni (Standart e Le Couter 2003). Nella scuola elementare, infatti, diventano più chiari ed evidenti l'interferenza con gli apprendimenti, l'integrazione e la disparità con la maggioranza dei pari (D'Ambrosio e Coletti 2002; Bissoli 2003a; Bissoli 2007b; Steinhausen et al. 2006; Sloan 2007). Ne consegue che l'attenzione e la sensibilità al problema da parte delle insegnanti della scuola dell'infanzia diventa un aspetto fondamentale se si considera l'importanza che può avere una diagnosi e un intervento precoci (Schwartz e Shipon-Blum 2005).

Il MS sembra essere un disturbo relativamente raro che si manifesta con un'incidenza maggiore tra le bambine rispetto ai bambini (2:1) (Cunningham et al. 2006; Kristensen 2000). Nonostante non ci siano studi epidemiologici sistematici basati su ampi campioni nazionali o internazionali sufficienti per avere una stima obiettiva dell'incidenza di questo disturbo (Sharon et al. 2006), da alcuni lavori emerge un'incidenza approssimativa che si aggira intorno a .75 % (Elizur e Perednik 2003). Anche Bergman et al. (2002) riportano valori inferiori all'1 % della popolazione. In uno screening tra i 7 e i 15 anni in scuole Svedesi Kopp e Gillberg (1997) trovarono un'incidenza di 18 bambini con diagnosi mutismo selettivo su 10.000 bambini, anche se risultavano 89 i bambini che mostravano un temperamento schivo e reticente, pur se non soddisfavano i criteri per un mutismo. Dati clinici e di letteratura descrivono alcuni casi di MS in coppie di gemelli, ma i dati non sono sufficienti a sostenere l'ipotesi che il mutismo occorra più frequentemente tra i gemelli (monozigoti o dizigoti) rispetto ai singoli nati (Segal 1999a; Segal 2003b).

Anche rispetto all'evoluzione del MS ci sono pochi dati (Sharon et al. 2006). I risultati di alcuni lavori su bambini con questa diagnosi a cavallo tra l'età prescolare e scolare riferiscono un decorso verso una cronicizzazione del disturbo in un sostanziale numero di bambini, mentre in altri una graduale remissione, anche se tra questi bambini si continuano ad osservare chiari disagi nel parlare in determinate situazioni per tutta l'età scolare e la fanciullezza, soprattutto al confronto con i pari (Remschmidt et al. 2001; Bergam et al. 2002; Steinhausen et al. 2006). Di recente Capozzi et al. (in press) hanno osservato che il miglioramento nella capacità di parlare si presenta più frequentemente in concomitanza di un passaggio significativo nella vita del bambino con MS, quale può essere ad esempio il trasferimento in una nuova scuola (dalle elementari alle medie). Sembra infatti che la possibilità di interagire con persone nuove che non conoscono il loro problema possa facilitare in qualche modo il cambiamento.

Eziologia: condizioni di rischio e vulnerabilità

Anche l'ipotesi eziologica si è modificata nel corso degli anni (Bissoli 2003a; Bissoli 2007b). Le cause specifiche alla base dello sviluppo del MS sono attualmente oscure (Sloan 2007). Per certo l'ipotesi primordiale - sostenuta dalle teorie psicomodinamiche e sistemico-familiari - secon-

do la quale il MS sia una semplice conseguenza di un trauma o di un conflitto intrapsichico irrisolto e che quest'ultimo possa giocare un ruolo significativo nel causare il disturbo, è stata abbandonata da molto tempo (Gordon 2001). Infatti, ricercatori e clinici non riscontrano quasi mai dalla storia evolutiva e clinica dei bambini con diagnosi di MS particolari esperienze traumatiche (familiari, personali, ambientali) avvenute prima dell'esordio del disturbo e che sembrano aver determinato il comportamento mutacico. Allo stesso modo, ciò non significa che un'esperienza traumatica (soprattutto se drammatica) vissuta dal bambino non può essere un fattore scatenante il disturbo (Gordon 2001). Ad esempio, Szabo (1996) aveva seguito una bambina di 5 anni che aveva iniziato a presentare un mutismo a seguito dell'omicidio della madre. Da quel giorno la bambina smise di parlare con gli altri, mentre riprendeva a parlare spontaneamente solo davanti alla tomba della madre (rivolgendosi ad essa). In realtà, l'autore sottolinea che un'analisi più accurata nel contesto familiare aveva evidenziato che anche prima della morte della madre la bambina non era mai stata particolarmente loquace ed i suoi familiari la descrivevano come un tipo molto timido e chiuso (Gordon 2001). L'episodio della morte traumatica della madre può essere stato sicuramente un evento di scompensamento alla base della comparsa del MS.

Studi più recenti concordano per un'ipotesi *multifattoriale* (Sharon et al. 2006; Freeman et al. 2004) che vede alla base dell'eziologia del disturbo molto probabilmente l'interazione tra molteplici fattori, tra quelli più prettamente biologici/costituzionali (primariamente temperamentali) e quelli ambientali, più nello specifico, socio-culturali e familiari (livello culturale basso, scarsa socializzazione della famiglia, famiglie ansiose e chiuse, irretimento genitore-bambino, dipendenza genitoriale). L'interazione di queste diverse variabili può costituire per ciascun bambino una specifica condizione di rischio a sviluppare un comportamento di mutismo e quindi determinare una predisposizione all'esordio e allo sviluppo di questo disturbo. Questi fattori, quindi, nel loro insieme possono essere considerati degli indicatori e precursori di un'eventuale evoluzione verso una sintomatologia mutacica (Bissoli 2003a; Bissoli 2007b). A sostegno di questa ipotesi sono anche i lavori che hanno esplorato caratteristiche del MS ed efficacia terapeutica in coppie di gemelli (monozigoti e dizigoti). Tali lavori suggeriscono, infatti, che la gemellarità in presenza di ulteriori condizioni biologiche e ambientali spesso conseguentemente associate ad essa (ad esempio prematurità, stress materno, isolamento) sembrano avere un ruolo determinante nell'acutizzazione del disturbo di questi bambini e, quindi, nella resistenza al trattamento (Gray et al. 2002; Segal 2006; Sharkey e Nicholas 2006).

