

Il mutismo selettivo: il bambino che non riesce sempre a parlare

Federica Trivelli¹, Claudia Gorla², Marina Picca³, Maria Cristina Tischer⁴

1. Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Torino; 2. Psicoterapeuta sistemico-relazionale, Mediplus, Cesano Maderno (MB); 3. Pediatra di Famiglia, Milano; 4. Pediatra di Famiglia, Saronno

Selective mutism is a not well known and often underdiagnosed anxiety disorder of children. The article outlines the criteria for an early diagnoses and for an effective psychotherapeutic taking care.

Il mutismo selettivo è un disturbo d'ansia dell'infanzia poco noto e sottodiagnosticato. L'articolo indica i criteri per una diagnosi precoce e una efficace presa in carico psicoterapeutica.

Definizione

Il mutismo selettivo (MS), denominato in passato afasia volontaria e successivamente mutismo elettivo^{1,2}, è un disturbo d'ansia osservabile in età infantile, caratterizzato da persistente impossibilità a comunicare con linguaggio verbale in situazioni sociali specifiche^{3,4}.

Il termine 'selettivo' indica che il mutismo compare in una determinata situazione: a scuola, con adulti o coetanei estranei o conosciuti in contesti dove i bambini non si sentono a proprio agio⁵. L'incapacità del bambino di esprimersi liberamente non dipende da immaturità neurologica, da alterazioni del processo di articolazione e di espressione linguistica o da particolari deficit cognitivi.

Il disturbo è legato a uno stato di paura e di ansia¹. Il disturbo è classificato nell'ultima versione del *Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali* (DSM-5)³ nella sezione concernente i disturbi d'ansia. È considerato una malattia, comparando anche nell'ultima edizione della *Classificazione Internazionale delle Malattie* (ICD-10)⁴.

Epidemiologia

L'incidenza del MS è di circa un caso ogni mille bambini, con maggior prevalenza nel sesso femminile^{2,3,5}, una frequenza ritenuta sottostimata per mancate e non corrette diagnosi⁵.

L'insorgenza del disturbo si colloca tra i 3 e i 5 anni, età in cui il bambino si distacca dal nucleo familiare, in particolare dalla madre, e fa ingresso nella collettività infantile¹.

La diagnosi di MS di solito avviene più tardivamente, tra i 6 e i 7 anni, nei primi anni di frequenza della scuola primaria. Il ritardo diagnostico è condizionato dal non riconoscimento del disturbo, spesso confuso con timidezza o atteggiamento oppositivo provocatorio del bambino².

La clinica

Il bambino con MS non presenta disturbi di linguaggio (balbuzie), di udito (ipoacusia) o mentali (autismo, schizofrenia, ritardo cognitivo). Il bambino è in grado di parlare nelle situazioni in cui si sente a proprio agio, con i genitori o i familiari conviventi, purché in assenza di persone o contesti che causino un aumento del suo livello d'ansia. Tra le situazioni dove si manifesta la difficoltà a parlare si annovera anche la visita del pediatra curante, sia essa svolta nello studio professionale o presso il proprio domicilio.

La diagnosi del disturbo è possibile quando l'anomalia è persistente e presente da almeno un mese e non riguarda il primo periodo di frequenza a scuola, nel quale molti bambini possono essere riluttanti a parlare³. Il bambino con MS pur non riuscendo a parlare ha in realtà il desiderio di farlo e, quando l'ansia non è tale da "paralizzarlo", può compensare la sua difficoltà utilizzando il canale non-verbale, con sguardi, sorrisi e movimenti corporei.

La presenza dell'intento comunicativo non verbale è un elemento che consente la diagnosi differenziale dal bambino con tratti autistici, oltre al fatto che questi bambini hanno una comunicazione verbale normale nella propria famiglia.

Il disturbo di comunicazione verbale può attenuarsi spontaneamente nel periodo della tarda infanzia o adolescenza con una conversione dello stato d'ansia in altre forme di fobia. La non corretta e tempestiva diagnosi, o la non adeguata psicoterapia del disturbo, sono fattori limitanti il recupero del livello di autostima con sviluppo di fobia sociale e isolamento. Il giovane con MS, che pur sapendo non può esprimere il proprio sapere, accumula col passare del tempo insoddisfazione e frustrazione con frequente abbandono scolastico. Non trattare il MS significa quindi lasciare il bambino o il ragazzo in sofferenza psicologica.

