

INTRODUZIONE

Lo studio della patologia in età evolutiva si è modellato ed è stato interpretato per lungo tempo alla luce delle conoscenze acquisite sul disagio e la psicopatologia degli adulti, trascurando le caratteristiche specifiche dell'infanzia e dell'adolescenza. La psicopatologia dello sviluppo viene definita come lo studio dell'origine dell'evoluzione degli schemi individuali dei comportamenti disadattivi e prende in considerazione l'epoca d'insorgenza, le cause, le trasformazioni delle manifestazioni comportamentali e il corso dello sviluppo nella sua complessità (Sroufe, Rutter, 1984).

In questa concezione di psicopatologia si considerano due aspetti importanti: quello delle deviazioni e distorsioni dello sviluppo che accadono durante il corso dello sviluppo e quello dei processi ad essi associati. Lo studio della psicopatologia, secondo questa prospettiva, si basa sulle transizioni e sulle sequenze dello sviluppo fisico, cognitivo, emozionale e sociale. Lo sviluppo è pertanto considerato come una serie di riorganizzazioni qualitative all'interno di un sistema e tra sistemi.

Il carattere di queste riorganizzazioni è determinato da fattori che sono in transizione dinamica l'uno con l'altro: genetico, costituzionale, fisiologico, psicologico, comportamentale, ambientale e sociale. Lo sviluppo psicopatologico viene considerato come *“una carenza d'interazione tra questi sistemi”*.

Sia la salute sia lo sviluppo patologico sono il risultato dell'interazione unica e distinta tra un organismo in cambiamento e il contesto ambientale (Ollendick, Grills, King, 2001).

La possibilità di comprendere le manifestazioni adattive e, soprattutto, psicopatologiche del bambino è realizzabile, in un'ottica evolutiva, attraverso la ricostruzione dei suoi processi evolutivi, che, mantenendo continuità e coerenza nel tempo, costituiscono l'itinerario di sviluppo unico e specifico per quel bambino in relazione alla tipologia delle relazioni instaurate con le figure di attaccamento, col suo ambiente familiare e sociale (Lambruschi, 1996).

La psicologia clinica ha enfatizzato, da sempre, aspetti rilevanti come la nosologia, il trattamento e le relazioni esistenti tra i fattori di rischio e la formulazione di una diagnosi ma ha trascurato di spiegare i processi relativi *“al come e al perché”* si arriva dai fattori di rischio ad una diagnosi e quali siano i processi evolutivi che sottendono l'emergenza di psicopatologia (Cicchetti, 1984; Cummings et al. 2000). Se si considera la patologia come un processo che si estende nel tempo (Cicchetti, 1989), è opportuno prestare attenzione allo studio contemporaneo dei comportamenti adattivi e disadattivi che possono indicare eventuali iter verso lo sviluppo di condizioni patologiche o sane (Rutter, 1987).

La prospettiva evolutiva e longitudinale, la continuità del funzionamento e l'attenzione ai modelli individuali di adattamento e disadattamento caratterizzano la psicopatologia dello sviluppo che si propone come un approccio globale allo studio della genesi, della strutturazione e del mantenimento dei disturbi nell'infanzia e della continuità patologica in età adulta.

A differenza dell'approccio clinico, l'approccio empirico alla classificazione dei problemi infantili è di tipo descrittivo e deriva da studi e ricerche empiriche ed epidemiologiche (Achenbach, 1995; Achenbach, Howell, Quay e Conners, 1991). Questo approccio utilizza resoconti forniti dai genitori, insegnanti e/o bambini per valutare la gravità di condotte potenzialmente problematiche elencate in scale comportamentali.

L'analisi fattoriale dei punteggi ottenuti con migliaia di interviste semistrutturate (Child Behavior Checklist, CBCL) (Achenbach, Edelbrock e Howell 1987; Achenbach, 1991a; Achenbach, 1992; 1991b; 1995) ed effettuate su campioni di bambini di diverse età, sesso e cultura, permette di cogliere e definire specifici aspetti del comportamento infantile e di metterli insieme all'interno di pattern, in base alla frequenza con cui si presentano congiuntamente nel campione preso in esame. Mediante questo lavoro, sono stati individuati due ampi raggruppamenti di fattori internalizzanti ed esternalizzanti.

I problemi esternalizzanti, nell'infanzia e nell'adolescenza, si riferiscono a una costellazione di comportamenti diretti verso gli altri e l'ambiente "esterno", caratterizzati da scarsa compliance, aggressività, impulsività, iperattività ed azioni di tipo delinquenziale.

I disturbi internalizzanti includono invece problemi rivolti all'"interno" che sono connessi ad ansia, paura, vergogna, bassa autostima, tristezza e depressione. Il cluster di problemi esternalizzanti è quello che ha maggiore frequenza nella popolazione infantile (McMahon, 1994); le difficoltà internalizzanti rappresentano il secondo pattern psicopatologico più comune riscontrato in bambini ed adolescenti (Achenbach e Edelbrock, 1983 ; Quay, 1986)

Tra i disturbi internalizzanti è possibile rintracciare il mutismo selettivo su cui si fonda il percorso del caso che mi accingo a presentare.

PARTE I

DEFINIZIONE

Il mutismo selettivo è una patologia alquanto sconosciuta ed apparentemente rara che può essere definita come la condizione di chi, pur essendo in grado di parlare e pur facendolo in determinate situazioni o con determinate persone, persiste nel non parlare in altre situazioni o con particolari persone.

Per questo motivo il mutismo selettivo 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).

Il primo caso di mutismo selettivo venne identificato più di cento anni fa dal medico tedesco Adolf Kussmaul che utilizzò il termine di “*aphasia voluntaria*” per indicare un tipo di mutismo volontario.

Nel 1934 M. Tramer coniò il termine “*mutismo elettivo*” per descrivere la condizione di bambini che scelgono di parlare solo ad un gruppo ristretto di parenti intimi o di coetanei.

Entrambi i termini evidenziano e riflettono l’attribuzione di una volontarietà e di una scelta attiva da parte del bambino della condizione mutistica (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).

I primi articoli sull’argomento apparvero negli anni ’30 su riviste tedesche, mentre dopo la seconda guerra mondiale e nei primi anni ’50 furono pubblicati vari studi su riviste inglesi.

Dalla fine degli anni ’50 ai giorni nostri sono stati gli statunitensi ad incentivare la ricerca ed a pubblicare i risultati delle loro sperimentazioni su riviste specializzate.

Il mutismo selettivo può essere letto come un disturbo internalizzante, ossia un tipo di disagio caratterizzato da ipercontrollo, come i disturbi d’ansia e tutti i disturbi psicopatologici che ruotano intorno a questo spettro diagnostico.

In questa tipologia di disturbi, detti anche disturbi emozionali, è possibile individuare cognizioni disfunzionali come ipergeneralizzazione, catastrofizzazione, autosvalutazione e astrazione selettiva (Kendall e Di Pietro, 1995).

Esiste una tale varietà nel comportamento associato al mutismo selettivo che risulta difficile delinearne delle caratteristiche comuni. Tuttavia vi sono degli elementi che si riscontrano frequentemente nello studio dei casi ed è opportuno evidenziarli.

Il bambino selettivamente muto generalmente parla a casa con i suoi genitori, o almeno con uno dei due genitori, e trattiene la verbalizzazione a scuola e con adulti al di fuori dell’ambiente familiare.

Alcuni non verbalizzano nemmeno con i coetanei, oppure scelgono di parlare solo con un gruppo ristretto di bambini.

Vi sono casi di bambini che evitano il contatto visivo, sono inespressivi e posturalmente rigidi e tesi, ma generalmente i bambini che rifiutano di parlare si servono di strategie non-verbali quali la mimica, la gestualità, i movimenti corporei, il segno grafico o la parola scritta per comunicare i loro bisogni ed ottenere quel che desiderano.

E' possibile inquadrare la natura della relazione tra il bambino che evidenzia una situazione di mutismo selettivo e la sua figura di attaccamento nello stile denominato ansioso- resistente.