Studi recenti pongono l'attenzione sul peculiare temperamento e comportamento del bambino che sviluppa un mutismo selettivo (*predisposizione temperamentale*), che sembra coerente con il quadro dell'ansioso, timido, diffidente e riservato. Non è raro che i genitori riferiscano la presenza di difficoltà di alimentazione, del sonno, irrequietezza nella prima infanzia dei loro bambini (Capozzi et al. 2001; Krysansky 2003). Già Black e Uhde (1992) suggerivano che l'ansia sociale fosse un tratto costituzionale e universale tra i bambini con MS. In altri lavori hanno osservato una forte sovrapposizione tra mutismo e manifestazioni di apprensione, comportamenti di evitamento di situazioni nuove, non familiari e preferenza a stare da soli piuttosto che con gli altri (Bergam et al. 2002; Kristensen e Torgersen 2002). Manassis et al. (2007) trovano che, l'età, il grado di ansia sociale e le difficoltà nell'area linguistica (in particolare la comprensione grammaticale) predicono in modo significativo la severità e la prognosi del MS. Secondo gli autori questi fattori, infatti, spiegherebbero il 38 % della varianza relativa al livello di gravità del disturbo.

Diverse ricerche ipotizzano che il MS potrebbe essere meglio definito come un sintomo d'ansia che riflette diverse sottostanti condizioni di vulnerabilità. A tal proposito Kristensen

(2000) suggerisce che vulnerabilità legate a deficit comunicativi potrebbero essere alla base dei sintomi ansiosi espressi dalla maggior parte dei bambini con MS. Questa ipotesi sembra in parte supportata dai risultati emersi dagli studi sui bambini immigrati bilingui ove l'acquisizione della seconda lingua, a partire da una vulnerabilità biologica di base, diventa un fattore aggiuntivo di rischio per lo sviluppo di un MS (Elizur e Perednik 2003). Sempre nell'ambito dell'ipotesi che il mutismo sia un disordine legato all'ansia con base biologica, Moldan (2005) ipotizza che alla base di questo disturbo ci sia uno specifico deficit nell'auto-regolazione (*self regulation*) interna dell'ansia e di altri stati emotivi simili. La capacità di autoregolazione permette al bambino di controllare e orientare l'*arousal* interno rispetto agli scopi e ai contesti socialmente adeguati (Bronson 2000). Il bambino acquisisce e interiorizza gradualmente tali abilità di autoregolazione fin dalle prime fasi di sviluppo all'interno del sistema di regolazione diadica, come ad esempio le routine sociali e l'uso del linguaggio, mediante i quali sperimenta la condivisione di significati e costruisce concetti e rappresentazioni stabili. I bambini con MS potrebbero avere difficoltà ad affrontare situazioni sociali nuove, sconosciute, dato che queste provocano naturalmente una maggiore attivazione del livello di *arousal neurovegetativo* che non riescono ad affrontare e che provoca loro un forte disagio interno, ansia e paura. Di fronte a questo "pericolo percepito" la reazione comportamentale di questi bambini è l'evitamento e il ritiro fisico e verbale, che se ripetuti nel tempo potrebbero diventare strategie abituali e funzionali al bambino nelle situazioni che provocano in lui particolare ansia. In tal senso il "congelamento" della produzione verbale può essere letto, quindi, non tanto come un comportamento manipolatorio e controllante, ma piuttosto come una strategia di difesa di fronte all'incapacità di affrontare le richieste dell'ambiente.

Rispetto alle variabili familiari molti lavori evidenziano che le relazioni dei bambini con MS con i loro genitori sono fortemente invischiate (Steinhausen e Adamek 1997; Capozzi et al. 2001; Vecchio e Kearney 2005a; Vecchio e Kearney 2006b). Inoltre, le famiglie di questi bambini sono generalmente molto isolate sul piano sociale, con poche relazioni esterne al nucleo familiare. Anche i genitori di questi bambini sono spesso descritti come persone schive, eccessivamente timide e con tratti depressivi (Kristensen e Torgensen 2001). Non è infrequente che uno o entrambi i genitori di bambini con mutismo abbiano alle spalle una storia familiare di timidezza patologica (se non proprio diagnosi pregressa di mutismo), un disturbo d'ansia o una fobia sociale. Tale associazione suggerisce la presenza di una familiarità ad un temperamento particolarmente timido e ansioso che predispone e contribuisce allo sviluppo di una sintomatologia mutacica, in presenza di specifici fattori ambientali (Dow et al. 1995; Sloan 2007). La valutazione di un'eccessiva timidezza sembra essere molto simile tra le diverse culture, identificata come un aspetto che in qualche modo influisce sul benessere della persona, sullo "star bene" (Zimbaro e Radl 2001). In un lavoro recente di follow-up Capozzi et al. (in press) hanno osservato 12 bambini con MS di età tra i 4 e i 9 anni, utilizzando lo stesso protocollo psicodiagnostico ed effettuando parallelamente un follow-up alla coppia genitoriale. I dati hanno evidenziato una significativa similarità tra il profilo di personalità dei bambini (ansiosi, timidi, inibiti, oppositori) e dei loro genitori (taciturni, difficoltà a comunicare, tratti ansiosi-depressivi). Generalmente, infatti, i bambini con MS sviluppano con i propri genitori e in particolare con la madre uno stile di *attaccamento insicuro di tipo dipendente* (pattern C), come spesso avviene nelle famiglie con disturbi d'ansia. Lo stato emotivo ansiogeno del genitore alla base del legame di dipendenza sviluppa gradualmente nel bambino una paura verso la realtà sociale esterna non familiare (quale ad esempio la scuola), senso di incapacità e inefficacia, per cui la presenza del *caregiver* diventa necessaria nell'affrontare qualsiasi situazione. Nelle situazioni nuove il bambino tenderà a non allontanarsi dal genitore del quale cercherà rassicurazione. L'assenza del genitore,

infatti, provoca nel bambino uno stato di allarme per un pericolo percepito come non affrontabile da solo. L'atteggiamento del genitore eccessivamente protettivo e ansioso con il bambino e controllante e schivo verso il mondo esterno non permette al bambino una graduale separazione-individuazione mediante i normali processi esplorativi e relazionali (Tatem e Del Campo 1995; Bissoli 2003a; Bissoli 2007b; Cunningham et al. 2006). È importante sottolineare che, all'interno di un approccio che vede lo sviluppo del MS come prodotto dell'interazione tra fattori biologici e ambientali, la presa in carico di un bambino con questa problematica non può escludere assolutamente la valutazione delle specifiche dinamiche familiari in cui è inserito (Bissoli 2003a; Bissoli 2007b; Sharkey e Nicholas 2006; Capozzi et al. (in press).

