

Mutismo selettivo: eziologia, assessment e trattamento

Laura Bianchi¹

¹Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Grosseto

Riassunto

Il mutismo selettivo è un disturbo caratterizzato da una significativa difficoltà nel parlare in situazioni sociali specifiche, nonostante si sia in grado di parlare in altri contesti. Nel DSM 5 (APA, 2013) è inserito nella sezione dei disturbi d'ansia, in passato questo disturbo era stato invece associato all'oppositività in età evolutiva. L'attuale inquadramento diagnostico evidenzia che il mutismo selettivo è considerato una forma piuttosto rara ed estrema di fobia sociale (Holka-Poroska et al., 2018). Nel seguente lavoro, basato sull'analisi della letteratura e su esperienze cliniche, viene proposto un modello eziopatogenetico cognitivista del disturbo e presentato un profilo interno di funzionamento, sovrapponibile a quello della fobia sociale di Clark e Wells (1995), in cui l'inibizione comportamentale e la condotta mutacica sono considerati sintomi evitanti, finalizzati a proteggersi dal giudizio sociale. L'assessment con questi pazienti è spesso ostacolato dalla sintomatologia estremamente evitante, che genera inizialmente grosse difficoltà nell'instaurare la relazione terapeutica. In questo lavoro viene proposto un protocollo di intervento cognitivo-comportamentale per bambini tra i 6 e i 10 anni, basato su un modello cognitivista del disturbo e nel quale vengono presentate alcune delle difficoltà terapeutiche e le possibili strategie per affrontarle. Infine, si sottolinea la necessità di ulteriori studi sul mutismo selettivo, che risulta ancora sotto diagnosticato e poco trattato (Lang et al., 2015).

Parole chiave: Mutismo selettivo, Età evolutiva, Ansia sociale, Modello eziopatogenetico cognitivista, Profilo interno, Assessment, Relazione terapeutica, Intervento cognitivo-comportamentale

Selective mutism: etiology, assessment and treatment

Abstract

Selective Mutism is a disorder characterised by a lack of speech in some social setting although the individual speaks normally in other situations. The last edition of the classification of Mental Disorder (APA, 2013) placed Selective Mutism in "Anxiety Disorders", while in the past symptoms were associated with opposition in childhood. Today selective mutism is considered a rare and extrem form of social phobia (Holka-Poroska et al., 2018). This work is based on the recent literature and clinical experiences, it proposes a cognitive etiopathogenetic model, trying to explain the disorder's functioning. According to the cognitive model of social anxiety (Clark e Wells, 1995), mutism and behavioral inhibitions can be considered avoidant symptoms to protect themselves from social judgment. Moreover the assessment with these patients is critical because the main symptoms complicate the therapeutic relationship. In this work a cognitive behavioral intervention for children is proposed, some problems and possible strategies are discussed. Finally more studies on the selective mutism's treatment are needed, actually the disorder is still underdiagnosed and undertraited (Lang et al. 2015).

Key words: Selective Mutism, Childhood, Social phobia, Cognitive etiopathogenetic model, Assessment, Therapeutic relationship, Cognitive behavioral intervention

Inquadramento diagnostico, fattori eziopatogenetici e comorbidità

I cambiamenti nei sistemi di classificazione diagnostica

Il mutismo selettivo venne descritto la prima volta nel 1877 da un medico tedesco, *Kussmaul*, che per descrivere il disturbo parlò di “**Afasia volontaria**” (Kussmaul, 1877), sottolineando quindi che il bambino, volontariamente, rifiutava di parlare in situazioni sociali. Nel 1934 Tramer, psichiatra svizzero, utilizzò il termine di “**Mutismo elettivo**” (Tramer, 1934) che, adottato nelle edizioni del DSM III (APA, 1980) e III-R (APA, 1987), venne poi sostituito con quello di “**Mutismo selettivo**” nel DSM IV (APA, 1994) e IV-R (APA, 2000), al fine di evidenziare che il bambino evita di parlare solo in alcuni contesti da lui selezionati. Nel DSM-5 (APA, 2013) l’etichetta diagnostica di Mutismo selettivo rimane invariata, ma il disturbo viene spostato dalla sezione dei Disturbi dell’infanzia e dell’adolescenza al capitolo dei Disturbi d’Ansia. Negli anni 1980-1990 il rifiuto di parlare veniva considerato soprattutto una forma di oppositività del bambino, mentre attualmente il mutismo selettivo viene considerato come una forma specifica, piuttosto rara ed estrema, di fobia sociale (Holka-Pokorska et al., 2018).

Incidenza ed età d’esordio

La maggior parte delle ricerche scientifiche sul mutismo selettivo sono basate su gruppi molto piccoli o casi singoli. Gli studi epidemiologici mostrano che il mutismo selettivo è un disturbo raro, con un’incidenza nella popolazione tra 0.71-2% (Bergman et al., 2002). Il mutismo selettivo sembra interessare maggiormente le femmine rispetto ai maschi, con un rapporto 2:1 (Steinhausen e Juzi 1996), (Kristensen, 2000) e sembra prevalere nei bambini bilingue (Cohan et al., 2006). L’età d’esordio del mutismo selettivo è tra i 2.7 e i 4.1 anni (Cunningham et al., 2004), tuttavia, nella maggior parte dei casi, il disturbo non viene riconosciuto prima dei 5 anni, con l’inizio della scuola primaria. L’età principale della diagnosi è 6.5 anni, in alcuni studi viene evidenziato un intervallo di tempo di 14 mesi circa dalla comparsa dei sintomi alla diagnosi (Kristensen, 2000), questo perché il mutismo spesso è osservato solo in specifici contesti e può venire spiegato con timidezza del bambino, inoltre il sintomo è spesso sottovalutato, mentre una precoce individuazione del disturbo permetterebbe di intervenire precocemente, prevenendo o limitando la compromissione del funzionamento sociale del bambino (Schwartz et al., 2006).

Comorbidità

Una rilevante comorbidità riscontrata è quella tra mutismo selettivo e altri disturbi d'ansia (Bergman et al., 2013), tra i quali la fobia sociale (65-100%), il disturbo d'ansia da separazione (17-32%), fobie specifiche (30-50%), pregresso disturbo della comunicazione (50%), e disturbi dell'evacuazione (16-29%). Il tasso di comorbidità con disturbi esternalizzanti, come i disturbi oppositivi provocatori, è molto più basso (6-10%) rispetto al livello di comorbidità con i disturbi d'ansia (Manassis et al., 2008). Perciò il mutismo selettivo sembra essere più spesso correlato allo spettro dei disturbi d'ansia, rispetto a quello dei disturbi esternalizzanti e quindi il legame precedentemente ipotizzato tra mutismo selettivo e oppositività è stato recentemente messo in discussione (Anstendig, 1999), (Bogels et al., 2010). Per quanto riguarda la comorbidità tra mutismo selettivo e altri disturbi d'ansia è possibile ipotizzare tale fenomeno adottando un'ottica di continuum, ovvero quando uno stesso pattern di vulnerabilità può portare allo sviluppo di sintomi ansiosi differenti, che a loro volta possono configurarsi in un disturbo diverso dello stesso spettro. A favore di questa ipotesi vi sono i dati relativi alla prognosi del disturbo, i cui sintomi spesso vanno a ridursi nel tempo ma rimangono problemi di comunicazione e ansia sociale; vi è inoltre un alto rischio, per pazienti con mutismo selettivo, di sviluppare, in adolescenza ed età adulta, un altro disturbo psichiatrico. Studi longitudinali hanno mostrato che 13 anni dopo la diagnosi di mutismo selettivo, il 58% aveva avuto una totale remissione dei sintomi, tuttavia il 58% aveva sviluppato un altro disturbo ed il 42% una fobia specifica, la maggior parte dei casi fobia sociale (Steinhausen et al., 2006). Per quanto riguarda invece la comorbidità con disturbi del linguaggio e della comunicazione (Steinhausen et al., 1996), (Klein et al., 2012), in una valutazione su 44 bambini con mutismo selettivo, i punteggi delle prove per valutare la componente recettiva del linguaggio sono risultati significativamente inferiori rispetto sia a bambini con disturbi d'ansia, che a bambini appartenenti al gruppo di controllo (Manassis et al., 2007). Oltre ai disturbi del linguaggio, recentemente alcuni autori hanno ipotizzato che un'anomalia nel processamento dell'informazione uditiva potrebbe influenzare il modo in cui i bambini con mutismo selettivo percepiscono la loro voce, infatti il 71% dei bambini con mutismo selettivo mostrano atipicità nel funzionamento delle vie uditive efferenti rispetto a solo il 16% dei bambini nel gruppo di controllo (Muchnik et al., 2013).