Il bambino che si muove in questa esperienza diadica avrà una marcata attenzione verso la figura di attaccamento e metterà in atto una serie di strategie di controllo che gli precluderanno una sana esplorazione del mondo circostante (Crittenden 1997 e 1999).

La figura di attaccamento non sarà sempre costante nel processo di sintonizzazione affettiva con il bambino e si potranno osservare dei comportamenti di accudimento incoerenti e imprevedibili. Ciò potrebbe spiegare le caratteristiche di oppositività che si riscontrano nei bambini con mutismo selettivo.

Le caratteristiche relazionali della diade si adatteranno in modo biunivoco dato che entrambi cercheranno di controllarsi per cercare una posizione nella quale l'obiettivo principale è la diminuzione dell'imprevedibilità e dell'incoerenza.

L'invischiamento genitore-bambino, l'eccessiva dipendenza e il controllo psicologico materno sono fortemente correlati con lo sviluppo del mutismo selettivo (Meyers, 1984; Tatem e Del Campo 1995; Yeganeh et al.2006).

E' rilevante sottolineare che i bambini con mutismo selettivo non hanno deficit fisici o cognitivi che possano influenzare la produzione o la comprensione del linguaggio. Il bambino selettivamente muto, nella maggioranza dei casi, non manifesta particolari difficoltà di apprendimento e gli studi in cui è stato calcolato il quoziente d'intelligenza dimostrano che presenta un'intelligenza media.

Pur se, per definizione, l'incapacità di parlare che caratterizza i bambini con mutismo selettivo 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 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).

Diversi studiosi distinguono il mutismo selettivo temporaneo da quello permanente (Bergman et al.2002): mentre il mutismo selettivo permanente può essere legato allo sviluppo di situazioni psicopatologiche più significative, quello temporaneo potrà avere una correlazione con la comparsa di disturbi d'ansia e comportamenti di ritiro sociale, anche dopo che il linguaggio ha ripreso la sua normale attività.

CRITERI DIAGNOSTICI E DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Secondo il DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders American Psychiatric Association, Washington 1994) i criteri diagnostici del mutismo selettivo sono i seguenti:

- Costante incapacità di parlare in situazioni sociali specifiche (in cui ci si aspetta che si parli, per esempio a scuola), nonostante parlare sia possibile in altre situazioni.
- L'anomalia interferisce con i risultati scolastici o lavorativi o con la comunicazione sociale.
- La durata dell'anomalia è di almeno un mese (non limitato al primo mese di scuola).
- L'incapacità di parlare non è dovuta al fatto che non si conosce, o non si è a proprio agio con il modo di parlare richiesto nella situazione sociale.
- L'anomalia non è meglio attribuibile ad un disturbo della comunicazione (es. balbuzie), e non si manifesta esclusivamente durante il decorso di un disturbo generalizzato dello sviluppo, di schizofrenia o di altro disturbo psicotico.

Nell'ICD-10 (International Classification Disorders), questo disturbo è ancora riportato come mutismo elettivo. I criteri del DSM IV e i criteri diagnostici dell'ICD-10 sono molto simili.

Questa patologia, all'interno di una riflessione diagnostica psichiatrica puramente descrittiva e tassonomica, è stata classificata nei *disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza* secondo il DSM IV e, secondo l'ICD-10, tra i *disturbi del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia e nell'adolescenza*.

Per il DSM IV la manifestazione comportamentale del disturbo consiste nella persistente incapacità di parlare in una o più situazioni sociali associata a comportamenti di controllo e oppositività, soprattutto in ambito familiare.

L'ICD-10 inserisce il disturbo insieme ai disturbi dell'attaccamento di cui l'elemento comune consiste nel presentare un comportamento disfunzionale in alcune aree del funzionamento sociale.

Sono evidenziate alcune manifestazioni comportamentali correlate con il disturbo quali ansia nei rapporti sociali, chiusura, ipersensibilità al giudizio e oppositività.

E' opportuno poter effettuare una corretta diagnosi differenziale poiché 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, la depressione o la 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 quattro anni di vita operazioni chirurgiche nella fossa posteriore per la presenza di un tumore, hanno rilevato in sei soggetti un mutismo post-operatorio definito appunto "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 di insorgenza del mutismo selettivo 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; Steinhausen et al.2006; Sloan, 2007).

I genitori di questi bambini spesso riferiscono in età prescolare (tra i 3 e i 5 anni) manifestazioni 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 mutismo selettivo 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'inteferenza 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 mutismo selettivo 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 0,75% (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 di 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 mutismo selettivo 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 mutismo selettivo 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; Bergman et al.2002; Steinhausen et al.2006).

Di recente Capozzi et al. hanno osservato che il miglioramento nella capacità di parlare si presenta più frequentemente in concomitanza di un passaggio significativo nella vita del bambino con mutismo selettivo, quale può essere ad esempio il trasferimento in una nuova scuola.

Sembra infatti che la possibilità di interagire con persone nuove che non conoscono il loro problema possa facilitare in qualche modo il cambiamento.

EZIOPATOGENESI

Prima di poter disporre di studi e analisi cliniche accurate, si sospettava che il mutismo selettivo potesse essere inquadrato in una risposta molto forte di difesa al trauma ma molte ricerche multidisciplinari stabiliscono che i bambini affetti da mutismo selettivo non hanno mai avuto particolari o specifiche esperienze traumatiche personali, familiari o ambientali.

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).

Gli studi più recenti indirizzano l'attenzione sul temperamento del bambino e sul suo comportamento inquadrabile nella sfera dei disturbi d'ansia (Anstending, 1999, Black e Uhde, 1995; Dow et al.1995; Leonard e Topol, 1993; Yeganeh et al.2006).

Il parallelismo tra le caratteristiche biologico-temperamentali e le dinamiche intrafamiliari, riscontrabili sia in bambini che presentano mutismo selettivo, sia in bambini con disturbi d'ansia, indicano una stretta relazione eziologica (Manassis e Bradley, 1994; Meyers, 1984; Stein et al.1999).

Nella storia della famiglia si riscontrano di frequente precedenti di mutismo o di eccessiva timidezza ed introversione.

Alcuni studiosi come Bruce Black che è membro dell'Advisory Board del Selective Mutism Foundation operante negli Stati Uniti, sostengono che ci può essere una predisposizione genetica al mutismo, o per lo meno alla timidezza.

Di questo non si può essere certi, mentre è senz'altro vero che l'apprendimento di comportamenti sociali avviene nella famiglia.

Vari resoconti evidenziano, ad esempio, che i genitori stessi del bambino "muto" tendono a reagire con il silenzio quando si trovano di fronte ad estranei o ritengono esageratamente importante non dare confidenza agli estranei.

Goll ipotizzò una struttura della famiglia costituita da: a) il soggetto selettivamente muto; b) la persona modello che offre l'esempio di mutismo da imitare; c) il partner simbiotico che è eccessivamente legato al soggetto muto in un rapporto di reciproca dipendenza; d) il leader della famiglia che generalmente è molto diffidente nei confronti della comunità.

Generalmente le famiglie di soggetti selettivamente muti presentano al loro interno tensioni ma restano unite e il rapporto coniugale è spesso insoddisfacente e l'atmosfera che si respira in casa non conduce all'espressione di sentimenti.

Il mutismo selettivo non è associabile ad una particolare classe sociale. Viene forse riscontrato più facilmente in gruppi di status socio-economico medio-basso, ma questo potrebbe essere dovuto ad altri fattori quali l'etnia e l'isolamento sociale.

Difatti le famiglie di soggetti selettivamente muti risultano quasi sempre isolate dalla comunità.

In certi casi l'isolamento è puramente geografico in quanto la famiglia vive in zone remote o comunque lontano da altre abitazioni, ma generalmente si deve parlare di un isolamento sociale fortemente influenzato dall'atteggiamento diffidente che i genitori hanno nei confronti del mondo esterno alla famiglia.

Le variabili temperamentali e quelle ambientali, in bambini che sviluppano un mutismo selettivo e in quelli che sviluppano un disturbo d'ansia, sono sovrapponibili.