Caratteristiche del mutismo selettivo: comportamenti, stati emotivi e variabili cognitive

A tutt'oggi la maggior parte dei clinici e dei ricercatori concordano che le manifestazioni associate al mutismo di natura psicogena (MS) siano in qualche modo correlate a diversi aspetti che rientrano nell'ambito dei disturbi d'ansia, in riferimento ad un ampio repertorio di emozioni e comportamenti inquadabili come imbarazzo, timidezza, isolamento sociale e ritrosia (D'Ambrosio e Coletti 2002; Gordon 2001; Cohan et al. 2006). Come già discusso, il mutismo selettivo, infatti, si manifesta molto più frequentemente nei bambini timidi con ansia sociale che vivono in famiglie contraddistinte da tratti ansiogeni (Sloan 2007). L'ICD-10 inserisce il mutismo selettivo all'interno della categoria dei disturbi di attaccamento presentandola come una problematica caratterizzata da comportamenti disfunzionali in specifiche aree del funzionamento sociale ed evidenziando alcune componenti comportamentali correlate ad essa: ansia nelle relazioni sociali, chiusura, ipersensibilità al giudizio e oppositività. È pur vero, infatti, che la vulnerabilità della voce a causa di uno stato emotivo è ben nota in generale ai soggetti ansiosi, ma anche in persone generalmente non ansiose che occasionalmente possono vivere una condizione di emotività eccessiva. In alcuni bambini con MS si osservano condotte vischiose nei riguardi degli interlocutori selezionati, mentre, in ambiente domestico, possono essere presenti manifestazioni di collera, oppositività e un controllo eccessivo del comportamento altrui (D'Ambrosio e Coletti 2002). In altri lavori i bambini con mutismo selettivo sono stati descritti come inibiti, timidi, reticenti, depressi, paurosi e apprensivi (Kopp e Gillberg 1997; Kristensen 2001). Andersson e Thomsen (1998) confrontando 37 bambini con MS e 37 con disturbi d'ansia osservano che i bambini con MS sono spesso descritti come più sensibili e suscettibili al pianto, mentre non sembrano esserci differenze sul piano del comportamento oppositorio con i bambini con disturbi d'ansia. I tratti comportamentali tipici che in genere si osservano e che diversi autori spesso riportano nelle loro descrizioni sono: testa e spalle lievemente curvate in avanti, sguardo evasivo abbassato, braccia irrigidite stese lungo il corpo, sguardo fisso nel vuoto o volto "inespressivo" come se ignorassero l'altro. Quasi tutte le descrizioni fanno riferimento alla timidezza, all'inibizione o all'ansia. Come precedentemente discusso, il bambino con MS di fronte all'estremo allarmismo e allerta nell'affrontare le situazioni non familiari risponde primariamente con comportamenti di evitamento e ritiro (fisico e verbale) come unica strategia di difesa al forte disagio percepito. Allo stesso modo il comportamento del genitore e la relazione di attaccamento dipendente con esso costituiscono dei *fattori di mantenimento* e non fanno altro che accentuare l'ansia del bambino e consolidare le sue azioni di inibizione.

Ma quali sono gli stati mentali o i pensieri, le strutturazioni cognitive, che sembrano mediare gli stati emozionali e il comportamento tipico dei bambini con MS? Certamente la com-

preensione delle variabili cognitive che caratterizzano questi bambini è a tutt'oggi poco chiara, primariamente per l'estrema difficoltà che si incontra nell'esplorarle e rendere esplicite. Soprattutto quando si interagisce le prime volte con questi bambini è quasi sempre impossibile ottenere una verbalizzazione, il contatto visivo è quasi sempre molto limitato e l'inibizione comportamentale è importante. Il clinico o il ricercatore possono dunque ricavare informazioni sulle idee disfunzionali sottostanti attraverso l'osservazione comportamentale spontanea o utilizzando particolari strategie di valutazione non verbali (ad esempio mediante il disegno, il gioco, storie simulate con i burattini), che vengono scelte di volta in volta in base alle caratteristiche specifiche del singolo bambino e la relazione che si è riusciti ad instaurare con lui. In ogni caso l'esplorazione degli stati mentali del bambino alla base delle interpretazioni degli eventi che lo circondano rappresentano un aspetto fondamentale per capire il significato delle sue emozioni e dei suoi comportamenti (Kendall e Di Pietro 1995). Tuttavia è possibile ipotizzare nei bambini con MS alcuni nuclei disfunzionali, facendo riferimento ai tratti di similarità con i disturbi d'ansia (Bissoli 2003a; Bissoli 2007b): 1) *inadeguatezza e incapacità*: il bambino vive una costante attivazione di disagio con percezione di pericolo nelle situazioni non familiari e percezione di incapacità e di svalutazione personale; 2) *paura del giudizio altrui*: idea che gli altri giudicheranno sempre quello che dice e fa negativamente; 3) *vergogna e metaverogna*: paura di provare vergogna e mostrare agli altri di vergognarsi. Di qui, le distorsioni cognitive potrebbero essere: 1) *catastrofizzazione* (delle conseguenze dei propri errori); 2) *ipergeneralizzazione* (timore e percezione di incapacità in ogni ambito extrafamiliare); 3) *astrazione selettiva* (sulla propria incapacità); 4) *minimizzazione delle proprie risorse* (Kendall e Di Pietro 1995). Il bambino con MS, quindi, sembra essere particolarmente sensibile ai segnali, le attenzioni, gli sguardi che possono inviare le persone estranee. Nello specifico potrebbero avere una ipersensibilità alla critica e sentirsi a disagio nell'essere osservati o in generale quando sono al centro dell'attenzione, avendo paura di essere giudicati negativamente, derisi dagli altri proprio perché si autosvalutano, si percepiscono incapaci.