Modelli eziopatogenetici

Il mutismo selettivo è considerato un quadro diagnostico molto complesso, esistono diversi modelli eziopatogenetici nei diversi approcci psicologici: comportamentisti (Krynski, 2003), (Leonard, 1993), (Wong, 2010), psicodinamici (Giddan e Milling, 1999) e sistemico relazionali (Krynski, 2003), (Melfsen et al., 2006). Tuttavia, data la complessità del disturbo, le ricerche recenti suggeriscono l'adozione di una teoria integrata dello sviluppo (Viana et al., 2009) e di un modello eziopatogenetico complesso che tenga conto dell'interazione di più fattori di vulnerabilità (Muris et al., 2015):

- vulnerabilità genetica e familiarità: alcuni studi rilevano, nelle famiglie con bambini affetti da mutismo selettivo, una presenza significativamente maggiore rispetto ai controlli di problematiche psicopatologiche afferenti all'area del ritiro sociale: ansia sociale, disturbo evitante di personalità, o tratti comportamentali indicativi di una ridotta socialità (Kristensen e Torgersen, 2002), (Remschmidt et al., 2001), (Chavira et al., 2007). Questo fa ipotizzare, in modo indiretto, l'esistenza di una componente genetica del disturbo. Pochissimi studi di caso su gemelli monozigoti, tutti di sesso femminile, hanno evidenziato la presenza del disturbo in entrambe le sorelle (Segal, 2003), (Sharkey e McNicholas, 2006), (McLeod e Rogers, 2009). Recentemente, in uno studio su materiale genetico di famiglie con problemi d'ansia sociale, è stato individuato un polimorfismo specifico che risulta essere associato al mutismo selettivo (Stein et al., 2011);
- vulnerabilità temperamentale: il fattore maggiormente studiato è l'inibizione comportamentale, cioè la tendenza a reagire con eccessiva tensione, emotività e irritabilità a persone, situazioni, oggetti nuovi o non familiari (Kagan et al., 1988). Se presente nei primi due anni di vita, è un predittore dello sviluppo di timidezza (patologica), ansia sociale e depressione in età adolescenziale e adulta (Biederman et al., 2001), (Hirshfeld-Becker et al., 2007). Diversi studi osservazionali hanno verificato che una percentuale di bambini con mutismo selettivo, compresa tra il 68% e 85%, manifesta comportamenti di inibizione o tratti di timidezza (Kumpulainen et al., 1998), (Steinhausen et al., 1996). Oltre all'inibizione, come fattore di vulnerabilità, è stato a lungo discusso il temperamento oppositivo, osservato in alcuni bambini con mutismo selettivo, tuttavia si ritiene che l'oppositività non sia un fattore eziologico di base ma che, presente in una sottopopolazione di bambini, può essere solo una delle manifestazioni comportamentali osservate (Muris e Ollendick, 2015);
- vulnerabilità ambientale: lo stile genitoriale che rappresenta un fattore di rischio è di tipo iperprotettivo-controllante; non ci sono nessi causali tra eventi familiari traumatici e mutismo selettivo, come si ipotizzava nel passato. Le famiglie con bambini affetti da mutismo selettivo sono state descritte come conflittuali, isolate, che si astengono dai contatti sociali e da attività ricreative (Remschmidt et al., 2001). Nell'ambiente scolastico possono essere significative le esperienze di critica, bullismo, umiliazione, in quanto possono contribuire alla percezione di se stessi come inadeguati, diversi dagli altri e rifiutati. Fattori socioculturali: in letteratura si evidenzia l'importanza della dimensione linguistica, alcuni studi riportano una prevalenza del mutismo selettivo quattro volte maggiore nella popolazione immigrata rispetto a quella autoctona (Elizur e Perednik, 2003). Tra i fattori che sembrano avere influenza vi sono l'utilizzo della lingua d'origine nel contesto domestico e l'essere nati in un altro stato e quindi dover apprendere una seconda lingua (Tabors, 1997). Tuttavia, non è ben chiaro se i fattori legati alla minoranza

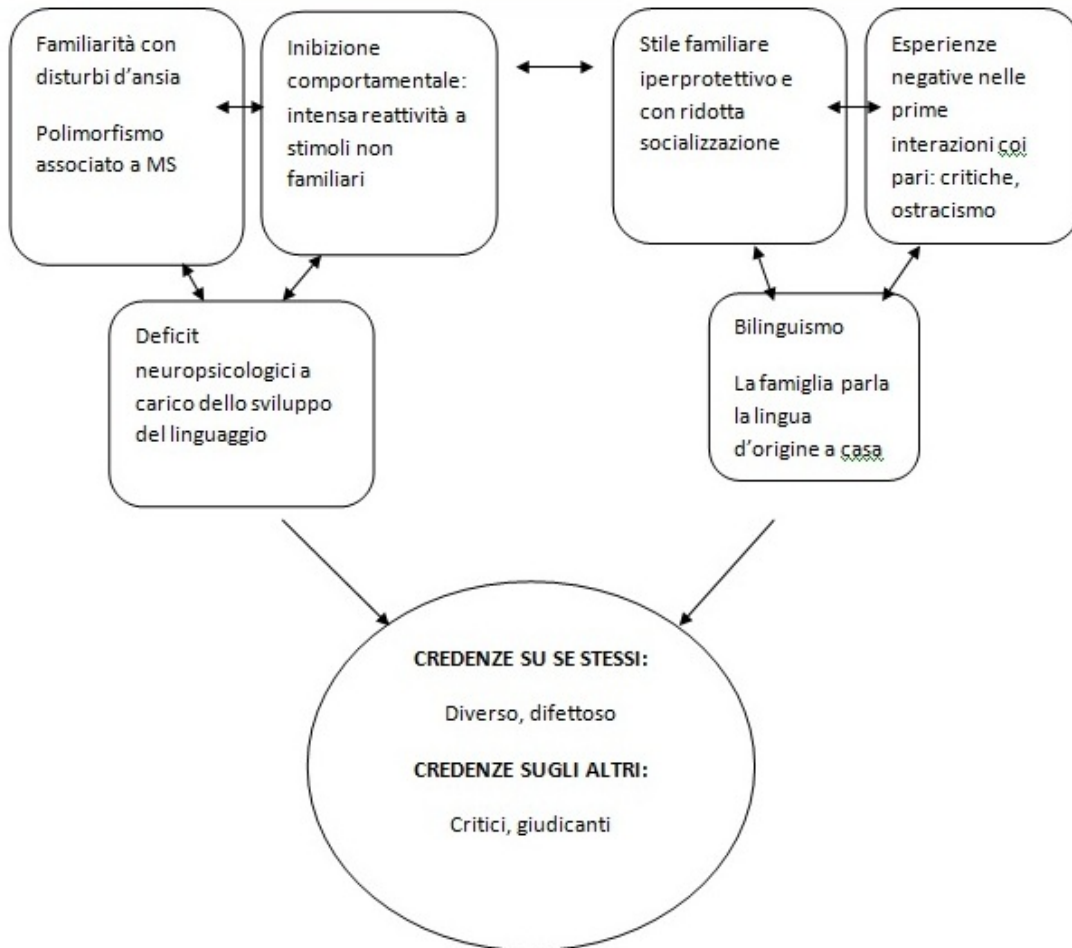
etnica, status sociale, bilinguismo, possibili discriminazioni e ostracismo dei pari, producano o mantengano il mutismo selettivo in bambini immigrati (Toppelberg et al, 2005);