Nell'ambito dell'ipotesi che il mutismo selettivo 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'aurosal 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 mutismo selettivo potrebbero avere difficoltà ad affrontare situazioni sociali nuove, sconosciute, dato che queste provocano naturalmente una maggiore attivazione del livello di aurosal 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.

COMORBILITA': MUTISMO SELETTIVO E DISTURBI INTERNALIZZANTI

Dati clinici e di ricerca rilevano una significativa associazione tra diagnosi di mutismo selettivo 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 Bearne, 2005; Cunningham et al.2006).

In generale i risultati indicano che circa il 90% dei bambini con diagnosi di mutismo selettivo soddisfano anche i criteri per la fobia sociale e il disturbo evitante.

Dummit et al.(1997) trovarono che su 50 bambini con mutismo selettivo, 49 soddisfavano 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 mutismo selettivo e nella fobia sociale.

Proprio per questa importante similarità e comorbilità con i disturbi internalizzanti, alcuni autori inquadrano il mutismo selettivo 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; Anstending, 1999).

Un'ipotesi del genere ha un impatto importante sulla concettualizzazione del mutismo selettivo come categoria diagnostica indipendente e a se stante, pur se con una sovrapposizione sintomatologica con alcuni problemi internalizzanti.

Purtroppo la comprensione dei tratti discriminanti la diagnosi di mutismo selettivo 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 mutismo selettivo (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 mutismo selettivo 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 adolescenti con fobia sociale specifica e generalizzata, evidenziando l'importanza di questa distinzione anche a scopi terapeutici (Chavira et al.2006), sono quasi assenti lavori a riguardo per i bambini con mutismo selettivo (Cunningham et al.2006).

Il fatto che nei casi di mutismo selettivo è presente un disturbo d'ansia, come situazione di comorbilità più frequente, è confermato anche da uno studio di ricercatori norvegesi (Kristensen e Hanne 2006) che, oltre al disturbo d'ansia, evidenzia in alcuni casi, la presenza di ritardi nello sviluppo (mentali e motori), e descrivono un'elevata casistica di episodi di enuresi e, in misura minore, di encopresi.

Considerare la comorbilità tra mutismo selettivo e disturbi d'ansia, fornisce dati rilevanti per conoscere meglio la natura di questo particolare disturbo e ci offre importanti indicazioni per la presa in carico e il successivo percorso psicoterapeutico.

Alcune ricerche hanno confrontato i gruppi di pazienti con mutismo selettivo e disturbi d'ansia (Dummit et al.1997; Yeganeh et al.2003).

Da queste ricerche si ricavano sottili ma sostanziali differenze nel comportamento pro-sociale e nel comportamento genitoriale: i bambini con mutismo selettivo mostrano livelli più elevati di oppositività e aggressività, i genitori li descrivono come bambini molto forti, con un carattere oppositivo e difficili da gestire.

I genitori dei bambini con disturbi d'ansia li descrivono timorosi, fragili e deboli.

Le reazioni comportamentali al momento del distacco con le figure genitoriali sono differenti: i bambini con disturbi d'ansia possono sviluppare delle concrete fobie nei confronti degli ambienti nuovi, manifestando una forte ansia e mettendo in atto strategie per evitare le situazioni nuove, i bambini con mutismo selettivo hanno una reazione meno manifestatamente ansiosa, non si pongono in posizioni di palese angoscia nei momenti di distacco ma si chiudono nei loro silenzi.

I bambini con mutismo selettivo sembrano evidenziare comportamenti di ritiro e ansia sociale più marcati dei bambini con problemi d'ansia (Bergman, Piacentini e McCracken, 2002).

Le caratteristiche dei bambini con mutismo selettivo sembrano essere dunque in contraddizione tra loro: da un lato il bambino con mutismo selettivo in situazioni sociali extrafamiliari assume una posizione passiva e dall'altro il comportamento nelle relazioni intrafamiliari assume delle connotazioni oppositive e provocatorie.

PARTE II

PRESENTAZIONE DEL CASO DI IRENE

Dati anagrafici

Irene è una bambina di sei anni che frequenta la prima elementare; vive con i suoi genitori Roberto, Marina e Luca, il fratellino più piccolo di tre anni, in un appartamento situato nel comune di Formia.

Modalità di invio

I genitori della bambina, su segnalazione del pediatra mi contattano al fine di inquadrare clinicamente il comportamento mutacico che la stessa mette atto negli ambienti extrafamiliari ed in particolar modo a scuola. I problemi di comportamento della bambina in ambito scolastico, risalgono già all'ingresso nella scuola dell'infanzia dove Irene esibiva forme di isolamento e chiusura relazionale. Nel corso dell'ultimo anno della scuola dell'infanzia le insegnanti lamentavano un'eccessiva timidezza di Irene tradotta in un'assenza di comunicazione di cui i genitori non si erano mai preoccupati dato che la bambina a casa comunicava verbalmente con loro.

Prima di rivolgersi a me, i genitori su richiesta delle insegnanti avevano effettuato una valutazione neuropsichiatrica presso il servizio di Neuropsichiatria Infantile di Priverno dove era stato diagnosticato il mutismo selettivo.

L'equipe del Servizio di Priverno aveva formulato un piano trattamentale di tipo psicoterapeutico per la bambina ma data la distanza eccessiva i genitori avevano deciso di rivolgersi presso il Servizio di Neuropsichiatria Infantile di Formia.

Il neuropsichiatra del Servizio di Formia, presa visione della diagnosi formulata, aveva disposto l'invio della bambina ad una psicologa dell'età evolutiva e dopo circa due mesi sono afferiti a me data la segnalazione anche da parte del pediatra.

I genitori di Irene dichiarano un'intrusività eccessiva dell'insegnante di italiano che mostra l'urgente necessità di avvalersi di un insegnante di sostegno per la bambina.

I genitori non valutano positivamente questa richiesta e sostengono che la difficoltà di relazionarsi ad Irene appartenga all'insegnante data la numerosità del gruppo classe.

L'elemento rassicurante per i genitori permane la comunicazione verbale che la bambina esibisce a casa con loro e con il fratellino anche se scorgono qualche modificazione rispetto al comportamento usuale ad esempio il rifiuto di parlare al telefono con la nonna.

FASE DI ASSESSMENT

Anamnesi comportamentale

Nei colloqui anamnestici effettuati i genitori non manifestano preoccupazione per il comportamento mutacico della bambina e mentre la madre appare accogliente e sorridente, il padre si mostra inespressivo, rigido e malinconico.

La madre riferisce un basso peso alla nascita con parto naturale, sei mesi di allattamento, la pronuncia della prima parola all'età di sei mesi, l'acquisizione della deambulazione all'età di quattordici mesi, nessuna difficoltà legata al ritmo sonno-veglia.

Irene ha un fratellino più piccolo di tre anni che la madre afferma essere *“tutta un'altra cosa”* in riferimento all'attivismo di Luca rispetto alla passività di Irene.

I signori sono nativi di Napoli e il padre della bambina, per motivi di lavoro, si era trasferito a Scauri in provincia di Latina pur conservando un forte legame con la terra di appartenenza.

La bambina ha frequentato il primo anno di scuola materna a Scauri dalle 8.30 alle 12.00 in quanto avendo poco appetito la madre preferiva averla a casa con sé per aiutarla a mangiare.

Il padre si inserisce poche volte nel fluente dialogo della moglie e spesso entrano in contrasto tra loro.

La madre riferisce che la bambina a casa tornata da scuola, era solita guardare i cartoni in televisione *“anche per tutto il giorno”* e distorgliela da quell'attività generava una marcata oppositività.

Sino all'età di quasi quattro anni mangiava cibi frullati, omogeneizzati per la paura del padre che Irene ingerisse cibi solidi.

Il padre si inserisce in questo punto del colloquio lamentando molte paure che egli stesso sperimenta e che dice *“aver trasferito”* ad Irene.

Attualmente la bambina lamenta la paura di cadere dalla sedia quando si recano al cinema, la paura dell'acqua, la paura del cavallo a dondolo quando si trova al parco giochi.