Comorbilità: mutismo selettivo e disturbi internalizzanti

Dati clinici e di ricerca rilevano una significativa associazione tra diagnosi di MS e quella dei disturbi dello spettro d'ansia, che rientrano tra i *problemi internalizzanti* dello sviluppo, in particolar modo il disturbo d'ansia generalizzato, il disturbo d'ansia da separazione, l'ansia sociale e la fobia sociale (Kopp e Gillberg 1997; Andersson e Thomsen 1998; Ford et al. 1998; Kristensen 2001; Vecchio e Kearney 2005; Cunningham et al. 2006). In generale i risultati indicano che circa il 90 % dei bambini con diagnosi di MS soddisfano anche i criteri per la fobia sociale e il disturbo evitante. Dummit et al. (1997) trovarono che su 50 bambini con MS, 49 soddisfacevano anche i criteri della fobia sociale e del disturbo evitante, mentre solo un bambino rientrava anche all'interno dei criteri per un disturbo del comportamento di tipo *esternalizzante* (oppositorio-provocatorio). Yeganeh et al. (2003) osservano molte sovrapposizioni tra gli specifici sintomi e tratti che si individuano nel MS e nella fobia sociale. Proprio per questa importante similarità e comorbilità con i disturbi internalizzanti, alcuni autori inquadrano il MS come una particolare sottocategoria del disturbo d'ansia o della fobia sociale, ovvero una peculiare e "inusuale" espressione della sintomatologia ansiosa di tipo sociale in cui prevale l'inibizione verbale (Stein et al. 1999; Anstendig 1999). Un'ipotesi del genere ha un impatto importante sulla concettualizzazione del MS come categoria diagnostica indipendente e a se stante, pur se con una sovrapposizione sintomatologia con alcuni problemi internalizzanti. Purtroppo la com-

preensione dei tratti discriminanti la diagnosi di MS è strettamente legata agli studi disponibili in letteratura e ai loro limiti metodologici, in particolare rispetto al campione (scarsa numerosità dei soggetti, assenza gruppi di controllo, diversità nell'età dei bambini selezionati) e ai metodi di valutazione utilizzati (non uso sistematico di strumenti standardizzati) (Vecchio e Kearney 2005a; Vecchio e Kearney 2006b). Di recente Manassis et al. (2007) hanno osservato che, al confronto con i bambini con disturbi d'ansia, i bambini con MS (dai 6 ai 10 anni) ottengono punteggi significativamente più bassi nelle abilità linguistiche, deficit di memoria e una maggiore ansia sociale.

La maggior parte degli studi, inoltre, analizza i bambini con MS come un gruppo diagnostico omogeneo, senza prendere in considerazione le peculiari differenze che si osservano tra i bambini con questa stessa diagnosi, soprattutto per quel che riguarda il grado di severità in cui si può presentare la sintomatologia mutacica (Cunningham et al. 2006; Yeganeh et al. 2006; Manassis et al. 2007). Mentre, infatti, ci sono diversi lavori in letteratura che analizzano le differenze sul piano diagnostico e prognostico tra bambini e adolescenti con fobia sociale specifica e generalizzata, evidenziando l'importanza di questa distinzione anche a scopi terapeutici (Chavira et al. 2004), sono quasi assenti lavori a riguardo per i bambini con MS (Cunningham et al. 2006). Al fine di esaminare la relazione tra mutismo e ansia, Vecchio e Kearney (2005) hanno analizzato un gruppo di 45 bambini tra i 4 e i 10 anni suddivisi in 15 con diagnosi di MS (criteri DSM-IV), 15 con diagnosi di disturbo d'ansia (DA) ma non di MS (criteri DSM-IV) e 15 bambini di controllo (GC, in assenza di diagnosi per MS e DS). Diversamente dai lavori precedenti la diagnosi di comorbidità e l'analisi dei problemi internalizzanti/esternalizzanti tra i gruppi è stata effettuata mediante un protocollo di valutazione su diverse misure: interviste diagnostiche strutturate con genitori e bambini, un questionario standardizzato per i genitori (*Child Behavior Checklist*, CBCL, Achenbach 1991a; Achenbach 1991b) e una scala sull'ambiente familiare (*Family environment Scale*, FES, Moss e Moss 1986). A conferma dei lavori precedenti, i risultati di questo lavoro evidenziano che i bambini con MS assomigliano molto ai bambini con DA, dato che entrambi i gruppi clinici, al confronto con i controlli (GC), ottengono punteggi molto simili per i problemi internalizzanti. Tutti i bambini con MS hanno ricevuto anche una diagnosi in comorbidità con il disturbo d'ansia sociale e il 53% in comorbidità con l'ansia generalizzata. Infine, analisi post-hoc non evidenziano differenze significative tra i tre gruppi (MS, DS, GC) rispetto alle diagnosi di disturbo oppositorio o deficit di attenzione e/o iperattività. Infatti, nonostante alcuni studi osservino tra i bambini con MS anche la presenza di comportamenti oppositori/provocatori, l'associazione tra MS e i problemi esternalizzanti è molto più rara rispetto a quella con i tratti internalizzanti (Kristensen 2001; Capozzi et al. in press).

In un lavoro più recente Cunningham et al. (2006) hanno applicato la stessa distinzione diagnostica della fobia sociale tra generalizzata e non generalizzata allo studio dei bambini con MS. Utilizzando un campione relativamente più ampio di 110 bambini con MS gli autori hanno confrontato tre gruppi con diversa severità del disturbo: 1) 28 bambini con MS specifico (*specific mutism*) il cui comportamento mutacico era presente primariamente a scuola con le insegnanti; 2) 30 bambini con MS generalizzato (*generalized selective mutism*) il cui comportamento mutacico si manifestava in più situazioni sociali: con i pari, le insegnanti e altri adulti non familiari; 3) 52 bambini di controllo. Lo scopo del lavoro è stato quello di esaminare tre ipotesi già analizzate e discusse in diverse ricerche sulla fobia sociale: 1) I bambini con MS generalizzato mostrano una maggiore comorbidità con i problemi internalizzanti rispetto ai bambini con MS specifico e rispetto ai bambini di controllo? Infatti, nonostante i bambini con MS siano più ansiosi dei controlli, il livello di ansia varia considerevolmente da bambino a bambino. Ad esempio, Chavira et al. (2004) riportano che i bambini con fobia sociale generalizzata presentano più comorbidità