- vulnerabilità neuropsicologica: molti studi hanno enfatizzato la presenza di deficit nella fluenza e nella sintassi in bambini con mutismo selettivo. Nonostante un normale linguaggio in ambiente domestico, alcuni bambini, confrontati con bambini affetti da fobia sociale e sani, mostrano diversi deficit di linguaggio a test standardizzati. Uno studio evidenzia che migliori fluenza sintattica e grammaticale correlano con un minor numero di sintomi gravi di mutismo (Manassis et al., 2007), (Mc Innes et al., 2004). Perciò si ipotizza una forte correlazione tra deficit di linguaggio e le condotte evitanti manifestate dalla mancanza di contatto verbale. Studi recenti indicano la presenza di disturbi a carico dei processi uditivi nei bambini con mutismo selettivo, questi comportano disfunzioni nel monitoraggio della voce e nella qualità della produzione linguistica (Henkin e Bar-Haim, 2015). Alcune ricerche evidenziano che l'introversione correla con anomalie di funzionamento di meccanismi fisiologici importanti per il monitoraggio e la regolazione della vocalizzazione (Hoy, 2002), influenzando la preferenza verso ambienti più tranquilli e meno rumorosi. Bar-Haim e Henkin (2015) hanno individuato una significativa riduzione dei potenziali evocati a stimoli uditivi nei bambini con mutismo selettivo. Gli autori ipotizzano che bambini con mutismo selettivo abbiano deficit di sincronizzazione nei compiti in cui viene richiesta, in modo simultaneo, la recezione e la produzione linguistica. Come risposta comportamentale questi bambini abbassano la voce, sussurrano oppure rifiutano totalmente di parlare. Ciò avviene soprattutto nei contesti in cui devono essere processati molti stimoli uditivi. Alcune teorie affermano che i bambini con mutismo selettivo rimangono inconsapevoli dei loro deficit linguistici fino all'età prescolare o scolare, se non frequentano la scuola dell'infanzia, così quando viene loro chiesta un'interazione sociale coi pari, che hanno un normale sviluppo del linguaggio, questi bambini possono essere esclusi. I bambini con temperamento inibito reagiscono con una forte risposta ansiosa e potrebbero rispondere a questo confronto sociale con l'evitamento dell'ambiente scolastico e con il mutismo (Bar-Haim e Henkin, 2004).

Eziopatogenesi del mutismo selettivo: una prospettiva cognitivista

In una prospettiva cognitivista (Beck 1976), è possibile ipotizzare che i fattori di vulnerabilità elencati nel precedente paragrafo contribuiscano, interagendo tra loro, alla costruzione di credenze su se stessi, sugli altri e sull'ambiente esterno, che influenzano le reazioni emotive agli eventi e guidano le risposte comportamentali dei bambini in situazioni sociali. Nel caso del mutismo selettivo, le recenti ricerche su singoli casi evidenziano la presenza di credenze su se stessi come diversi dagli altri, questa diversità è valutata negativamente dai bambini. L'ambiente esterno è visto come tendenzialmente pericoloso ed innesca una forte risposta ansiosa, gli altri sono visti come critici e rifiutanti, perché proprio nella

relazione sociale il bambino può trovare le conferme della sua diversità ed inadeguatezza (Capobianco, 2009), (D’Ambrosio e Coletti, 2002).



Il funzionamento psicologico del paziente con mutismo selettivo

Il profilo interno

Gli studi sui singoli casi e le osservazioni cliniche suggeriscono che il funzionamento psicologico del paziente con mutismo selettivo sia sovrapponibile a quello dei disturbi d’ansia, con riferimento in particolare alla fobia sociale (Bissoli, 2003, 2007); le emozioni e le manifestazioni comportamentali maggiormente descritte in questi quadri clinici sono l’imbarazzo, la vergogna, la timidezza, la diffidenza, il ritiro sociale (D’Ambrosio e Coletti, 2002), (Gordon, 2001), (Cohan et al., 2006). Il bambino con mutismo selettivo, quando si trova in specifiche situazioni sociali, sembra avere una reazione di *freezing*, che riguarda tutte le funzioni comunicative e relazionali: espressività, condivisione di sguardi, movimenti,

gesti e linguaggio. Molti autori descrivono i seguenti tratti comportamentali tipici dei bambini con mutismo selettivo: 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 “ignorasse” l’altro (Capobianco, 2009). La risposta inibitoria del bambino è spesso così forte e pervasiva da far pensare all’interlocutore che il bambino sia o fortemente oppositivo o traumatizzato e da queste manifestazioni sintomatiche sono derivate infatti le teorie precedenti, in seguito invalidate, sull’eziopatogenesi del disturbo. Tutte le descrizioni sui bambini con mutismo selettivo presenti in letteratura fanno riferimento alla timidezza e all’ansia, sembrerebbe quindi che il bambino risponda all’estrema allerta di fronte a situazioni non familiari con condotte di ritiro ed evitamento, probabilmente le uniche strategie del bambino per gestire il disagio percepito. Nel corso del tempo, potrebbe accadere che il bambino consolidi questa modalità di risposta, che diventa quindi un fattore di mantenimento degli stati ansiosi di fronte a situazioni specifiche; inoltre il mutismo potrebbe generare vissuti di metavergogna, infatti nelle relazioni sociali si configura come una manifestazione di timidezza estrema, che viene notata dagli altri e che aumenta così la probabilità che il bambino possa percepirsi, durante il confronto con gli altri, “incapace, inadeguato socialmente, noioso e non interessante”. Alcuni clinici di impronta cognitivista ipotizzano che i pazienti con mutismo selettivo abbiano le seguenti credenze circa se stessi: “sono diverso dagli altri bambini, sono meno capace, meno bravo, meno simpatico, meno interessante; sono troppo timido, pauroso e vergognoso”. Il bambino si sente minacciato dal giudizio degli altri, teme il fatto di esporsi socialmente, probabilmente quindi crede che gli altri siano giudicanti, critici e rifiutanti. Dato che l’ansia è il principale sintomo del disturbo, si può inferire che questi bambini si rappresentino l’ambiente esterno come imprevedibile e pericoloso (Bissoli, 2003, 2007), (Capobianco, 2009).

Secondo il modello cognitivista, le credenze personali guidano il comportamento dell’individuo e gli permettono di creare regole utili a prevedere conseguenze di azioni e soprattutto a salvaguardare i propri scopi e valori (Beck, 1976), (Miceli e Castelfranchi, 1999). Si può ipotizzare che il bambino con mutismo selettivo abbia costruito, nel corso dello sviluppo, regole di questo tipo:

- Se gioco, se parlo, mi sentirò a disagio, in ansia, mi vergognerò.
- Se mi agito allora vuol dire che non sono come gli altri, sono diverso.
- Se parlo o gioco (quindi se mi espongo socialmente) gli altri si accorgeranno che sono a disagio e che sono diverso da loro (meno capace, meno simpatico...).

Gli *antigoal* per il bambino sarebbero quindi i seguenti:

- Provare ansia, vergogna.
- Gli altri si accorgono che sono diverso, ovvero difettoso rispetto agli altri.

L’inadeguatezza percepita, nel caso del mutismo selettivo, potrebbe derivare da un reale deficit neuropsicologico a carico del sistema di produzione-recezione del linguaggio, come hanno mostrato alcuni

studi recenti (Henkin e Bar-Haim, 2015), che contribuirebbe a creare una sensibilità all'esposizione della voce nei bambini molto timidi ed inibiti. È ipotizzabile quindi che il bambino, con temperamento ansioso e tendenza all'inibizione, nelle prime interazioni sociali percepisca di non essere come gli altri e sperimenti forte disagio, prima per la separazione dalle figure di riferimento, poi per il confronto con gli altri e le richieste sociali da parte dell'ambiente. Inoltre, la letteratura presenta una percentuale significativa di bambini con mutismo selettivo che vivono una condizione di bilinguismo (Tabors, 1997), in questo caso l'inadeguatezza potrebbe derivare anche dal fatto di percepire differenze di pronuncia o nella fluency, avvertire intrusioni mentali di parole dell'altra lingua, tutto ciò potrebbe rendere il bambino meno sicuro di parlare o più esposto a commenti e giudizi degli altri bambini. Occorre però constatare che non tutti i bambini con debolezze nel processamento linguistico o bilinguismo sviluppano mutismo selettivo, quindi essi non sono fattori sufficienti a spiegarne l'eziopatogenesi; probabilmente entrano in gioco altri fattori: genetici e temperamentali, i legami di attaccamento, i modelli parentali. A causa di queste credenze di sé come difettoso rispetto agli altri, nelle situazioni sociali il bambino sperimenta una forte attivazione ansiosa, così intensa da non permettergli di organizzare risposte adattive, appena si avvicina la minaccia percepita, si osserva nel bambino una fortissima risposta inibitoria, così pervasiva che crea disagio e senso di impotenza a chi si trova di fronte a lui. Questa inibizione espressiva, motoria, linguistica, assomiglia alla risposta di *freezing*, osservata in alcune specie animali proprio in momenti di forte minaccia, quando non sono possibili risposte più efficaci per affrontare il grave pericolo. Da ciò, si può ipotizzare che il bambino con mutismo selettivo consideri l'interazione sociale come una minaccia non affrontabile, quindi che si valuti inefficace socialmente, l'ansia e la vergogna sperimentate inoltre gli confermano il pericolo imminente (*affect as information*) e probabilmente, incrementando la risposta ansiosa, aumenta anche l'intensità della risposta inibitoria. È molto probabile che il bambino non abbia maturato abilità di gestione dell'ansia e della vergogna, infatti queste emozioni sono da lui valutate come pericolose, fastidiose, segno di debolezza, il bambino con mutismo selettivo si meta vergogna, cioè prova emozioni spiacevoli, come preoccupazione, rabbia, tristezza quando si accorge di provare vergogna e ciò contribuisce a mantenere il suo disturbo, proprio come accade nella fobia sociale. Dalle interviste a clinici che si occupano di pazienti con mutismo selettivo, emerge anche che questi bambini hanno un eccessivo automonitoraggio, sono attenti quindi ai segnali di attivazione ansiosa, ed hanno una grande capacità di controllo comportamentale (Rezzonico et al, 2018). Tutto ciò può essere funzionale a salvaguardare lo scopo di non mostrare agli altri la propria vergogna. È quindi possibile proporre un modello cognitivista del mutismo selettivo, sovrapponibile a quello di Clark e Wells della fobia sociale, infatti si ritiene che il mutismo selettivo sia una manifestazione psicopatologica dell'ansia sociale che può presentarsi in età infantile, inoltre alcuni studi sembrano sottolineare la forte correlazione tra mutismo selettivo ed inibizione comportamentale, che è un fattore di vulnerabilità importante anche nella fobia sociale (Kumpulainen et al., 1998), (Steinhausen et al., 1996). Nel mutismo selettivo, tuttavia, si osserva