A Scauri i signori non intrattenevano relazioni sociali e i contatti amicali e parentali erano riferiti alla realtà di Napoli.

Durante il secondo anno di scuola materna avviene un secondo trasferimento a Formia, località in provincia di Latina, in quanto più vicina a Roma, sede del lavoro del padre.

Nel corso dell'ultimo anno della scuola dell'Infanzia le insegnanti lamentavano un'eccessiva timidezza di Irene, elemento condiviso dai genitori che non si erano mai accorti del *"problema"*.

Dopo un mese di scuola elementare le insegnanti invitano i genitori ad effettuare una valutazione in quanto la bambina non comunica verbalmente né con loro e né con i compagni.

I genitori svolgono una prima valutazione presso il Servizio di Neuropsichiatria infantile di Priverno, poi presso quello di Formia per giungere poi a me.

All'interno del gruppo classe Irene preferisce stare con un gruppo di 4-5 bambini di cui una bambina in particolare, Linda.

La madre di Irene è preoccupata per questa amicizia in quanto Linda è una bambina cinesina *"che non parla bene"*.

Secondo il mio vissuto la preoccupazione materna rispetto alla relazione amicale deriva dal timore della signora che Irene venga emarginata dal gruppo classe.

In realtà la scelta della bambina di affiancarsi a Linda appare a sé funzionale in quanto la bambina cinesina, data la sua scarsa capacità comunicativa, si mostra meno richiedente sul piano verbale nei confronti di Irene e rappresenta un valido mediatore comunicativo all'interno del gruppo classe.

L'assenza di comunicazione verbale non si limita solo all'ambiente scolastico ma comprende tutti gli ambienti extrafamiliari incluso quello dove bi-settimanalmente pratica ginnastica ritmica.

Rispetto all'ambiente familiare i genitori affermano che le uniche modificazioni comportamentali che hanno ravvisato nella bambina sono relative al mancato utilizzo del telefono e all'assenza di comunicazione durante per esempio un compito di lettura se è presente in casa la nonna materna o persone estranee.

I genitori descrivono Irene come *"bisognosa del supporto dell'adulto, timorosa"*.

Infine la madre riferisce un episodio in cui accadde che il postino citofonò a casa loro e Irene accorse per rispondere ma non proferì parola e disse alla madre: *"Non ho riposto perché solo le persone grandi parlano"*.

Anamnesi familiare e personale

I genitori di Irene sono legati affettivamente da molto tempo in quanto si conoscono sin da quando erano adolescenti. Si sono sposati dieci anni fa e dopo un anno è nata la bambina.

Entrambi i signori sono nativi di Napoli ma mentre il padre ha abitato in questa città fino all'età adulta la madre ha dapprima dimorato a Genova, poi a Napoli e poi a Formia in provincia di Latina.

La madre di Irene proviene da una famiglia mononucleare in quanto il padre venuto a conoscenza della gravidanza della sua compagna aveva deciso di allontanarsi e di non occuparsene.

La nonna di Irene era una pittrice e non potendo contare su uno stipendio fisso si avvaleva dell'aiuto dei suoi genitori.

Il padre di Irene proviene da una famiglia numerosa che ha vissuto difficoltà economiche dopo la morte prematura del nonno paterno.

L'infausto evento aveva condotto il giovane alla ricerca di un impiego dopo il conseguimento del diploma e trovato lavoro a Roma presso un'azienda di energia elettrica aveva deciso di trasferirsi a Scauri in provincia di Latina in quanto sede abitativa più vicina a quella lavorativa.

In quegli anni la madre di Irene abitava ancora a Napoli e solo dopo qualche anno si era trasferita a Formia in provincia di Latina poiché lì abitavano i suoi zii e avrebbe potuto contare sul loro aiuto.

Dopo qualche anno i signori avevano deciso di sposarsi e avevano dimorato presso un appartamento a Scauri.

Il padre della bambina lamenta un "*attaccamento morboso*" da parte della suocera nei confronti della moglie e viceversa affermando che "*è troppo presente nella nostra vita e mia moglie si poggia molto su di lei*".

Inoltre il signore afferma che desidererebbe che la moglie "*si proponesse di più*" invece di lasciare che la madre si occupi di ciò che potrebbe fare lei.

Il padre di Irene lamenta il comportamento di abbandono di fronte alla prima difficoltà da parte della moglie e sottolinea la loro diversità caratteriale e comportamentale.

Dopo qualche anno di matrimonio vi è stato quello che il signore definisce "*un periodo critico*" costellato da una marcata conflittualità coniugale ed "*un abbandono di Irene*" che trascorrevva molte ore a guardare i cartoni animati in televisione "*anche tutto il giorno*".

Irene "*era abbandonata a se stessa*" secondo il padre a causa della sua assenza, del disaccordo coniugale e dell'assenza di relazioni extrafamiliari.

Irene e Luca amano giocare con il padre in misura maggiore rispetto alla madre per quanto ricerchino più la madre.

Dunque il signore descrive la moglie come persona inattiva, poco intraprendente ed energica, autosvalutante, solitaria ed ansiogena.

Rispetto al comportamento mutacico di Irene il padre mostra la sua sofferenza e afferma che la causa può addursi all'assenza di relazioni amicali extrafamiliari e di mancata condivisione con altri genitori di informazioni inerenti il disturbo.

A differenza del marito la madre di Irene sembra riprodurre lo stesso schema comportamentale mutacico della bambina conferendo poche informazioni riguardo la sua storia personale e le riflessioni rispetto al comportamento esibito dalla bambina.

La signora racconta che dalla città di Napoli aveva deciso di trasferirsi a Formia dopo il decesso del nonno con il quale viveva e di aver così lasciato il lavoro come segretaria presso un'azienda.

Dopo il matrimonio era stata affetta da un tumore di cui preferisce non parlare.

Rispetto al comportamento mutacico di Irene la signora afferma di averlo da sempre considerato come comportamento di eccessiva timidezza e che lei stessa rinforzava rispondendo in varie situazioni al posto della bambina.

Dunque la sua preoccupazione non era mai stata così accentuata e credeva che con il tempo la bambina avrebbe acquisito maggiore spontaneità.

Inoltre sottolinea l'assenza di relazioni extrafamiliari in quanto quando abitavano a Scauri non vi erano vicini di casa giovani ma persone anziane.

La signora rimarca il suo attaccamento alla terra madre nella quale intrattiene le sue amicizie e vive la difficoltà di instaurarne nuove presso Scauri in quanto *“le persone sono un po' diffidenti e non accoglienti come a Napoli”*.

La madre della bambina ricorda un periodo particolare durante il quale Irene trascorrevva anche tutto il giorno a casa a guardare i cartoni animati in televisione e provando a distoglierla esibiva un comportamento oppositivo.

In quegli anni Irene frequentava una scuola di danza dove esibiva una forte inibizione.

Dunque la madre per quanto consapevole del comportamento mutacico della figlia non appare eccessivamente preoccupata, non pone interrogativi rimanendo spesso in silenzio.

INDAGINE DIAGNOSTICA

Primo colloquio e conoscenza della bambina

La conoscenza e la valutazione della bambina sono avvenuti con incontri organizzati attraverso sedute di gioco durante le quali è stato osservato il comportamento della bambina durante la separazione dalle figure genitoriali e con la loro presenza, nell'interazione con l'adulto e nell'attività di gioco.

Durante il primo incontro ricordo che avevo trovato ad attendermi in sala d'attesa (con mezz'ora di anticipo rispetto all'orario prefissato) la madre con la bambina.

La signora mi aveva rivolto un sorriso a differenza di Irene che aveva mostrato inespressività e staticità quasi avesse un viso marmoreo.

La bambina aveva accettato il mio invito a spostarci nello studio e non aveva mostrato segni di difficoltà rispetto alla separazione dalla madre.

Entrata nello studio Irene si era interessata al nuovo ambiente voltandosi intorno e osservando tutto ciò che era presente.