con i disturbi d'ansia e depressione; 2) I bambini con MS generalizzato mostrano maggiore comorbidità per i problemi esternalizzanti rispetto ai bambini con MS specifico e ai bambini di controllo? Dato che si osservano risultati spesso contrastanti tra i diversi lavori riguardo la presenza di problematiche esternalizzanti tra i bambini con MS, è possibile che tali differenze siano legate al grado di severità in cui si manifesta il disturbo. Chavira et al. (2004) trovano una frequenza maggiore di deficit di attenzione e iperattività (DDAI) e di disturbi oppositori/provocatori tra i bambini con fobia sociale generalizzata e quasi per niente tra quelli con fobia sociale specifica; 3) I bambini con MS generalizzato mostrano deficit più importanti nelle competenze sociali rispetto agli specifici e ai controlli? Cunningham et al. (2006) trovano che, nonostante genitori e insegnanti di entrambi i bambini con mutismo (specifico e generalizzato) riportino punteggi più alti alla fobia sociale e all'ansia rispetto ai controlli, i bambini con mutismo generalizzato risultano più ansiosi, ossessivi, più tendenti a sviluppare disturbi psicosomatici, più depressi dei bambini con mutismo specifico. Sembra, infatti, che i bambini con MS generalizzato abbiano un livello maggiore di stress sul piano socio-emotivo per il fatto di avere meno opportunità di esposizione ad altre situazioni sociali che potrebbero aiutarli a ridurre l'ansia anticipatoria. Inoltre, un maggiore isolamento aumenta il rischio di sintomi depressivi. Come riportato da genitori e insegnanti, tutti i bambini con mutismo evidenziano più difficoltà sia nelle abilità sociali verbali che non verbali presentate a scuola e a casa rispetto ai controlli, ma non emergono differenze significative tra i due gruppi di mutismo (specifico e generalizzato). Infine, Cunningham et al. (2006) trovano che al mutismo generalizzato non sono associati problemi esternalizzanti, dato che non emergono differenze significative tra i tre gruppi di bambini.

Linee generali d'intervento e strategie cognitivo-comportamentali

Sebbene non ci siano in letteratura studi sistematici sull'efficacia dei diversi protocolli e programmi di intervento con i bambini con MS, le ricerche presenti e dati clinici suggeriscono una notevole efficacia dell'approccio comportamentale e cognitivo e ciò è spiegato anche dal fatto che lo stesso modello sembra funzionare molto bene nelle terapie per i disturbi d'ansia in età evolutiva (Kendall e Di Pietro 1997; Bissoli 2003a; Bissoli 2007b; Cunningham 2000; D'Ambrosio e Coletti, 2002; Mendlowitz 2005; Sharon et al. 2006).

Il trattamento più efficace per il MS sembra, infatti, quello orientato primariamente alla riduzione dell'ansia sociale di questi bambini e per questo diventa importante individuare in primo luogo le specifiche dinamiche comportamentali e cognitive che caratterizzano il mutismo di ogni singolo bambino. Come già discusso, gli aspetti più complessi che ruotano intorno al MS sono i circoli disfunzionali che non fanno altro che consolidare nel bambino la condizione emotiva legata all'ansia, i pensieri di autosvalutazione, la paura della vergogna e lo rendono sempre più inibito e isolato, povero nelle abilità socio-cognitive, incapace di creare relazioni sociali, di codificare correttamente e prevedere i comportamenti altrui (D'Ambrosio e Coletti, 2002). L'obiettivo principale (o almeno iniziale), dunque, non è propriamente "far parlare il bambino", ma consentirgli di sentirsi più rilassato e a suo agio con il terapeuta e con gli adulti che lo circondano. Diventa fondamentale, infatti, che il terapeuta, insieme alla scuola e ai genitori, programmi un lavoro comune per aiutare il bambino a superare il MS, da mettere in pratica gradualmente e negli ambiti della sua vita quotidiana. Ciò significa che l'intervento deve essere effettuato non solo a livello individuale mediante la terapia con il bambino, ma anche in ambito familiare e in ambito scolastico. Alcuni autori descrivono diverse strategie comportamentali che genitori e insegnanti dovrebbero conoscere e cercare di utilizzare nella pratica quotidiana dato che posso-

no contribuire in generale all'interruzione o diminuzione di circoli viziosi, dell'ansia e quindi in generale della sintomatologia. La psicoeducazione di genitori e insegnanti è infatti una chiave fondamentale per un intervento efficace con questi bambini (Tatem e DelCampo 1995). Un luogo comune errato relativo al MS è quello ad esempio di attribuire a questi bambini una certa intenzionalità/volontà nel mantenere il loro silenzio e non è infrequente che questa convinzione induca i familiari e gli insegnanti ad assumere un atteggiamento "arrabbiato" e "punitivo" con il bambino, creando intorno a lui non un ambiente emotivo favorevole, ma un clima di pressione e colpevolizzazione che, contrariamente alle intenzioni, tende a rinforzare i comportamenti inibiti e l'ansia sociale. È consigliabile, invece, che di fronte al comportamento mutacico del bambino i genitori adottino un "atteggiamento neutrale", evitando di costringerlo a parlare attraverso punizioni o eccessive pressioni e allo stesso tempo non sostituendosi a lui ma incoraggiarlo ad utilizzare anche modalità comunicative non verbali (gestualità, disegni). I rinforzi positivi sono importanti quando il bambino tenta di comunicare (verbalmente o non) con gli estranei ma è importante anche non mostrare "eccessivo entusiasmo" che focalizza l'attenzione su di lui. Anche gli insegnanti dovrebbero avere come scopo principale quello di mettere il bambino il più possibile a proprio agio nella classe promuovendo un clima di fiducia e tranquillità, incoraggiandolo con il linguaggio non verbale. Risulta fondamentale, inoltre, da parte della famiglia e della scuola implementare le relazioni sociali intorno al bambino, individuando ad esempio i coetanei più adatti con cui far giocare il bambino, che riescono a comunicare con lui in vari modi e pianificare attività in piccoli gruppi che stimolino la socializzazione dove non siano necessarie esclusivamente attività di tipo verbale (D'Ambrosio e Coletti 2002).

Una delle componenti essenziali della prospettiva comportamentale è l'impiego di strategie basate primariamente sulla gestione delle conseguenze dei comportamenti mediate *tecniche di rinforzo positivo* al fine di incrementare la probabilità di comparsa dei comportamenti comunicativi desiderati. In diversi lavori sono descritti l'uso e l'efficacia di diverse tecniche di tipo comportamentale finalizzate ad incrementare gradualmente le verbalizzazioni del bambino negli ambiti più problematici (Sharon et al. 2006). Tra questi, diversi autori riportano risultati positivi per le tecniche denominate (rinforzo contingente), "systematic desensitization" (desensibilizzazione dello stimolo) e "self-modeling" (Masten et al. 1996; Gordon 2001; Compton et al. 2004). La tecnica "contingency management" consiste in rinforzi positivi applicati per la prima volta su specifici comportamenti verbali del bambino e successivamente ampliati gradualmente a più comportamenti, ad un maggior numero di persone e di ambiti coinvolti, mediante un programma di generalizzazione, cioè estensione delle condotte comunicative corrette a nuovi stimoli (D'Ambrosio e Coletti 2002). Ad esempio, come spesso accade, se il bambino all'inizio parla solo a casa, ma non a scuola, un primo passo potrebbe essere quello di far venire a casa del bambino qualche compagno di classe. Successivamente, altri compagni e/o le insegnanti potrebbero gradualmente inserirsi nel gruppo (Moldan 2005). La tecnica della desensibilizzazione dello stimolo consiste in una serie di esposizioni immaginarie e/o reali a situazioni gradualmente sempre più ansiogene per il bambino e sembra avere successo soprattutto nel contesto scolastico per ridurre l'ansia legata alla relazione con i pari e le insegnanti (Compton et al. 2004). Anche il "self-modeling" sembra essere una tecnica utile per alcuni bambini con MS e basata sul principio dell'autorinforzo (Blum et al. 1998; D'Ambrosio e Coletti 2001). Consiste nell'audio e/o nel video registrare il bambino che parla in situazioni in cui precedentemente manifestava il comportamento mutacico, al fine di elicitare l'autovalutazione positiva e implementare la fiducia sulle sue capacità verbali e relazionali.