un'inibizione comportamentale più forte rispetto alla fobia sociale, nella quale prevalgono le condotte evitanti le situazioni sociali temute e, solo in alcuni casi, si può verificare una risposta di così forte inibizione. Si può ipotizzare che nel mutismo selettivo prevalga quindi la reazione di *freezing*, rispetto a quella di fuga, probabilmente anche perché questa patologia si presenta nell'infanzia ed il bambino ha meno possibilità di sottrarsi fisicamente ad una situazione temuta (specialmente se si sente poco capace di affrontare l'ambiente e non ha tratti impulsivi), potrebbe quindi sentirsi più vulnerabile ed inefficace, questo potrebbe provocare una risposta d'ansia molto intensa e quindi potrebbe presentarsi una risposta comportamentale inibitoria più forte. Mutismo ed inibizione si mantengono perché hanno un'importante funzione di rinforzo negativo per il bambino, ovvero riducono momentaneamente il forte disagio dovuto all'ansia nei momenti di confronto sociale, disagio ritenuto insopportabile dal bambino. Infatti, il bambino si sottrae volontariamente all'interazione sociale, nell'unico modo che probabilmente ha imparato. Gli effetti del mutismo solitamente sono che gli altri, specialmente i coetanei, non gli chiedono più di parlare, non lo invitano a giocare, talvolta lo ignorano del tutto; ciò produce nell'immediato una sensazione di sollievo per il bambino, che avverte una diminuzione del disagio, del fastidio e dell'ansia, perché non si sente più al centro dell'attenzione, è come se fosse protetto dal mutismo, tuttavia questa protezione conferma al bambino le credenze circa la sua diversità e la sua inadeguatezza sociale, aumenta così la probabilità di sperimentare emozioni secondarie spiacevoli, quali tristezza, ansia e rabbia ed ostacola lo sviluppo di abilità sociali importanti.

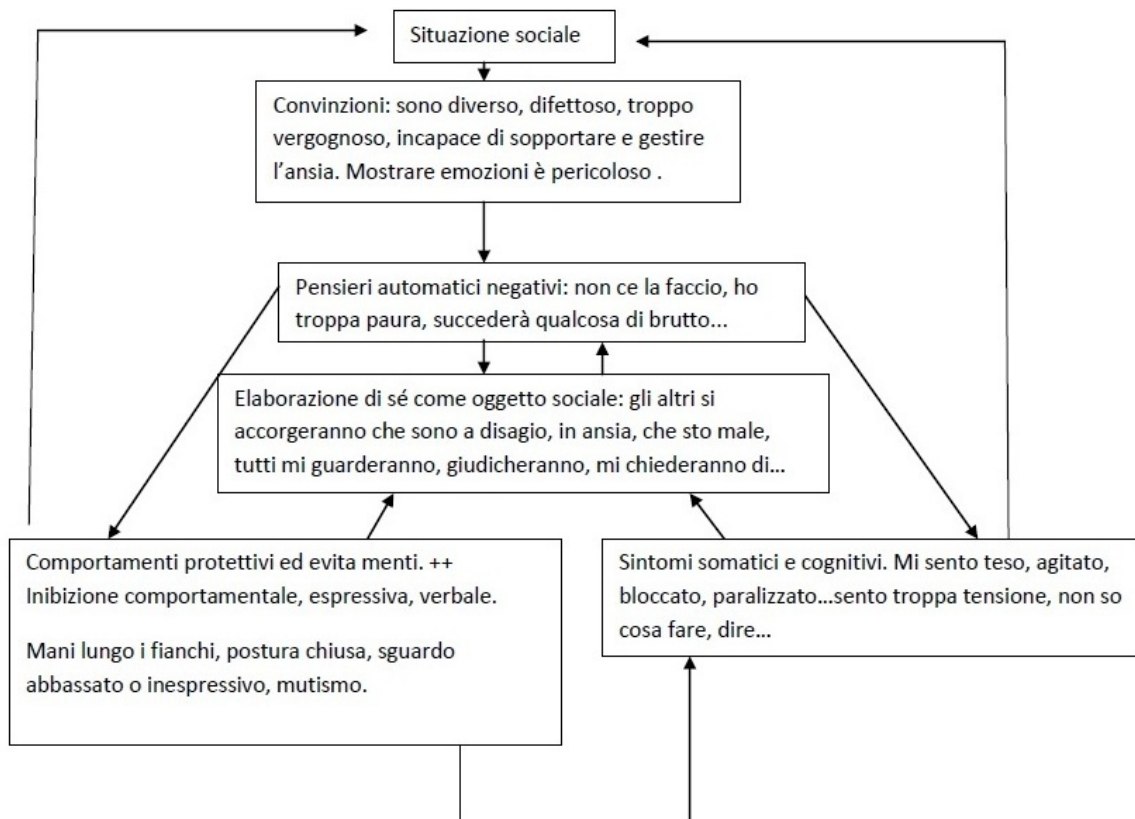


Figura 2. Funzionamento del mutismo selettivo adattato al modello cognitivo di Clark e Wells della fobia sociale (1995).

Assessment e valutazione

Per molti anni la valutazione del mutismo selettivo è stata fatta attraverso griglie d'osservazione compilate da clinici e insegnanti formati. Ad esempio, il *Selective Mutism Behavioral Interaction Coding System-Revised* (Bergman et al., 2008) permette di codificare in modo dettagliato il comportamento comunicativo del bambino in relazione ai differenti interlocutori. Dal 2001 sono stati sviluppati alcuni questionari standardizzati, tuttavia nessuno di questi strumenti è stato ancora validato in lingua italiana.

Autore e anno	Strumento	Numero di item e scale
Bergman et al., 2001; 2008	Selective Mutism Questionnaire (SMQ) compilato dal genitore.	17 item; punteggio globale e tre sottoscale (contesto scolastico, sociale, familiare)
Bergman et al., 2002	School Speech Questionnaire (SSQ), compilato dall'insegnante	6 item; punteggio globale
Muri set al., 2017	The Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5)- selective mutism subscale	4 item; punteggio globale (parte di un questionario più ampio per i disturbi d'ansia)

Tabella 1. Strumenti di assessment

Dal 2018 l'Associazione Italiana Mutismo Selettivo (A.I.MU.SE.) sta raccogliendo dati per validare il *Selective Mutism Questionnaire* in lingua italiana (www.aimuse.it). Uno strumento utile per valutare un bambino con mutismo selettivo e monitorarne i progressi durante un percorso di terapia è la scala di comunicazione SM-SCCS (*selective mutism stage of communication comfort scale*), riguarda la facilità di comunicazione ed illustra le differenti fasi attraverso le quali un bambino con mutismo selettivo passa progressivamente dalla condotta mutacica alla parola (Shipon-Blum, 2010). Questo strumento, secondo l'autore, permette di valutare il livello d'ansia sociale nei vari contesti di vita del bambino e con diversi interlocutori, tramite indagine sul tipo di comunicazione messa in atto: assenza di comunicazione, comunicazione gestuale, comunicazione attraverso mediatore verbale e comunicazione verbale. La scala suggerisce un'osservazione del comportamento del bambino nelle diverse situazioni ed un percorso terapeutico graduale, basato sulla riduzione dei livelli d'ansia, che faciliterebbe progressivamente l'apertura del bambino e la sua esposizione durante l'interazione sociale, quest'ultima non sarà subito di tipo verbale ma verrà preceduta da un minor livello di inibizione motoria e quindi da una sempre più attiva partecipazione di tipo espressivo e gestuale, dopodiché potrà esserci un inizio di utilizzo della parola.