Inizialmente avevo provato ad interagire verbalmente con lei chiedendole alcune informazioni generali ma si era inibita abbassando lo sguardo.

Avevo chiesto ad Irene se fosse consapevole del motivo per cui era venuta e, chiaramente, non avevo avuto risposta.

Avevo cercato quindi di rassicurarla e spiegarle che i suoi genitori e le sue maestre erano preoccupati per il fatto che non parlava, sottolineando immediatamente e con autorevolezza che: *“Qui nessuno ti obbligherà a parlare, lo farai quando ti sentirai pronta”*.

Avevo chiesto alla madre di rimanere un po' di tempo in stanza con la bambina e il primo elemento significativo era che per quanto accogliente e disponibile nei confronti di Irene comunicava poco con lei rimanendo in disparte.

Da subito avevo colto un'unione vicendevolmente protettiva e simbiotica nella diade madre-bambina avendo la sensazione di essere *“un elemento estraneo”* rispetto alla coppia.

Il mio vissuto era che la signora si sentiva in un certo senso gratificata dal contatto protettivo richiesto dalla figlia e che non facilitava il distacco, anzi, lo rinforzava.

Era evidente come la relazione fosse contrassegnata sul bisogno di entrambe del supporto, probabilmente vissuto come protezione e rassicurazione.

Avevo chiesto ad Irene di disegnare qualcosa spontaneamente e la bambina aveva realizzato la madre e se stessa accanto ad una casa.

In seguito avevo chiesto alla bambina se avesse voluto continuare a giocare con me nella stanza e far uscire la madre e lei non aveva esibito alcuna difficoltà.

Irene aveva scelto di realizzare un puzzle ed un gioco ad incastri e aveva accolto le mie proposte positivamente.

Il mio vissuto era che la bambina si fosse creata una difesa tradotta nel comportamento mutacico nei confronti della relazione esterna.

Se non le avessi proposto di condividere un gioco Irene non si sarebbe attivata nel ricercarmi.

Durante l'incontro avevo colto da una parte la sua disponibilità e la sua accoglienza e dall'altra dei tratti temperamentali oppositivi nei momenti in cui non era realizzata una sua richiesta.

Alla fine della seduta avevo salutato Irene consegnandole il successivo appuntamento.

ESAMI STRUMENTALI

Valutazione dell'organizzazione emotivo-relazionale

1. Colloqui con i familiari e osservazioni nel setting coppia genitoriale-bambina; madre-bambina; papà-bambina
2. Colloqui con le insegnanti
3. Test grafici carta-matita: Disegno della Figura Umana (Machover), Disegno della Famiglia (Corman), Disegno dell'albero (Koch), Disegno della persona sotto la pioggia
4. Disegno libero
5. Gioco strutturato o semistrutturato per l'osservazione del comportamento

RISULTATI E SINTESI DELLA VALUTAZIONE COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Area emotiva e comportamentale

Dai colloqui effettuati con i genitori e dai test carta-matita somministrati emerge che il comportamento mutacico della bambina è presente negli ambienti extrafamiliari soprattutto in quello scolastico dove utilizza un linguaggio gestuale per comunicare.

Al suo arrivo a scuola Irene mostra evidenti segni di disagio, diventando più ansiosa, non guardando né sorridendo agli altri bambini.

Il fatto di dover parlare e rispondere a delle domande assume una connotazione angosciante per la bambina.

Le insegnanti riferiscono che in classe Irene rimane sola, si mostra inespressiva e sembra avere lo sguardo nel vuoto.

La bambina sperimenta un'incapacità di partecipare alle attività degli altri bambini che si traduce in una situazione paralizzante e invalidante.

Le attività di gruppo si configurano come momenti molto difficili poiché implicano la partecipazione e la discussione. L'incapacità della bambina di comunicare rappresenta il diretto risultato dell'ansia e del suo istinto di difesa inconscio, che consiste nell'evitare le sensazioni provocate dalla pressione subita o dall'aspettativa di parlare.

Irene non sceglie di essere silenziosa e non si rifiuta di parlare e non esibisce neanche un comportamento oppositivo intenzionale: è talmente ansiosa che ha sviluppato dei metodi disfunzionali per combattere la sua ansia.

La madre afferma che dopo l'uscita di scuola aveva un'irrefrenabile desiderio di parlare ma prima si assicura che non ci sia nessuno che la conosca.

Durante il gioco libero Irene preferisce animare burattini inventando storie con contenuti aggressivi e non ricerca il mio coinvolgimento.

I genitori riferiscono che trascorre molto tempo ad animare qualsiasi oggetto a casa e nel momento in cui è eccitata e gioiosa batte le braccia sui propri fianchi.

La bambina trascorre molto tempo a casa ad eccezione dell'impegno bi-settimanale a danza e quello monosettimanale per il catechismo.

Durante il week-end con la presenza del padre e con la possibilità di spostarsi in macchina poiché la madre non guida, la bambina esce più spesso.

La tipologia di attaccamento tra Irene e la madre può essere rintracciata in quella di tipo evitante.

Durante gli incontri la bambina appariva autonoma e indipendente, maggiormente centrata sull'esplorazione dell'ambiente e sui giocattoli che sulla mia presenza.

Nelle separazioni dal caregiver mostra pochi segni di disagio e, nei momenti di ricongiungimento, sembra ignorare o dare poco rilievo al ritorno del genitore.

Irene tende a minimizzare le proprie reazioni affettive, in particolare dopo le separazioni, mostrandosi indaffarata e coinvolta nel gioco.

Il genitore non rappresenta una vera e propria base sicura e Irene tende a non fare riferimento a lui quando si sente spaventata o a disagio così come accade nelle situazioni di breve separazione, e a non manifestare chiaramente e apertamente i desideri di vicinanza, contatto e rassicurazione.

La caratteristica distintiva della bambina è dunque l'inibizione dei propri bisogni psicologici di confronto e protezione rispetto alla figura di attaccamento, enfatizzando uno stile relazionale di autonomia e indipendenza.

Durante gli incontri con il padre, a differenza della madre, Irene assume un comportamento maggiormente disinibito conservando l'assenza di comunicazione verbale.

Il padre sostiene la bambina in modo positivo e l'invita più volte a parlare anche con insistenza.

La bambina necessita di supporti o di persone al suo fianco che la rassicurino e la stimolino.

Dal test della famiglia per quanto riguarda il livello grafico si evince la presenza di una pressione del tratto forte e di linee spezzate, ripassate e che continuano oltre il dovuto.

Per quanto concerne il livello formale Irene disegna in un tempo breve rappresentando dapprima il padre, poi lei, il fratellino Luca e per ultima la madre.

Le figure sono collocate sull'orlo del foglio, presentano una dimensione normale e sono sprovviste di accessori, sono disegnate frontalmente ad eccezione della madre che si mostra di profilo.

Per quanto riguarda il livello di contenuto le figure sono rappresentate una accanto all'altra.

Il padre viene disegnato per primo a differenza della madre, disegnata per ultima e sulla destra del foglio.

Durante l'esecuzione del disegno dell'albero Irene ne realizza uno senza radici con un tronco grosso e largo e inclinato verso sinistra.

Inoltre il tronco è staccato dal suolo e la chioma dell'albero si mostra chiusa.

Nella realizzazione del test della persona sotto la pioggia la bambina disegna se stessa sotto una nuvola con la pioggia che le cade direttamente in testa ed accanto a lei raffigura il fratellino Luca.

La bambina mostra un legame molto forte nei confronti del fratellino che sceglie di disegnare in una posizione più alta rispetto a se stessa.

Inoltre esistono alcuni disegni spontanei che ben rappresentano l'incapsulamento e la chiusura relazionale di Irene: il primo che rappresenta un uccellino in gabbia e l'altro che rappresenta una bambina all'interno di una grotta.

Il comportamento disfunzionale e compensativo che la bambina mette in atto è l'evitamento di quelle situazioni che lei sente pericolose sperimentando al contempo una sensazione di vuoto.

L'inibizione comportamentale tradotta nel mutismo genera tratti oppositivi ed un livello elevato di energia e aggressività come mostrato da altri disegni che la bambina effettua spontaneamente.