Le tecniche più propriamente cognitive hanno l'obiettivo principale di modificare il pensiero disfunzionale (convinzioni irrazionali) sottostante il disturbo emotivo e comportamentale

del bambino con MS (“ristrutturazione e modificazione delle strutture cognitive”) e di conseguenza di ridurre gli stati mentali di “catastrofizzazione”, “ipergeneralizzazione” e “attenzione selettiva” alla base dell’interpretazione degli eventi. Data l’inibizione verbale, solo attraverso tecniche di gioco e/o con il disegno il terapeuta può esplorare le reali e sottostanti emozioni e credenze. Spesso i bambini con MS presentano una povertà nell’attribuzione delle emozioni proprie e altrui, mostrando un repertorio molto ridotto per descrivere le emozioni percepite. Per questo l’intervento di modificazione dei pensieri disfunzionali è strettamente legato a programmi educativi sul riconoscimento, espressione e gestione delle emozioni per implementare la capacità di riconoscerle, saperle denominare e riflettere sul loro rapporto con gli eventi e i comportamenti conseguenti (Di Pietro 1992). Tali strategie hanno anche la funzione di sviluppare nel bambino con MS una autonomia di riflessione e conoscenza di sé, delle sue abilità sociali, delle proprie emozioni e dei propri comportamenti (abilità metacognitiva) (Bissoli 2003a; Bissoli 2007b; D’Ambrosio e Coletti 2002). Le tecniche di “ristrutturazione cognitiva” si basano su strategie “controargomentative” e di riformulazione dei pensieri disfunzionali attraverso situazioni di *role-playing* e simulazioni di diverse situazioni reali o immaginarie che provocano in genere disagio nel bambino (attraverso il disegno, i burattini o lettura di storie), in cui proporre interpretazioni e conseguenze alternative rispetto ad eventi e stati mentali propri e altrui. Già Shure e Spivak (1978) sottolineavano l’importanza di insegnare al bambino a pensare varie alternative prima di dare una risposta a situazioni interpersonali problematiche, immaginando la sequenza degli eventi che possono scaturire rispetto alle diverse soluzioni ipotizzate. In tal senso anche le tecniche di *problem solving e training sulle abilità sociali* sono strettamente finalizzate ad incrementare la consapevolezza del bambino delle situazioni problematiche, ad implementare l’autogestione delle emozioni e dei comportamenti alternativi e, quindi, a modificare l’interpretazione del problema. Focalizzandosi sulle difficoltà nell’area sociale del bambino il terapeuta può guidarlo in sintesi a: 1) Riconoscere gli elementi della situazione che sono percepiti come problematici; 2) Ipotizzare comportamenti diversi da quelli solitamente prodotti per risolvere il problema; 3) Scegliere le condotte che meglio soddisfino la soluzione del problema e applicare il pensiero consequenziale; 4) Mettere in pratica le soluzioni scelte e verificarne l’efficacia (D’Ambrosio e Coletti 2002).

Considerazioni conclusive: riflessioni cliniche e di ricerca

Nonostante negli ultimi anni sia incrementato l’interesse per il mutismo selettivo, la scarsa esplorazione sia in ambito clinico che di ricerca ha sicuramente influito sulla comprensione e conoscenza approfondita di questo disturbo rispetto alle sue caratteristiche peculiari e distintive (diagnosi differenziale e sottocategorie), alla comparsa e individuazione (diagnosi precoce), alla sua evoluzione (prognosi) e, di conseguenze, alle strategie di intervento più efficaci per questi bambini (terapia). Allo stato attuale, dati clinici e di ricerca, suggeriscono una stretta similarità tra il mutismo selettivo e l’ansia sociale e/o la fobia sociale tanto da considerarlo un sottotipo dei disturbi dello spettro ansioso, ipotizzando l’assenza di una reale categoria diagnostica indipendente per il MS. Nel sistema diagnostico corrente (APA 2000) il mutismo selettivo è inserito sotto “altri disordini dell’infanzia, fanciullezza e adolescenza”, attribuendo implicitamente al disturbo una natura poco chiara e consolidando l’idea che sia un tipo di disturbo d’ansia sociale e non un set eterogeneo di disordini a se stanti (Vecchio e Kearney 2005a; Vecchio e Kearney 2006b). Allo stesso modo, la frequente sovrapposizione di sintomi e/o la comorbidità con i disturbi d’ansia osservata nei bambini con mutismo selettivo non esclude la presenza di

tratti distintivi per questo disturbo che ne specificano la concettualizzazione diagnostica (Garcia et al. 2004; Yeganeh et al. 2006). Una possibile riconcettualizzazione del MS è strettamente legata all'incremento di studi più sistematici su campioni più ampi che mettano a confronto e analizzino i bambini con mutismo selettivo con i bambini con diversi disturbi d'ansia (in particolare ansia sociale e fobia sociale) mediante metodi di valutazione il più possibile strutturati e strumenti diagnostici standardizzati (Kristensen 2001; Vecchio e Kearney 2005a; Vecchio e Kearney 2006b; Cunningham et al. 2006).