Il bambino con mutismo selettivo teme di rompere l'abitudine del silenzio perché preoccupato della reazione che avranno gli altri, si immagina le attenzioni degli altri su di lui, il loro stupore e tutto ciò viene valutato pericoloso perché innescherebbe emozioni di forte vergogna, il bambino si sentirebbe diverso proprio a causa di tutta quell'attenzione ricevuta, che evidenzerebbe quindi il suo disagio e confermerebbe a tutti la sua emotività ed inadeguatezza. Questo scenario ostacola il cambiamento, anche quando il bambino è sinceramente motivato a superare le sue paure, per questo è opportuno lavorare attraverso una desensibilizzazione progressiva ed un'esposizione graduale, cercando di ridurre i livelli d'ansia e quindi l'intensità della risposta inibitoria. Spesso le richieste troppo elevate, le insistenze da parte degli adulti, le domande, possono mantenere il mutismo proprio perché innescano nel bambino una reazione d'ansia eccessiva e quindi portano ad un'ulteriore inibizione comportamentale. La scala di comunicazione SM-SCCS è utile per agire gradualmente e registrare i piccoli cambiamenti, le minime aperture del bambino, programmando un percorso terapeutico adeguato a lui, con obiettivi raggiungibili e soprattutto, lo strumento evidenzia l'importanza di promuovere nel bambino tutti i canali comunicativi e quindi di non ostinarsi a dover utilizzare ed ottenere la comunicazione verbale, infatti insistere su ciò è solitamente controproducente, specialmente se lo si fa senza prima aver compreso il bambino, essere entrati in sintonia con lui, aver condiviso il suo problema e il livello d'ansia che prova nelle varie situazioni. L'*assessment* è una fase che può richiedere molto tempo, proprio per la difficoltà nell'entrare in relazione con una persona che ha paura di interagire e quindi evita lo sguardo, è inibito, non comunica in alcun modo. Spesso i primi obiettivi terapeutici possono essere l'accettazione da parte del bambino di stare in stanza senza la madre, la graduale disinibizione motoria nel gioco e la cooperazione, la progressiva espressività, quindi l'interazione non verbale innanzi tutto. Nella fase di *assessment* è importante raccogliere informazioni dai genitori e dagli insegnanti, avere quindi conoscenza di quali sono le situazioni e le persone con cui il bambino interagisce maggiormente, questo permette di fare inferenze e ipotesi circa il funzionamento, e soprattutto sulla pervasività e gravità del disturbo. Inoltre è utile raccogliere informazioni sulle paure del bambino perché se fossero presenti altre fobie in comorbidità, occorrerà valutare se trattarle prima del mutismo, lavorando comunque sullo stesso nucleo psicopatologico dell'ansia. Le informazioni possono essere raccolte attraverso colloquio, osservazione, registrazioni, interviste e questionari (*CBCL*, *ABAS-II*, *SAFA*), per genitori e insegnanti. Le problematiche in questa prima fase sono soprattutto relative alla relazione col bambino e alla gestione delle aspettative dei genitori e degli insegnanti. A volte gli adulti credono che il bambino sia oppositivo e testardo quindi reagiscono con rabbia, colpevolizzazione oppure, per evitare emozioni spiacevoli quali disagio, impotenza e frustrazione, ignorano il bambino, altre volte si sostituiscono a lui nel rispondere alle richieste che gli vengono rivolte. Questi atteggiamenti contribuiscono a mantenere il disturbo, perché aumentano il disagio, le emozioni negative e confermano le credenze di inefficacia e difettosità che il bambino ha su se stesso, infine, soprattutto nel caso in cui il genitore si sostituisce e iperprotegge il figlio, il bambino vedrà

impossibile disconfermare le sue previsioni catastrofiche e quindi i suoi timori sull'esposizione al giudizio altrui saranno mantenuti e rinforzati. Anche il clinico, oltre a riuscire ad entrare in relazione col bambino, deve fare attenzione a non essere né troppo prudente e protettivo, né frettoloso di raggiungere traguardi; nel primo caso perché il suo comportamento non stimolerebbe il bambino a cambiare le sue credenze e ad esporsi, nel secondo caso perché il bambino si sentirebbe troppo sotto pressione e non saprebbe gestire un livello d'ansia troppo intenso, se non con l'inibizione e l'evitamento, quindi attraverso le modalità disfunzionali che conosce e alle quali è abituato.

Fattori di mantenimento		
Individuali		Interpersonali
Cognitivi	Comportamentali	
Idea di sé come inadeguato ed incapace perché timido e vergognoso.	Evitamento delle situazioni sociali temute.	Iperprotezione: conferma l'idea di essere indifeso ed in pericolo. Sostituzione: conferma l'idea di essere incapace.
Catastrofizzazione della vergogna ("è terribile, non lo sopporto").	Inibizione motoria, espressiva e verbale.	Rimprovero: conferma l'inadeguatezza (attribuisce al bambino l'intenzionalità di non parlare come condotta oppositiva).
Affect as information ("se mi sento agitato allora succederà qualcosa che non voglio").	Comportamenti protettivi.	Indifferenza: conferma l'idea di non essere interessante e la previsione di essere criticato e rifiutato. Riduce l'ansia anticipatoria perché diminuisce il rischio di interazione sociale. Apprezzamenti che sottolineano al bambino la sua diversità: confermano l'idea che gli altri lo considerino diverso da loro, in termini negativi (difettosità, incapacità).
Anxiety sensitivity.		
Elaborazione di sé come oggetto sociale.		
Ipermonitoraggio dei segnali di attivazione emotiva.		
Attenzione selettiva verso segnali che confermano la minaccia di un giudizio negativo.		

Tabella 2. Fattori di mantenimento del mutismo selettivo

Linee di intervento

Proposta di un protocollo cognitivo-comportamentale

La letteratura attuale purtroppo riporta pochi studi sull'efficacia dei diversi trattamenti del mutismo selettivo, tuttavia le ricerche e i dati clinici suggeriscono l'utilità delle tecniche cognitivo-comportamentali: un recente studio ha evidenziato l'efficacia del trattamento cognitivo-comportamentale nei casi di mutismo selettivo (Ostergaard 2018), altri autori hanno portato evidenze sull'efficacia di tecniche cognitivo-comportamentali nel trattamento del mutismo selettivo, soprattutto nella riduzione dei

sintomi e anche nel mantenimento dei risultati nei follow-up a lungo termine (Lang et al. 2016). Le tecniche cognitive comportamentali sono le più efficaci nel trattamento dei disturbi d'ansia in età evolutiva, il DSM 5 inserisce il mutismo selettivo all'interno dell'ampio spettro dei disturbi d'ansia ed il modello di funzionamento che sembra spiegare maggiormente la sintomatologia inibitoria è quello della fobia sociale, per cui si può ipotizzare che sia utile adattare il protocollo di intervento cognitivo-comportamentale della fobia sociale al mutismo selettivo.

Di seguito si propongono le fasi di un intervento cognitivo comportamentale sul mutismo selettivo, pensato principalmente per bambini della scuola primaria dai 6 ai 10 anni. Queste indicazioni di trattamento si basano sullo studio della letteratura e sull'esperienza clinica.

1° Fase: costruire l'alleanza terapeutica coi genitori e con il bambino facilitando i suoi comportamenti di interazione sociale, attraverso la riduzione dell'ansia e dell'inibizione.

Il colloquio con i genitori deve avere l'obiettivo di informarli circa la diagnosi e soprattutto di condividere con loro un modello cognitivo-comportamentale del disturbo. È importante sottolineare la necessità che i genitori siano attivamente coinvolti nella terapia e condividere con loro gli obiettivi graduali dell'intervento. Si consiglia di attivare un percorso di parent training, utile a modificare i comportamenti che mantengono il problema nella relazione col figlio, o comunque prevedere incontri periodici con i genitori. Inoltre, se inizialmente il bambino rifiuta di parlare col terapeuta, i genitori possono essere istruiti ad indagare gli stati emotivi del figlio e raccogliere informazioni utili a costruire un profilo interno di funzionamento del paziente. Il coinvolgimento dei familiari è rilevante nelle varie fasi del trattamento, ad esempio quando il bambino presenta una forte inibizione nel setting terapeutico è possibile prevedere alcune sedute nell'ambiente domestico, in un'ottica di desensibilizzazione progressiva.