IPOTESI DIAGNOSTICA

Da quanto risulta dai dati anamnestici forniti dai colloqui con i genitori e con gli insegnanti, dalla valutazione psicodiagnostica con la bambina e dai criteri diagnostici del DSM-IV TR e dell'ICD-10 è possibile formulare una diagnosi di Mutismo Selettivo cod.F94.0.

L'assessment effettuato mi ha permesso di dare un significato più esplicativo rispetto alla situazione sintomatica espressa dalla minore.

La situazione attuale evidenzia una coppia madre-bambina, che rispecchia una relazione con caratteristiche di irretimento.

I fattori di rischio che hanno ragionevolmente portato allo sviluppo di questa particolare relazione e alla strutturazione del Mutismo Selettivo sono: le predisposizioni temperamentali di Irene, l'assenza di relazioni extrafamiliari, le caratteristiche cognitive affettive materne, la nascita del fratellino, i problemi nella coppia genitoriale.

INTERVENTO TERAPEUTICO

Sebbene non ci siano in letteratura studi sistematici sull'efficacia dei diversi protocolli e programmi di intervento con i bambini con mutismo selettivo, le ricerche presenti e i 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 mutismo selettivo 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. Gli aspetti più complessi che ruotano intorno al mutismo selettivo sono i circoli disfunzionali che non fanno altro che consolidare nel bambino la condizione emotiva legata all'ansia, i pensieri di svalutazione, 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).

Durante il percorso terapeutico con Irene l'obiettivo principale (o almeno iniziale) dunque, non è stato propriamente *“far parlare la bambina”* ma consentirle di sentirsi più rilassata e a suo agio nella relazione con me e con gli adulti che lo circondano.

Proficuo è stato il lavoro comune tra il contesto terapeutico, scolastico e familiare al fine di aiutare la bambina ad utilizzare strategie alternative al mutismo da poter mettere in pratica gradualmente e negli ambiti della sua vita quotidiana.

INTERVENTO IN AMBITO FAMILIARE

La psicoeducazione rivolta ai genitori è stata una chiave fondamentale per un intervento efficace.

Un luogo comune errato da parte dei genitori rispetto al comportamento mutacico di Irene era quello ad esempio di attribuirle una certa intenzionalità/volontà nel mantenere il suo silenzio e questa convinzione li induceva ad assumere un atteggiamento *“arrabbiato”* e *“punitivo”* con la bambina, creando intorno a lei non un ambiente emotivo favorevole, ma un clima di pressione e colpevolizzazione che tendeva a rinforzare i comportamenti inibiti e l'ansia sociale.

E' stato opportuno, invece, che di fronte al comportamento mutacico del bambino i genitori adottassero un *“atteggiamento neutrale”*, evitando di costringerla a parlare attraverso punizioni o eccessive pressioni.

E' stato positivo l'evitare di sostituirsi alla bambina quando richiedeva di comunicare al suo posto con estranei e l'incoraggiarla ad utilizzare anche modalità comunicative non verbali (gestualità, disegni).

Nel rinforzo positivo i genitori hanno assunto un ruolo di estrema importanza nello svolgimento del lavoro terapeutico.

Nel corso dei colloqui svolti periodicamente i genitori sono stati guidati all'uso di tecniche di rinforzo per incoraggiare comportamenti funzionali alla comunicazione.

Inoltre i genitori hanno accresciuto lo sviluppo delle autonomie della bambina (lavarsi e vestirsi da sola, riordinare la stanza, aiutare nelle attività domestiche, svolgere piccoli compiti di responsabilità, rispettare le regole familiari etc.) con conseguente riduzione del preponderante ruolo materno conferendo la giusta valenza al ruolo paterno e riequilibrando i ruoli genitoriali.

Intervenire per modificare alcune variabili ambientali che rinforzano la *“chiusura”* di Irene è risultato strategico.

Infine sono state implementate le relazioni sociali intorno alla bambina individuando ad esempio i coetanei più adatti che riescono a comunicare con lei in modi diversificati.

Ad esempio rispetto alla relazione con l'amica cinesina Linda la signora aveva verbalizzato la sua paura che Irene “ fosse presa in giro” affiancandosi ad una bambina straniera.

In realtà la signora nutriva poca stima nei confronti della bambina cinesina in quanto la riteneva poco dedicata allo studio e temeva che potesse rappresentare un esempio negativo per sua figlia.

Attraverso un lavoro di messa in discussione delle proprie convinzioni la signora ha ristrutturato i propri pensieri disfunzionali e ha posto attenzione all'importanza della relazione amicale.

Abbiamo lavorato a lungo anche rispetto ai sentimenti di rabbia provati dai genitori nei confronti delle insegnanti che secondo loro avevano investito poco nel sostenere Irene.

Abbiamo riflettuto sui comportamenti disfunzionali del padre che spesso esortava anche forzatamente la bambina a parlare e sulle sue aspettative che in alcuni momenti oscuravano gli aspetti positivi di Irene.

Identificare le variabili disfunzionali nella relazione, comprenderle e verbalizzarle nel setting, è stato un elemento strategico per la crescita genitoriale.

Durante gli incontri il clima nella relazione coniugale appariva più mite e propenso all'ascolto e alla comprensione.

INTERVENTO IN AMBITO SCOLASTICO

L'intervento condotto a scuola è stato condotto parallelamente all'intervento svolto con la bambina e con i suoi genitori e centrato sul rendere l'esperienza scolastica un momento non di ritiro sociale ma di condivisione e di apertura relazionale.

All'inizio dell'intervento è stato opportuno che gli insegnanti comprendessero gli elementi caratteristici di questo disturbo e dell'ansia grave della bambina che si presenta immobile, senza espressione e incapace di instaurare una conversazione o giocare.

Adottare un atteggiamento neutrale rispetto al non parlare e permettere ad Irene di comunicare in modo non verbale sono stati i due elementi significativi.

Il fatto che la comunicazione non verbale venisse accettata e tollerata, avrebbe alleggerito la pressione sulla bambina e l'avrebbe resa consapevole di essere capito dall'insegnante.

Tra i metodi semplici di comunicazione non verbale è stato consigliato di utilizzare i gesti convenzionali, oggetti presenti in classe, fogli sui quali la bambina poteva scrivere messaggi o sui quali c'erano già scritte parole.

Lo scopo non è stato rafforzare il mutismo selettivo ma permettere ad Irene di comunicare in modo non verbale, come mezzo per aumentare la sua tranquillità e stabilità.

E' stato importante valutare il grado di ansia della bambina in classe e mentre erano in atto dei progressi e si riscontrava una diminuzione di ansia, occorreva incoraggiare lo "svezzamento" graduale della comunicazione non verbale verso quella verbale.

Poiché il livello di ansia era direttamente proporzionale alle sensazioni che provava nelle varie situazioni, l'insegnante ha agito in modo che la bambina si sentiva più a suo agio in classe.

Il personale scolastico ha mostrato un atteggiamento più flessibile con i genitori e ha permesso loro di entrare a scuola prima e dopo le lezioni in quanto passare del tempo in classe, in presenza di poche persone, è stato un ottimo metodo per aiutare la bambina a sentirsi a suo agio.

Quando i genitori erano a scuola con Irene la incoraggiavano a parlare il più possibile, a farle fare il giro della scuola, ad andare in biblioteca o nell'aula di musica, a porle delle domande o parlarle dei suoi progetti.

Occorreva fare in modo che la bambina potesse esercitarsi a parlare sempre di più ma senza pressione.

Un ottimo metodo che ha permesso di approfondire la conoscenza tra bambina e insegnante, è stato quello di passare qualche momento con la maestra senza la presenza dei compagni o invitare l'insegnante a casa della bambina.

E' stato positivo da parte dell'insegnante avvicinarsi alla bambina con dolcezza, sorridergli frequentemente e prenderle la mano quando si accorgeva che era in uno stato di evidente disagio, perché tutti questi gesti sono stati assai significativi.