Un altro aspetto importante riguarda le differenze individuali che si osservano tra i bambini con mutismo selettivo e la necessità individuare e distinguere sottocategorie specifiche all'interno del disturbo, in relazione a diversi aspetti quali l'entità dei sintomi, il livello di generalizzazione ai diversi ambiti di vita sociale (Mannasis 2003; Cunningham 2006; Cohan et al. 2007, Mannasis 2007). Sembra, infatti, che il mutismo generalizzato (che coinvolge più situazioni sociali del bambino) sia una variante più grave di mutismo selettivo, caratterizzata dalla presenza di un numero maggiore di problemi internalizzanti e un rischio generale più importante che compromette anche la possibilità di un intervento efficace. Una conoscenza delle caratteristiche peculiari di questo disturbo e delle sue varianti assume un significato importante soprattutto sul piano clinico rispetto all'iter diagnostico e terapeutico. Infatti, il terapeuta potrebbe avere la possibilità di scegliere in modo più oculato sia gli strumenti di assessment e di valutazione diagnostica che le strategie di intervento più mirate (Vecchio e Kearney 2005a; Vecchio e Kearney 2006b; Cunningham et al. 2006). La possibilità di migliorare e modificare la sintomatologia per un bambino con MS è strettamente legata a diverse variabili. Da una parte sembrano avere un ruolo importante l'età della diagnosi, l'intervento precoce e mirato alle specifiche caratteristiche del disturbo. Dall'altro la collaborazione tra genitori, insegnanti e terapeuti negli ambiti di vita sociale del bambino sembra indispensabile per ottimizzare gli effetti di un programma terapeutico. Come documentato in letteratura e in clinica, la maggior parte dei bambini con mutismo selettivo hanno un legame disfunzionale con la madre, che spesso è ansiosa, dominante e iperprotettiva.

In molti casi sono necessari cambiamenti negli stili e/o nelle aspettative genitoriali rispetto al problema del bambino oppure terapie individuali o di coppia (Tatem e DelCampo 1995).

A tal proposito, pur se diversi lavori evidenziano l'efficacia di diverse tecniche cognitive e comportamentali sul bambino con MS, alcuni lavori recenti suggeriscono l'importanza, soprattutto per alcuni casi, di prediligere un approccio di tipo "multimodale", impostato su una combinazione di diverse tipologie d'intervento e/o su pacchetti di trattamento mirati al singolo caso che possano includere, oltre alle tecniche cognitive e comportamentali, anche la psicoeducazione genitoriale, la terapia familiare, specifiche strategie della moderna psicoanalisi (Moldan 2005; Jackson et al. 2005; Sharon 2006; Sloan 2007).

Riferimenti bibliografici

- Achenbach TM (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, University of Vermont, Department of Psychiatry
- Achenbach TM (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile*. Burlington, University of Vermont, Department of Psychiatry
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-III, 3th edn., text revision), American Psychiatric Association, Washington, DC
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-

- IV, 4th edn., text revision), American Psychiatric Association, Washington, DC
- Andersson CB e Thomsen PH (1998). Electively mute children: An analysis of 37 Danish cases. *Nord Journal of Psychiatry* 52, 231-238
- Anstendig KD (1999). Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification. *Journal of Anxiety Disorder* 13, 417-434
- Bergman RL, Piacentini J, McCracken JT (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41, 938-946
- Bissoli C (2003a). Il mutismo selettivo. In: Lorenza Isola e Francesco Mancini (a cura di). *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia dell'adolescenza*. Franco Angeli, Milano
- Bissoli C (2007b). Il mutismo selettivo. In: Lorenza Isola e Francesco Mancini (a cura di). *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia dell'adolescenza*. Franco Angeli, Milano
- Black B e Uhde TW (1995). Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34, 847-856
- Blum NJ, Kell RS, Starr HL, Lender WL, Bradley-Klug KL, Osbourne ML (1998). Case study: Audio feedforward treatment of elective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37, 40-43
- Bronson MB (2000). *Self-Regulation in Early Childhood Nature and Nurture*. The Guilford Press, New York
- Capozzi F, Casini MP, Fortugno S, Mazzei E, Pansini M, Piperno F (2001). Selective mutism: transgenerational secret or familial communicative style disorder? *Communication at 3rd European Congress of Child and Adolescent Psychopathology*, Lisbon
- Capozzi F, Piperno F, Penge R. Joint parent-child developmental study of selective mutism (in press)
- Chavira M, Stein K, Bailey K., Stein MB (2004) Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample. *Journal of Affective Disorders* 80, Issue 2-3, 163-171
- Cohan S, Chavira D, Stein MB (2006). Practitioner Review: Psychosocial Interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47:11, 1085-1097
- Compton Scott N, March J, Brent D, Albano AM, Weersing R, Curry J (2004). Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Anxiety and Depressive Disorders in Children and Adolescents: An Evidence-Based Medicine Review. *Journal of the American Academy of Child e Adolescent Psychiatry* 43(8), 930-959
- Cunningham CE, McHolm AE, Boyle MH (2006). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls. *European Child and Adolescent Psychiatry* 20, 1-11.
- D'Ambrosio M, Coletti B (2002). L'intervento cognitivo-comportamentale nel trattamento del mutismo selettivo, *I care* 27:3, 97-103
- Di Pietro M (1992). *L'educazione razionale-emotiva*. Erickson, Trento
- Dow SP, Sonies BC, Scheib D, Moss SE, Leonard HL (1995). Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34 (7), 836-846
- Dummit ES, Klein RG, Tancer NK, Asche B, Martin J, Fairbanks JA (1997). Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36, 653-660
- Elizur Y, Perednik R (2003). Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: A controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42, 1451-1459
- Ford MA, Sladeczek IE, Carlson J, Kratochwill TR (1998). Selective mutism: Phenomenological