La relazione terapeutica con i pazienti in età evolutiva si costruisce attraverso il dialogo, la validazione delle emozioni, la condivisione di interessi e di giochi; nel caso di pazienti con mutismo selettivo, il fatto di doversi relazionare ad un estraneo, in un contesto non familiare, può attivare nei piccoli pazienti forti reazioni ansiose e di conseguenza intensificare la sintomatologia inibitoria. Il terapeuta può quindi trovarsi di fronte un bambino che non risponde alle proposte di gioco, che non lo guarda, che non si muove spontaneamente, che rimane come paralizzato nella stanza. In questo primo momento ci sono molte reazioni emotive che il terapeuta può sperimentare e che deve monitorare per evitare che ostacolino la costruzione di un'alleanza terapeutica. Ad esempio, il terapeuta potrebbe avere il timore di far sperimentare troppa ansia al bambino e danneggiarlo emotivamente attraverso richieste per lui eccessive da tollerare, oppure potrebbe sperimentare rabbia perché il bambino non risponde a nessuna proposta di interazione, infine potrebbe provare tristezza e anticipare un fallimento terapeutico. Il fatto che vi siano pochi studi sul mutismo selettivo e sull'efficacia dell'intervento, l'assenza di protocolli guida per il trattamento può generare insicurezza del terapeuta sulle modalità da utilizzare. Nell'entrare in relazione

col bambino affetto da mutismo selettivo occorre considerare che è necessario porsi come primo obiettivo l'abbassamento del suo livello d'ansia nel setting terapeutico e nella relazione col terapeuta. Quindi se ad esempio il bambino si colloca ad un livello 0 nella scala di comunicazione SM-SCC (Shipon-Blum 2010), occorrerà intervenire con tecniche comportamentali di desensibilizzazione progressiva, permettendo ad esempio al bambino di stare solo nella stanza con la madre, di portare giochi da casa; la figura di riferimento può quindi essere usata come mediatore relazionale tra il bambino ed il terapeuta (motivo per cui è importante che vi sia una buona alleanza col genitore), in alcuni casi potrebbe anche essere previsto di spostare il *setting* terapeutico in ambiente domestico, dove il bambino si possa sentire più a suo agio; gradualmente il bambino accetterà di stare nella stanza del terapeuta e senza *caregiver* per tempi sempre più prolungati. Infatti, se il livello d'ansia si abbassa sarà possibile osservare una riduzione dell'inibizione motoria del paziente. In questa fase, che può durare anche alcune settimane (si consiglia di evitare interruzioni della frequenza stabilita perché questo potrebbe ostacolare il percorso di desensibilizzazione, con regressione del bambino e quindi un ritorno ai livelli d'ansia precedenti), il terapeuta può presentarsi come figura d'aiuto, senza però focalizzarsi troppo sul mutismo, che è motivo di vergogna per il bambino, si consiglia di parlare di paure in generale, normalizzando quest'emozione e presentando storie, libri, filmati relativi alle possibili paure ed alla difficoltà nel gestirle e superarle. L'ideale sarebbe scegliere il materiale che più interessa al paziente, farsi aiutare dai genitori per adattare gli strumenti al singolo bambino. Infatti, nonostante la sintomatologia invalidante, il bambino con mutismo selettivo solitamente ha molta voglia di giocare, condividere interessi, divertirsi (tutto ciò che non fa a scuola coi pari), se il terapeuta dimostra un'autentica voglia di giocare insieme a lui e di conoscerlo, rispettando i suoi tempi, accettandolo ma allo stesso tempo stimolandolo ed incuriosendolo, probabilmente il bambino piano piano allenterà la risposta inibitoria e accetterà la relazione col terapeuta. Infine, per abbassare l'ansia del bambino occorre rendere l'ambiente e le attività prevedibili, quindi spiegare anticipatamente quello che verrà fatto durante la seduta e come sarà organizzato il tempo.

2° Fase: costruire un modello di funzionamento del disturbo, comprendere il ruolo del mutismo, individuare i pensieri disfunzionali.

La terapia cognitivo-comportamentale per costruire un modello di funzionamento del disturbo usa strumenti auto osservativi e che aumentano la consapevolezza del paziente sui propri stati mentali, vengono quindi assegnati compiti come registrazione degli ABC, diari e termometri delle emozioni. L'inibizione verbale del bambino ostacola in parte questa fase, per cui col bambino in età scolare è possibile proporre l'utilizzo della comunicazione scritta. Se però il bambino parte da un livello 0 nella scala della comunicazione, non sarà in grado di scrivere messaggi, perché l'inibizione comportamentale ostacola ogni tipo di iniziativa motoria, di fronte alla proposta di scrivere o disegnare il bambino probabilmente resterà immobile ed inespressivo, di conseguenza, per comunicare in modo non verbale ed

utilizzare messaggi scritti, occorrerà programmare tappe intermedie: ad esempio si potrà iniziare chiedendo di scegliere dei cartellini con risposte già fatte, poi mettere solo una crocetta sulla casella scelta, in seguito sarà possibile, in un clima di accettazione non giudicante, che il bambino scriva parole, frasi e pensieri personali. Il fatto di presentare vignette o storie dove vengono illustrati i pensieri che altri bambini possono avere e che generano ansia e vergogna, ha solitamente un effetto di normalizzazione e rassicurazione sul bambino, abbassa la sua vergogna e lo rende più disponibile a riferire pensieri ed emozioni personali. Se il bambino è a disagio su alcuni contenuti o se la richiesta fatta lo porta a sperimentare troppa ansia, probabilmente si osserverà un'intensificazione della risposta inibitoria, in questo caso è opportuno indagare l'evento tramite ABC oppure, se l'inibizione è forte, cambiare strategia, suddividendo l'obiettivo in più step o presentando in modo differente, meno diretto, lo stesso tema. In questa fase è prevista la psicoeducazione per fornire al bambino informazioni utili ad osservare e riflettere sugli stati mentali, in particolare si tratteranno l'ansia, la vergogna e la meta vergogna attraverso cartoni, libri, vignette.

Durante gli step previsti nel passaggio dalla fase 0 alla fase 1 della scala di comunicazione, può essere utile avvalersi di tecniche comportamentali come *prompting* e *fading*. È importante che terapeuta e genitori non mostrino un'esagerata attivazione emotiva quando il bambino raggiunge un risultato, infatti il bambino potrebbe valutare i complimenti come delle conferme della sua problematicità e difettosità. Si potrebbe invece chiedere a lui di esprimere come si sente dopo aver raggiunto un traguardo, ciò per aiutarlo a vedere i benefici del lavoro insieme e motivarlo quindi a proseguire il lavoro.

3° Fase: accrescere la motivazione al cambiamento, ristrutturare i pensieri automatici negativi ed organizzare esposizioni gradualità.

Dopo aver svolto la fase di psicoeducazione e condiviso come funziona il problema dell'ansia sociale ed il ruolo che hanno i comportamenti di evitamento e di protezione, tra cui il mutismo, si consiglia di dedicare alcune sedute all'evidenziare i costi di queste risposte comportamentali. Possono essere usati burattini per fare delle scenette o essere proposti spezzoni di cartoni animati o fumetti. È importante che il bambino diventi consapevole di come funziona l'ansia sociale, di ciò che la mantiene e che comporta costi elevati. Per il bambino i costi sono l'isolamento, la perdita di possibilità di divertirsi, di prendere un bel voto nei compiti orali, l'impossibilità di fare richieste o manifestare bisogni a scuola. Queste conseguenze, che confermano i pensieri negativi di incapacità e inferiorità su se stessi, bloccano il bambino in una specie di labirinto della paura. Dopo essersi accertati che il bambino si sia rappresentato come funziona il problema e quali costi ne conseguono, è possibile introdurre proposte di cambiamento gradualità. In questo momento della terapia il bambino è più consapevole dei pensieri disfunzionali responsabili delle sue emozioni di ansia e di vergogna. Attraverso tecniche di rassicurazione è possibile correggere questi pensieri automatici, si possono scrivere e realizzare ad esempio liste di pensieri "nemici" e correggerli, facendoli