Durante tutto il periodo scolastico, è stato opportuno concedere tempo e pazienza; è stato utile utilizzare dei supporti visivi e degli oggetti per permettere di fare delle esperienze concrete; è stato opportuno parlare lentamente e, se necessario, ripetere le domande; concedere del tempo per le risposte verbali e non verbali; dare importanza alla creatività, all'immaginazione e all'espressione artistica in classe e in tutte le materie; organizzare attività in piccoli gruppi formati dai compagni con i quali si sente più a suo agio; mettere nello stesso banco del bambino un altro con il quale si sente a suo agio; permettere ai bambini di costruire, disegnare, scrivere e/o essere creativi quando devono risolvere un problema; permettere che un altro bambino giochi il ruolo di "*compagno verbale*" durante i primi giorni di scuola o quando il bambino prova una forte ansia.

INTERVENTO PSICOTERAPEUTICO CON LA BAMBINA

Gli incontri con la bambina si sono svolti con una frequenza settimanale per la durata di due anni.

Le sedute di terapia con la bambina erano semistrutturate in quanto prevedevano delle fasi di analisi e modalità di gioco guidato e altre lasciavano a lei l'iniziativa.

Ho impostato il lavoro cercando di trattare il sintomo nel modo più indiretto possibile attraverso diverse strategie.

L'obiettivo era di incrementare le sue abilità sociali e comunicative e di permetterle un miglior riconoscimento ed espressione delle emozioni.

Ho accolto la sofferenza della bambina senza giudizi né pressioni verso la verbalizzazione in modo da permetterle di esplorare e di esplorarsi nello spazio relazionale terapeutico.

Ho cercato di fornirle un setting il più sicuro possibile, dove potersi esprimere e sperimentare delle nuove modalità relazionali, senza timori o paure.

Nel setting erano utilizzati i mezzi di comunicazione preferiti dalla bambina: giochi, costruzioni, burattini, plastilina.

Le emozioni ed i pensieri erano narrati attraverso l'uso di disegni, storie semistrutturate con burattini e giochi.

Attraverso queste modalità era messo sullo sfondo il "problema" della parola, e si poneva l'attenzione su chi era Irene, sulle sue emozioni piacevoli e spiacevoli, sui momenti in cui si manifestavano, sulle sue reazioni e su quello che le piaceva fare.

Molte altre figure avevano tentato di spingere la bambina nella produzione del parlato mentre io potevo offrirle uno spazio di apprendimento e di crescita alternativo.

L'aver adottato un atteggiamento neutro rispetto al suo non parlare ha permesso al sintomo di perdere forza fino ad estinguersi.

L'impiego di strategie basate primariamente sulla gestione delle conseguenze dei comportamenti mediante tecniche di rinforzo positivo ha condotto all'incremento di comportamenti comunicativi desiderati.

Tra le tecniche utilizzate riporto quella della desensibilizzazione dello stimolo (*systematic desensitization*), del *self-modeling* (auto-modellamento) e dello shaping.

La tecnica della desensibilizzazione dello stimolo consiste in una serie di esposizioni immaginarie e/o reali a situazioni gradualmente sempre più ansiogene per la bambina accompagnate da rilassamento considerato antagonista dell'ansia.

Il self-modeling si basa sul principio dell'autoinforzo e durante le interrogazioni a scuola l'insegnante registrava con l'audio e successivamente con il video la bambina che parlava, al fine di elicitare l'autovalutazione positiva e implementare la fiducia nelle sue capacità verbali e relazionali.

Ho utilizzato come tecnica comportamentale lo shaping ossia un particolare programma in cui rinforzavo ogni approssimazione al comportamento desiderato nelle fasi iniziali del trattamento quando anche nella stanza di terapia emergevano prevalentemente inibizione e ritrosia.

Durante le prime sedute mi astenevo dal richiederle di parlare mentre erano accettati e sostenuti con attenzione e rinforzo sociale tutti i comportamenti che la bambina intraprendeva di iniziativa.

Successivamente i criteri di rinforzo diventavano progressivamente più selettivi e sono state incluse tutte le forme di comunicazione utili che la bambina sceglieva (scrittura, disegni, gesti).

Ancora oltre, sono state introdotte nel setting attività (giochi da tavolo) in cui le modalità di comunicazione usate in precedenza risultavano inefficienti, per numero di informazioni da veicolare o per i tempi di risposta necessari, tanto da non soddisfare l'intenzione comunicativa della bambina.

In quella fase del programma Irene era rinforzata solo se comunicava verbalmente, anche se con voce afona.

Nell'ultimo periodo il criterio di rinforzo è stato ulteriormente ristretto, mirando al sostegno esclusivo della comunicazione con voce sonora.

Attraverso l'estinzione che potrebbe essere definita "l'altra faccia del rinforzo", procedura orientata a ridurre la frequenza di un comportamento attraverso la sottrazione di rinforzi ad esso associato.

I comportamenti da ridurre erano tutti quelli in conflitto con una comunicazione verbale adeguata.

In combinazione con il rinforzo positivo l'estinzione è stata utilizzata per ridurre l'interloquire indirettamente con gli altri sussurrando all'orecchio del genitore, richiedendo loro di astenersi dai comportamenti rinforzanti che precedentemente susseguivano quelle condotte come, ad esempio, l'adesione alle richieste avanzate in tal modo.

Ho lavorato con Irene sull'identificazione ed espressione delle emozioni e l'obiettivo era sia un apprendimento di informazioni su di sé, rinforzando la fiducia e l'autostima sia l'associazione tra il piacere di comunicare e di conoscere altre persone all'emozione della felicità.

Il compito dunque era quello di veicolare i sentimenti in parole, un corso di educazione alle emozioni.

Le emozioni e i comportamenti disturbanti erano correlati a processi ideativi disfunzionali ed abbiamo lavorato sulla loro riformulazione razionale attraverso contro-argomentazioni.

Man mano che la bambina ristrutturava in modo funzionale le sue idee era incoraggiata ad utilizzarle quando emergevano emozioni tali da indurre comportamenti di evitamento della comunicazione verbale.

Durante le sedute è stato costruito un repertorio di autoistruzioni includenti la messa in atto delle abilità di fronteggiamento.

Irene simulava in immaginazione e, in seguito in role-playing, la messa in atto delle tecniche per poter giungere successivamente ad autogestire le procedure durante l'esposizione agli stimoli temuti.

Infine attraverso la tecnica del problem solving Irene è stata guidata al riconoscimento degli elementi problematici della situazione; alla formulazione di comportamenti diversi da quelli solitamente prodotti per risolvere il problema; alla scelta di condotte che meglio soddisfano la soluzione del problema; alla messa in pratica delle soluzioni scelte e alla verifica dell'efficacia della soluzione.

RISULTATI RAGGIUNTI

Il percorso psicoterapeutico con la bambina è durato due anni ed è stato intervallato da incontri con la coppia genitoriale e il team insegnanti.

Le prime sedute sono state importanti momenti di osservazione in quanto si sono creati i presupposti per una relazione terapeutica funzionale.

Irene aveva iniziato dapprima ad esprimersi ripetendo il suono degli animali che utilizzavamo nei nostri giochi, poi aveva iniziato a sillabare fino ad utilizzare una parola per formulare un'intera frase.

La percezione che avevo di Irene era quella di una bambina che si stava affacciando all'acquisizione del linguaggio parlato.

Ricordo ancora il momento in cui Irene aveva comunicato verbalmente con me e la gioia che avevo provato tentando di non enfatizzare l'accaduto e continuando a parlare.

Le verbalizzazioni della bambina sono poi continuate in modo fluido anche se all'arrivo dei padre o della madre si arrestava bruscamente ma in seguito anche questo comportamento è scomparso.

All'inizio all'interno della classe Irene si avvaleva di una compagna come mediatrice verbale per comunicare con le insegnanti e i compagni.

In seguito ha dapprima parlato all'orecchio e poi sottovoce ad un gruppo ristretto di compagni fino ad aumentare il tono della voce in presenza di un numero maggiore di bambini.