- characteristics. *School Psychology Quarterly* 13, 192-227
- Freeman JB, Garcia AM, Miller LM, Dow SP, Leonard HL (2004). Selective mutism. In: Morris TL e March JS (Eds.). *Anxiety disorders in children and adolescents* (2nd edn, 280-301). Guilford Press, New York
- Garcia AM, Freeman JB, Francis G, Miller LM, Leonard HL (2004). Selective mutism. In: Ollendick TH e March JS (Eds.). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions* (433-455). Oxford University Press, New York
- Gordon N (2001). Mutism: elective or selective, and acquired. *Brain e Development* 23, 83-87
- Gray RM, Jordan CM, Ziegler RS, Livingston RB (2003). Two sets of twins with selective mutism: Neuropsychological findings. *Child Neuropsychology* 9 (3), 157-158
- Janssen G, Messing-Junger, AM, Engelbrecht V, Gobel U, Bock, WJ, Lenard HG (1998). Cerebellar mutism syndrome. *Clin Padiatric* 210, 243-247
- Kendall PC, Di Pietro M (1995). *Terapia scolastica dell'ansia*. Erickson, Trento
- Kopp S, Gillberg C (1997). Selective mutism: a population based study: a research note. *Journal Child Psychol Psychiatry*, 38, 257-262
- Kristensen H, Oerbeck B (2006). Is selective mutism associated with deficits in memory span and visual memory?: an exploratory case-control study, *Journal Dev Behav Pediatr*, 23, 71-76
- Kristensen H (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39, 249-256
- Kristensen H (2001). Multiple informants' report of emotional and behavioural problems in a nation-wide sample of selective mute children and controls. *European Child and Adolescent Psychiatry* 10, 135-142
- Kristensen H, Torgersen S. (2001). MCMI-II personality traits and symptom traits in parents of children with selective mutism: A case-control study. *Journal of Abnormal Psychology* 110, 648-652
- Kumpulainem K, Rasanen E, Raaska H, Somppi V (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child and Adolescent Psychiatry* 7, 24-29
- Manassis K, Fung D, Tannock R, Sloman L, Fiksenbaum L, McInnes A. (2003). Characterizing selective mutism: Is it more than social anxiety? *Depression and Anxiety* 18, 153-161
- Manassis K, Tannock R, Garland EJ, Minde K, McInnes A, Clark S (2007). The sounds of silence: language, cognition, and anxiety in selective mutism. *Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46(9), 1187-95
- Masten WG, Stacks JR, Caldwell-Colbert AT, Jackson JS (1996). Behavioral treatment of a selectively mute Mexican-American boy. *Psychology in the Schools* 33, 56-60
- McInnes A, Fung D, Manassis K (2004). Narrative Skills in Children With Selective Mutism: An Exploratory Study. *American Journal of Speech-Language Pathology* 13, 304-315
- Mendlowitz S. (2005). When cognitive behavioral therapy isn't enough. Paper presented at the 25th annual conference of the Anxiety Disorders Association of America, Seattle, WA
- Mendlowitz SL, Manassis K, Bradley S, Scapillato D, Miezitis S, Shaw BF (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 8, 1223-1229
- Moldan MB (2005). Selective mutism and self-regulation. *Clinical Social Work Journal* 33, 291-306
- OMS (1992): Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali (ICD-10), Masson, Milano
- Powell S, Dalley M (1995). When to intervene in selective mutism: The multimodal treatment of a case of persistent selective mutism. *Psychology in the Schools* 32, 114-123

- Remschmidt H, Poller M, Herpertz-Dahlmann B, Hennigause K, Gutenbunner C. (2001). A followup study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 251, 284–296
- Riva D, Giorgi C (2000). The cerebellum contributes to higher functions during development. Evidence from a series of children surgically treated for posterior fossa tumours. *Brain* 123:1051-1061
- Rye MS, Ullman D. (1999). The successful treatment of long-term selective mutism: A case study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 30, 313-323
- Schwartz RH, Shipon-Blum E (2005). “Shy” child? Don’t overlook. Selective Mutism. *Contemporary Pediatrics*, 22 (7), pp. 30-53
- Schwartz RH, Freedy AS, Sheridan MJ (2006). Selective mutism: Are primary care physicians missing the silence? *Clinical Pediatrics* 45, 43-48
- Segal NL (1999a). Silent partners: twins with selective mutism. *Twin Res. Journal Dev. Behaviour Pediatr.* 22, 235-239
- Segal NL (2003b). “Two” quiet: monozygotic female twins with selective mutism. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8, 473-488
- Sharkey L, Mc Nicholas F (2006). Female monozygotic twins with selective mutism-a case report. *J Dev Behav Pediatr.* 27(2), 129-133
- Sharon L, Cohan D, Chavira A, Stein MB (2006). Practitioner Review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47:11, 1085-1097
- Shure MB, Spivack (1978). *Problem-solving techniques in childrearing*. Jossey-Bass, San Francisco
- Sloan TL (2007). Family therapy with selectively mute children: a case study. *Journal of marital and Family Therapy* 33 (1), 94-105
- Standart S, Le Counter A. (2003). The quiet child: a literature review of selective mutism. *Child and Adolescent Mental Health*, 8, 154-160
- Steinhausen HC, Adamek R (1997). The family history of children with elective mutism: a research report. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 6, 107-111
- Steinhausen H, Juzi C (1996). Elective mutism: An analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 606-614
- Steinhausen HC, Wachter M, Laimböck K, Winkler Metzke C (2006). A long-term outcome study of selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 751-756
- Szabo CP (1996). Selective mutism and social anxiety. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35 (5) 555
- Tarantini LI, Maderna A (1992). Le parole del silenzio: riflessioni su un caso di mutismo elettivo. *Giornale di Neuropsichiatria dell’ Età Evolutiva* 12 (2)
- Tatem DW, DelCampo RL (1995). Selective mutism in children: A structural family therapy approach to treatment. *Contemporary Family Therapy* 17, 177-194
- Toppelberg C. (2005). Differential Diagnosis of Selective Mutism in Bilingual Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44 (6), 592-595
- Toppelberg CO, Tabors P, Coggins A, Lum K., Burger C. (2005). Differential Diagnosis of Selective Mutism in Bilingual Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 592-595
- Tramer M (1934). Elekitiver mutism be: Kindeen. *Zeitschrift for Kind Psychiatric* 1, 30-35
- Vecchio J, Kearney C (2005a). Selective mutism in children: comparison to youths with and without anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 27, 31-37
- Vecchio J, Kearney C (2006b). Selective Mutism in Children: A Synopsis of Characteristics, Assessment and Treatment. *Behavior Therapist* 29 (5), 102-103
- Wilkins, R. (1985). A comparison of elective mutism and emotional disorders in children. *British Journal*

- of Psychiatry* 146, 198-203
- World Health Organization (1992). *ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems*. Geneva: World Health Organization
- Yeganeh R, Beidel DC, Turner SM, Pina A, Silverman W. (2003). Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: an investigation of childhood psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42, 1069-1075
- Yeganeh R, Beidel DC, Turner SM, Pina AA, Silverman WK (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(9), 1069-1075
- Yeganeh R, Beidel D, Turner SM (2006). Selective Mutism: more than social anxiety? *Depression and Anxiety* 23 (3), 117-123
- Zimbardo PG, Radl SL (2001). *Il bambino timido. Comprendere e aiutare a superare le difficoltà personali*. Erickson, Trento
- Jackson MF, Allen RS, Boothe AB, Nava ML, Coates A. (2005). Innovative analyses and interventions in the treatment of selective mutism. *Clinical Case Studies*, 4, 81-112