diventare più “amici” e quindi utili al bambino, allenare a individuare e correggere i suoi pensieri e le sue previsioni, prima in terapia con *role-playing* e poi in vivo in varie situazioni sociali. Questi pensieri riguardano l’idea di sé e degli altri, alcuni esempi possono essere: “gli altri pensano che sono troppo timido”, “gli altri pensano che non sono capace”; “sono diverso dagli altri, sono incapace, debole, sarò rifiutato”, ci possono essere valutazioni catastrofiche sulle reazioni emotive come: “se gli altri vedono che mi vergogno e che ho paura penseranno che sono incapace”, “non devo mostrare le mie emozioni”, “mostrare emozioni è pericoloso”, oltre alla paura e alla vergogna il bambino con mutismo selettivo può sperimentare anche rabbia e tristezza ed è importante individuare tutti i *bias* cognitivi che alimentano emozioni eccessivamente intense e attivano quindi risposte disfunzionali. È fondamentale che il bambino sperimenti autoefficacia nel gestire livelli di emozione gradualmente più intensi, anche per correggere l’idea che le emozioni sono pericolose e che lui non può fare nulla per gestirle se non stare immobile (la risposta di *freezing* è evolutivamente riconducibile alla percezione che non ci sia altra via di scampo, nessuna alternativa comportamentale per gestire il disagio e la difficoltà). Le esposizioni possono riguardare la comunicazione non verbale o anche verbale, potrebbe accadere che il bambino accetti di parlare in contesti extrascolastici oppure solo con un compagno di classe. L’esposizione verbale davanti a tutti i compagni e alle insegnanti è probabilmente un obiettivo più difficile da raggiungere. Se la terapia procede in modo positivo il bambino potrà passare dalla fase 0 di totale inibizione, ad una fase 1 di comunicazione non verbale. Tuttavia, occorre considerare che il bambino potrà trovarsi in fasi diverse della scala di comunicazione, nei diversi contesti o relazioni, ad esempio potrebbe essere nel livello 2 col terapeuta e nel livello 1 con le insegnanti. Il passaggio dalla fase 1 alla fase 2 può essere fatto con l’aiuto di un mediatore verbale, un compagno oppure il genitore, qualcuno che riferisca la risposta del bambino oppure si possono proporre mediatori digitali, utili anche per organizzare le esposizioni graduali. Ad esempio, il bambino potrebbe accettare di inviare messaggi scritti, poi messaggi vocali, questi possono essere ascoltati in seduta o a scuola coi compagni, se il bambino è d’accordo e quindi accetta di esporre la propria voce al giudizio altrui, in modo indiretto. Una tappa successiva potrebbe essere la realizzazione di video in cui il bambino parla e quindi accetta di essere visto mentre parla, in seguito l’uso di videochiamate porta il bambino ad un’esposizione di livello superiore. Infine, l’esposizione diretta può essere mediata da una tappa in cui il bambino accetta di far ascoltare la propria voce ma non parla direttamente all’interlocutore, può parlare al mediatore all’orecchio e accettare gradualmente che l’interlocutore si posizioni sempre più vicino a lui. Inoltre, per stimolare il bambino e motivarlo ad esporsi è possibile proporre qualcosa simile al “gioco degli attori”: inventare insieme a lui personaggi e scrivere le battute, proporgli di leggere le battute e registrarsi; è possibile fare ciò gradualmente, recitando e registrando le battute separatamente, poi mettere insieme le registrazioni come se fosse uno scambio di battute ed in seguito proporre di leggere insieme le battute del copione. Durante le esposizioni in seduta è utile sfruttare anche i momenti in cui il bambino mostra ansia ed inibizione, quindi attraverso ABC

approfondire quali pensieri automatici si attivano e sperimentare strategie per gestirli. Le numerose esposizioni con registrazioni permettono anche di osservare insieme al bambino che i segnali dell'ansia diminuiscono via via che lui si espone e quindi accetta di tollerare la vergogna, senza evitare o proteggersi.

4° Fase: aumentare la consapevolezza corporea per gestire sensazioni spiacevoli legate all'ansia e alla vergogna e arricchire le competenze sociali.

I bambini con mutismo selettivo hanno imparato a rispondere alle emozioni intense attraverso risposte inibitorie. Apparentemente sembrerebbe che i bambini con mutismo siano capaci di controllare moltissimo le loro risposte corporee, inibendo tutti i tipi di reazioni e ipercontrollando l'ansia e l'agitazione, in realtà la risposta di *freezing* non è intenzionale ma si attiva perché vi è la percezione di una minaccia "senza via di scampo" cioè che il bambino si considera incapace di sopportare e gestire. L'inibizione intensa è equivalente ad una risposta impulsiva perché automatica, anche se l'inibizione appare come l'opposto dell'esplosione emotiva del bambino esternalizzante con disregolazione affettiva, essa si attiva senza una consapevolezza e una scelta del bambino, il bambino non sta gestendo o ipercontrollando un'ansia eccessiva ma è completamente in preda all'ansia, tanto da avere una risposta di *freezing*, che gli esseri viventi attivano quando percepiscono la situazione altamente minacciosa e in mancanza di risorse interne o esterne per affrontarla attivamente. Ipotizzando quindi che le sensazioni corporee legate ad un'attivazione emotiva siano valutate dal paziente come una minaccia e conferma di una possibile catastrofe (*anxiety sensitivity*) è importante prevedere nella terapia alcune tecniche che abbiano come obiettivo l'aumento della consapevolezza del bambino sulle sue sensazioni fisiche e reazioni corporee, questo per riconoscere i segnali di irrigidimento e dell'ansia che anticipano la risposta inibitoria; fargli quindi sperimentare la possibilità di poter gestire questi segnali corporei, attraverso l'utilizzo di tecniche come la regolarizzazione del respiro, il rilassamento progressivo, osservando anche che il pensiero può influenzare la risposta corporea e rendere più tollerabile un disagio fisico causato dall'ansia. Anche attraverso tecniche *mindfulness* per bambini si può migliorare la consapevolezza corporea, ridurre l'*anxiety sensitivity* e far sperimentare al bambino efficacia nella gestione di sensazioni spiacevoli.

Come nell'intervento sulla fobia sociale, è opportuno lavorare col paziente affetto da mutismo selettivo sull'apprendimento di *social skills*, infatti il bambino a causa della sintomatologia evitante avrà perso molte opportunità per apprendere ed esercitare queste abilità ed il fatto di valutarsi incapace socialmente mantiene il disturbo. Occorre quindi aiutarlo a sviluppare competenze sociali e a metterle in pratica in seduta ed in vivo. Questo intervento permetterà al bambino di sentirsi più efficace e capace di esprimersi, ciò abbasserà la percezione di minaccia e quindi i livelli d'ansia e lo aiuterà ad esporsi sempre di più nelle relazioni. Si può proporre al bambino di esercitarsi nell'uso di queste abilità con un compagno col quale si sente più tranquillo e col quale può accettare più facilmente di esporsi.

5° Fase (parallela alle altre fasi): intervenire sui fattori di mantenimento interpersonali coinvolgendo anche le insegnanti.

I fattori di mantenimento interpersonali possono ostacolare il raggiungimento di risultati terapeutici e la loro generalizzazione; nella prima fase è già stata spiegata l'importanza di coinvolgere i genitori nella terapia, anche al fine di modificare quei comportamenti che risultano essere fattori di mantenimento del problema. Inoltre è fondamentale prevedere, durante il trattamento, incontri periodici con le insegnanti al fine di condividere informazioni circa il mutismo selettivo e fornire indicazioni su come gestire in classe i sintomi del bambino. Infine, è importante che vengano condivisi obiettivi e strategie di intervento, ad esempio anche a scuola potrebbero essere utili interventi di desensibilizzazione graduale per ridurre l'ansia, l'inibizione e facilitare la comunicazione non verbale; alcune esposizioni potrebbero riguardare le interazioni nell'ambiente scolastico, è quindi importante avere un riscontro dalle insegnanti che hanno la possibilità di osservare il bambino quotidianamente, in un contesto relazionale dove solitamente si manifestano i sintomi principali del disturbo.

Conclusioni

Il protocollo di intervento sul mutismo selettivo, descritto in questo capitolo, è basato su un modello cognitivista di funzionamento del disturbo, nel quale la condotta mutacica è sintomo della fobia sociale e si manifesta solitamente in bambini di età prescolare o scolare. Alcune strategie di intervento proposte sono le stesse dei protocolli cognitivo-comportamentali per il trattamento dell'ansia sociale, la cui applicazione è ostacolata dalla presenza di mutismo selettivo e inibizione che, nella prima fase della terapia, determinano una problematica relazionale, ovvero la difficoltà ad instaurare una buona relazione terapeutica e non favoriscono quindi l'alleanza con il paziente. La forte componente inibitoria che si osserva in questi pazienti è spesso automatica e si è consolidata nel tempo, quindi risulta difficile da modificare e potrebbe ostacolare le esposizioni anche quando il bambino è motivato. In lavori futuri sarebbe utile approfondire, in modo più dettagliato, quali siano le strategie di intervento più efficaci per affrontare il problema della risposta inibitoria intensa ed automatica nei bambini con mutismo selettivo.