Nei confronti delle insegnanti aveva esibito dapprima un forte mutismo al quale le docenti avevano risposto con modalità comunicative paraverbali e poi sussurrando all'orecchio parole per poi giungere ad una comunicazione verbale più ricca.

Un'insegnante al fine di interrogare la bambina si è avvalsa di una classe vuota pensata come spazio nel quale Irene potesse sentirsi più a suo agio e ha concordato con la bambina l'ingresso graduale di compagni al suo interno.

I genitori della bambina hanno riferito una modificazione nel comportamento tradotto in una maggiore disinibizione, un maggior attivismo, una diminuzione di paure, un maggior desiderio di comunicare verbalmente.

Durante un incontro con la coppia genitoriale la madre aveva riferito: “ *Questo percorso ha fatto bene pure a me! Sono la prima a differenza del passato a sapere qual è la prossima festa alla quale parteciperemo!*”.

L'esplorazione era avvenuta non solo sul piano reale ma anche su quello della consapevolezza rispetto al proprio mondo emotivo e cognitivo.

Le emozioni erano riconosciute, accettate, mentalizzate e verbalizzate e le credenze disfunzionali rispetto alla paura del rifiuto e del giudizio del mondo erano in parte mutate o almeno Irene tentava di confutarle quotidianamente nei differenti ambienti di relazione.

I timori di essere rifiutata e non accettata erano attaccati da esperienze di relazioni reali, le nuove credenze davano forza ad una nuova consapevolezza.

Nel setting terapeutico la presenza di una base sicura, una figura adulta non giudicante ed accogliente, ha dato a Irene l'opportunità di sperimentare nuove modalità di relazione.

Le capacità genitoriali mutate grazie al lavoro intrapreso nel percorso di consulenza sono state decisive per il raggiungimento degli importanti cambiamenti.

I differenti circoli viziosi si sono interrotti o almeno sono mutati e ora Irene può utilizzare la parola come strumento di conoscenza di Sé e del mondo.

Il lavoro terapeutico svolto con la bambina ha avuto un particolare significato all'interno del mio percorso in quanto ho imparato a gestire lo spazio psicoterapico con modalità meno direttive.

Il setting era meno strutturato rispetto al lavoro con altre psicopatologie e dovevo privilegiare le richieste della bambina e non aspettarmi che fosse lei ad adattarsi alle mie.

Ho dovuto affrontare la mia difficoltà peculiare ad aspettare, a lasciare che le cose avvenissero secondo i loro ritmi senza assumere una posizione di controllo o accelerare i processi di relazione.

L'incontro con Irene mi ha permesso di comprendere realmente quanto le relazioni contengono aspetti pregnanti oltre il verbale.

Al fine di poter lavorare con la bambina è stato necessario posizionare l'attenzione in prevalenza sugli aspetti paraverbali e utilizzare canali comunicativi diversificati.

In un primo momento ho dovuto cogliere e accogliere la bambina in tutto il suo essere, cercando di creare un clima emotivo rassicurante, la classica *"base sicura"* per poi vivere insieme a lei il verbale con una valenza positiva e gratificante.

FOLLOW UP

Il monitoraggio del percorso terapeutico è stato effettuato attraverso un incontro dapprima quindicinale e poi mensile con la bambina e con i genitori e due incontri con le insegnanti durante un anno.

Durante gli incontri si evinceva una maggiore autonomia di Irene, tradotta in un'aumentata libertà di vivere le proprie emozioni e i propri pensieri.

Il distacco dalle figure genitoriali era vissuto con minore angoscia e in modo più adeguato. La parola era diventata un mezzo per conoscere gli altri e per conoscere se stessa.

I timori di essere rifiutata e giudicata erano confutati da esperienze di relazioni reali e le nuove credenze davano spazio ad una nuova consapevolezza.

Irene raccontava che spesso invitava a casa sua alcune amichette per trascorrere del tempo insieme a loro oppure era lei ad andare da loro.

Rispetto al contesto scolastico le insegnanti riportavano un ottimo rendimento scolastico ed un aumento dei momenti di relazione con i compagni della sua classe e anche della scuola.

Un'insegnante aveva raccontato un episodio che in cui aveva ammonito Irene di non parlare e che avrebbe ricordato per tutto il decorso della sua carriera scolastica: *"Ho detto di non parlare ad una bambina affetta da mutismo selettivo, lo ricorderò per tutta la mia carriera!"*.

Decisive per il raggiungimento degli importanti cambiamenti sono state le capacità genitoriali mutate grazie al lavoro intrapreso nel percorso di consulenza con la coppia genitoriale.

Sono stati rinforzate tutte le strategie adottate che portavano ad una maggiore acquisizione di autonomia da parte della bambina.

Le modificazioni delle variabili disfunzionali nella relazione con la bambina ha portato ad assumere una valenza propulsiva rispetto ai cambiamenti attesi nei confronti di Irene.

COMMENTO CONCLUSIVO

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 sulla conoscenza approfondita di questo disturbo rispetto alle sue caratteristiche peculiari e distintive, alla comparsa e individuazione, alla sua evoluzione e alle strategie di intervento più efficaci per questi bambini.

Tra le variabili che concorrono allo sviluppo della sindrome in questione è possibile annoverare i fattori biologici, identificabili come quelle predisposizioni geneticamente determinate che concorrono alle caratteristiche temperamentali del bambino, le inibizioni comportamentali che s'innescano e si strutturano nella storia di vita del bambino, le caratteristiche affettive della figura di attaccamento, lo sviluppo di nuclei di pensiero disfunzionale.

Il parallelismo tra caratteristiche biologiche e dinamiche familiari nel mutismo selettivo e nei disturbi d'ansia indicano una stretta relazione tra le loro eziologie.

Alcuni studiosi riconoscono il mutismo selettivo come espressione di una posizione depressiva e il mutismo è letto come una modalità per mascherare la propria depressione (Anthony 1977).

E' possibile individuare dei tratti depressivi in bambini con mutismo selettivo, ma probabilmente il clinico osserva una depressione secondaria in quanto i continui insuccessi e le frustrazioni rispetto alle difficoltà relazionali sono i vettori che porteranno il bambino in questa posizione.

Altri studiosi ritengono che il mutismo selettivo sia un tentativo di manipolazione dell'ambiente, un'espressione di patologia familiare o una psicopatologia dell'aspetto dissociativo psicotico.

Altri specialisti leggono il mutismo selettivo come una manifestazione di comportamento oppositivo o di un disturbo della motivazione, poiché il bambino non parla in alcune situazioni mentre parla liberamente in altre.

È utile e preciso considerare considerare il mutismo selettivo come una difesa involontaria contro la forte ansia del bambino.

I comportamentisti ritengono che il bambino con mutismo selettivo, stia usando il proprio silenzio come una forma di manipolazione dell'ambiente e gli approcci per il trattamento sono finalizzati a ristrutturare le condizioni ambientali del bambino.

E' opportuno che l'intervento verta non solo sul sintomo ma sulla ristrutturazione degli aspetti cognitivi ed emotivi che permetteranno al bambino di fronteggiare il mondo delle relazioni.

Alla luce delle ricerche disponibili sarebbe più adeguato inquadrare il mutismo selettivo, con le opportune differenze, nei disturbi d'ansia con esordio in età evolutiva.

Questa classificazione potrebbe essere benefica per il trattamento, poiché il bambino che manifesta mutismo selettivo, sarebbe trattato con la stessa comprensione di un bambino che è inibito dal punto di vista comportamentale o congelato dall'ansia.

Inoltre, le conoscenze sui disturbi d'ansia e i possibili interventi terapeutici sarebbero utilizzate nella cura del mutismo selettivo.

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.

La possibilità di migliorare e modificare la sintomatologia per un bambino con mutismo selettivo 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 e 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.

Se in futuro sarà possibile analizzare nel dettaglio i fattori ambientali, considerare le predisposizioni biologiche, così come identificare i codici comunicativi che s'innescano nello scambio relazionale caregiver-bambino, si potrà giungere ad una più profonda comprensione del perché si sviluppi un mutismo selettivo.