Diagnosi differenziale

La diagnosi differenziale del MS si pone principalmente con la timidezza, tratto della personalità caratterizzato da transitorio disturbo di adattamento a nuove situazioni, e con il disturbo oppositivo provocatorio, condizione dove il livello inappropriato e persistente di rabbia può manifestarsi con la volontà del bambino a non parlare. Altre condizioni che rendono difficoltoso l'utilizzo del linguaggio verbale e che possono essere confuse con il MS sono i disturbi pervasivi dello sviluppo (psicosi), le disabilità intellettive (ritardi cognitivi) e i disturbi di udito (ipoacusie)³. Il rischio di interpretare il comportamento del bambino come derivante da carattere timido porta spesso a sottovalutare un disturbo patologico, relegandolo a tratto temperamentale stabile e impedendo la possibilità di una diagnosi e presa in carico precoce.

Un tempestivo riconoscimento della patologia già durante la frequenza nella scuola dell'infanzia può permettere la completa risoluzione sintomatologica e consentire al bambino di manifestare le proprie emozioni e opinioni anche attraverso il canale verbale.

Esistono un'elevata variabilità nella selettività e diversi livelli di gravità del

disturbo. Spesso i bambini riescono a comunicare verbalmente con i pari ma non con gli adulti: in questi casi è facile attribuire intenzionalità al silenzio interpretando il comportamento come espressione di disturbo oppositivo provocatorio. Nei casi molto gravi di MS si assiste a totale inibizione della comunicazione verbale, associata a piccoli rituali compulsivi e a stereotipie, comportamenti da non interpretare come disturbo pervasivo dello sviluppo: nel MS l'intento comunicativo è sempre mantenuto³.

Ipotesi patogenetiche

La letteratura annovera tra le principali teorie che hanno cercato di spiegare il MS la teoria psicodinamica, la teoria cognitivo-comportamentale e la teoria sistemico-familiare⁶. La teoria psicodinamica pone l'accento sul conflitto irrisolto. Il bambino con MS pertanto avrebbe una fissazione allo stadio orale o anale dello sviluppo. Il bambino, per evitare punizioni frustranti, sposterebbe la rabbia oppure regredirebbe a uno stadio di sviluppo non verbale. Secondo questa prospettiva, il MS sarebbe un meccanismo per fronteggiare la rabbia e l'ansia e nello stesso tempo punire i genitori. Attualmente tale spiegazione sta perdendo di validità a causa della mancanza di dati empirici a supporto di questa tesi⁶.

Un'altra interpretazione psicodinamica interpreta il sintomo come blocco reattivo al processo di separazione-individuazione⁷. Diversamente, la teoria cognitivo-comportamentale propone una causa fondata su una non corretta regolazione delle principali emozioni: rabbia, paura, disgusto, tristezza, gioia, sorpresa. Il non parlare diviene per il bambino una strategia difensiva rispetto a situazioni vissute come ansiogene.

La teoria sistemico-familiare ipotizza che i bambini con MS vivono in famiglie con semantica fobica. Molti bambini con MS sperimentano relazioni familiari con rapporti eccessivamente protettivi da parte di uno o entrambi i genitori.

La relazione intra-familiare disfunzionale induce nel bambino la convinzione che per sopravvivere sia necessaria la costante presenza dei genitori: di conseguenza, la loro assenza o il trovarsi al di fuori dell'ambiente domestico provoca paura dell'estraneo, con aumento dello stato d'ansia e blocco del canale comunicativo verbale⁶. Le ricerche più recenti non supportano l'ipotesi secondo cui un'ipotetica

causa del MS sia da ricercare in esperienze traumatiche vissute dal bambino in prima persona⁸⁻¹². A oggi non è ancora stata trovata una correlazione diretta tra trauma e MS⁸.

Terapie psicologiche

Il bambino con MS può guarire con un trattamento psicoterapeutico che gli insegna a controllare paura e ansia.