Infine, in letteratura esistono ancora pochi studi sul mutismo selettivo, è quindi necessario proseguire le ricerche a riguardo e presentare un maggior numero di dati sull'efficacia di protocolli di intervento cognitivo-comportamentali.

Bibliografia

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*, (3th ed. text revision), American Psychiatric Association, Washington, DC.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (DSM III, 3th edn., author revised), American Psychiatric Association, Washington, DC.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (DSM-IV, 4th edn., author revised), American Psychiatric Association, Washington, DC.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (DSM-IV, 4th edn., author text revision), American Psychiatric Association, Washington, DC.

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (DSM 5, 5th edn.), American Psychiatric Association, Arlington.

Anstending, K.D. (1999). Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking its DSM-IV classification. *Journal of Anxiety Disorder* 13, 417-434.

Bar-Haim, Y., Henkin, Y., Ari-Even-Roth, D., Tatin-Schneider, S., Hildesheimer, M. & Muchnik, C. (2004). Reduced auditory efferent activity in childhood selective mutism. *Biological Psychiatry* 55, 1061-1068.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press. Trad. it. Principi di Terapia Cognitiva. Un approccio nuovo alla cura dei disturbi affettivi. Roma: Astrolabio, 1984.

Bergman, R.L., Piacentini, J. & Mc Cracken, J.T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41, 938-946.

Bergman, R.L., Keller, M.L., Piacentini, J., & Bergman, A.J. (2008). "The Development and Psychometric Properties of the Selective Mutism Questionnaire". *Journal of Child and Adolescent Psychology* 37, 456-464.

Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D.R., Rosenbaum, J.F. et al. (2001). Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *American Journal of Psychiatry* 158, 1673-1679.

Bissoli, C. (2003). Il mutismo selettivo in: Isola L e Mancini F, a cura di. *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*. Milano: Franco Angeli.

Bissoli, C. (2007). Il mutismo selettivo in: Isola L e Mancini F, a cura di. *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*. Milano: Franco Angeli.

Bögels, S.M., Alden, L., Beidel, D.C., Clark, L.A., Pine, D.S., Stein, M.B. & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety* 27, 168-189.

Capobianco, M. (2009). Il mutismo selettivo: diagnosi, eziologia, comorbilità e trattamento. *Cognitivismo Clinico* 6:2, 211-228.

Chavira, D.A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., et al. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, 1464-1472.

Cohan, S.L., Chavira, D.A. & Stein, M.B. (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, 1085-1097.

Cunningham, C.E., Mc Holm, A., Boyle, M.H., et al. (2004). Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45, 1363-1372.

D'Ambrosio, M. & Coletti, B. (2002). L'intervento cognitivo comportamentale nel trattamento del mutismo selettivo. *I care* 27:3, 97-103.

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.

Giddan, J.J. & Milling, L. (1999). Comorbidity of psychiatric and communication disorders in children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North American* 8:1, 19-36.

Gordon, N. (2001). Mutism: elective or selective, and acquired. *Brain and Development* 23, 83-87.

Henkin, Y. & Bar-Haim, Y. (2015). An auditory-neuroscience perspective on the development of selective mutism. *Developmental Cognitive Neuroscience* 12, 86-93.

Hirshfeld-Becker, D.R., Biederman, J., Henin, A., et al. (2007). Behavioral inhibition in preschool children at risk is a specific predictor of middle childhood social anxiety: a five-year follow-up. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 28, 225-233.

Hoy, R. (2002). Tuning in by tuning off. *Nature* 418, 831-833.

Kagan, J., Reznick, J.S. & Snidman, N. (1988). "Biological bases of childhood shyness". *Science* 240:4849, 167-171.

Klein, E.R., Armstrong, S.L. & Shipon-Blum, E. (2012). Assessing spoken language competence in children with selective mutism: using parents as test presenters. *Communication Disorders Quarterly* 34, 184-195.

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. & Torgersen, S. (2002). A case-control study of EAS child and parental temperaments in selectively mute children with an without a comorbid communication disorder. *Nordic Journal of Psychiatry* 56, 347-353.

Krysanski, V.L. (2003). A brief review of selective mutism literature. *The Journal of Psychology* 137:1, 29-40.

Kumpulainen, K., Rasanen, E., Raaska, H. et al. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child and Adolescent Psychiatry* 1998:7, 24-29.

Kussmaul, A. (1877). *Die storungen der sprache (The disturbances of speech)*. Basel, Switzerland: Benno Schwabe.

Lang, C., Nir, Z., Gothelf, A. et al. (2016). The outcome of children with selective mutism following cognitive behavioral intervention: a follow-up study. *European Journal of Pediatrics* 175, 481-487.

Leonard, H.L. & Dow, S.P. (1993). Elective mutism. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North American* 2, 695-707.

Manassis, K., Tannock, R., Garland, E.J. et al. (2007). The Sounds of silence: language,

cognition, and anxiety in selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46,1187-1195.

Manassis, K. & Tannock, R. (2008). Comparing interventions for selective mutism: A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry* 53:10, 700-703.

Mc Innes, A., Fung, D., Manassis, K., Fiksenbaum, L. & Tannock, R. (2004). Narrative skills in children with selective mutism: An exploratory study. *American Journal of Speech-Language Pathology* 13, 304-315.

McLeod, A.N. & Rogers, C.F. (2009). "Preschool Twins with Selective Mutism: Communication Outcomes at Age 9, at Annual Convention of the American Speech, Language, & Hearing Association", New Orleans, LA.

Melfsen, S., Walitza, S. & Warnke, A. (2006). *The extent of social anxiety in combination with mental disorders. European Child and Adolescent Psychiatry* 15:2, 111-117.

Miceli, M. & Castelfranchi, C. (1999). The role of evaluation in cognition and social interaction. In K. Dautenhahn (Ed). *Human Cognition and Social Agent Technology*. Amsterdam: John Benjamins.

Muchnik, C., Ari-Even Roth, D., Hildesheimer, M. et al. (2013). Abnormalities in auditory efferent activities in children with selective mutism. *Audiology and Neurotology* 18, 353-361.

Muris, P. & Ollendick, T.H. (2015). Children who are anxious in silence: a review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Child and Family Psychology Review* 18, 151-169.

Ostergaard, K.R. (2018). Treatment of selective mutism based on cognitive behavioural therapy, psychopharmacology and combination therapy - a systematic review. *Nord Journal of Psychiatry* 72:4, 240-250.

Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K. & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience* 251, 284-296.

Rezzonico, G., Iacchia, I. & Monticelli, I. (2018). *Mutismo selettivo. Sviluppo, diagnosi e trattamento multisituazionale*. Milano: Franco Angeli.

Schwartz, R.H., Freedy, A.S. & Sheridan, M.J. (2006). Selective mutism: are primary care physicians missing the silence? *Clinical Pediatrics (Phila)* 45, 43-48.

Segal, N.L. (2003). Two quiet: monozygotic female twins with selective mutism. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 8, 473-488.

Sharkey, L., Mc Nicholas, F. (2006). Femail monozygotic twins with selective mutism a case report . *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 27:2, 129-133.

Shipon-Blum, E. (2010). *Comprendere il mutismo selettivo*. Bari: La Meridiana.

Stein, M.B., Yang, B.Z., Chavira, D.A. et al. (2009). A common genetic variant in the neurexin superfamily member CNTNAP2 is associated with increased risk for selective mutism and social anxiety-related traits. *Biological Psychiatry* 69, 825-831.

Steinhausen, H.C. & Juzi, C. (1996). Elective mutism: an analysis of 100 cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35, 606-614.

Steinhausen, H.C., Wachter, M., Laimböck, K., Winkler Metzke, C. (2006). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47, 751-756.

Tabors, P.O. (1997). *One child, two languages: A guide for preschool educators of children learning English as a second language*. Baltimore, MD: Brookes.

Toppelberg, C.O., 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.

Viana, A.G., Beidel, D.C. & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review* 29:1, 57-67.

Wong, P. (2010). Selective mutism: A review of etiology, comorbidities, and treatment. *Psychiatry (Edgemont)* 7:3, 23-31.

Laura Bianchi, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Grosseto, e-mail: laura.bianchi1988@hotmail.it

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it