Nei bambini fino ai 5 anni di età è preferibile un approccio indiretto, con presa in carico della coppia genitoriale e stretta collaborazione con gli educatori della collettività infantile, senza coinvolgimento diretto del bambino. Lo psicoterapeuta aiuta i genitori a individuare e correggere i fattori che predispongono e mantengono lo sviluppo del disturbo, quali il rapporto simbiotico con uno dei due genitori, la paura del mondo esterno vissuto come pericoloso in contrasto con la sicurezza dell'ambiente familiare, il ridotto stimolo all'esplorazione e all'autonomia, la discordanza tra figlio ideale e reale, l'attenzione esclusiva alla prestazione verbale, la costante attenzione al giudizio degli altri. Agli educatori lo psicoterapeuta spiega come l'ingresso a scuola in un bambino predisposto sia un fattore precipitante e come il mutismo non sia un comportamento intenzionale, ma il risultato d'impossibilità a parlare dovuto a uno stato d'ansia. Agli educatori si propongono strategie relazionali da adottare con il bambino, suscettibili di valutazioni e modifiche in itinere. L'approccio psicoterapeutico diretto è riservato a bambini più grandi, dall'età scolare, età nella quale si sviluppa la capacità di riflessione e introspezione.

Il caso

M. è una bambina di 6 anni, primogenita di una famiglia composta da mamma, papà e sorella minore di 2 anni.

Frequenta la prima elementare in una scuola pubblica in un paese di provincia. La classe è composta da 24 bambini. Il gruppo insegnanti è composto da un'insegnante per le materie scientifiche, una per italiano, uno per religione, una per attività motoria, un'insegnante per la lingua straniera. Dopo qualche mese di frequenza scolastica le insegnanti comunicano ai genitori che la bambina non parla né con loro, né con i compagni.

È stata quindi proposta una presa in carico con approccio integrato comprendente

attività di supporto con insegnanti e genitori e contemporaneo lavoro psicoterapeutico diretto con M.

Agli insegnanti sono stati indicati alcuni modi per ridurre nella bambina il livello d'ansia: permettere la comunicazione non verbale, per consentire l'autonomia nel comunicare le proprie necessità; affidare compiti di responsabilità senza necessità dell'uso della parola, per aumentare il livello di autostima; individuare momenti privilegiati di relazione con gli insegnanti, per aumentare il grado di confidenza e fiducia con gli stessi; favorire il lavoro organizzato in piccoli gruppi, con iniziale intermediazione degli insegnanti, per migliorare la relazione con i coetanei; proporre alla classe risposte corali, evitando il lavoro in cerchio con risposta singola, per favorire la comunicazione verbale sebbene celata dalla contemporanea risposta dei coetanei; facilitare le risposte nelle interrogazioni facendo indicare con il dito la risposta tra più soluzioni o facendo scrivere la risposta in spazi vuoti da riempire, per valutare il reale livello di apprendimento di M.; agire sull'intero gruppo classe con l'uso di frasi predisposte che consentano a M. di sentirsi protetta e compresa dall'adulto e al contempo placino la curiosità dei compagni (per esempio: "M. è una gran chiacchierona, solo che a volte le parole proprio non riescono a uscire dalla bocca"). In una seconda fase è stato introdotto l'uso della registrazione verbale dei compiti svolti a casa, con la duplice finalità di verificare l'apprendimento e al contempo permettere alla bambina la progressiva abitudine al suono della propria voce in ambito scolastico. Parallelamente sono state indagate le dinamiche familiari con l'obiettivo di modificare i fattori predisponenti al mantenimento del MS. L'indagine psicologica ha permesso di individuare una relazione simbiotica tra M. e la madre, con una figura paterna dal ruolo marginale. Con alcuni incontri di psicoterapia sistemico-familiare si è migliorata l'accettazione materna delle difficoltà della bambina, colmando la distanza tra figlia "reale" e "ideale", riducendo l'atteggiamento iperprotettivo materno e permettendo al padre di poter esprimere la propria capacità genitoriale. Al padre è stato proposto di trascorrere più tempo con la figlia, sia in casa sia in altri ambiti, con attività dove M. potesse esprimere autonomia decisionale e organizzativa. In analogia ai consigli dati agli insegnanti, anche ai genitori

è stato suggerito di consentire a M. l'uso della comunicazione non verbale e di intervenire nei casi in cui la bambina fosse in difficoltà. Allo scopo di migliorare la relazione con i coetanei si è consigliato ai genitori di invitare a casa propria a giocare un coetaneo per volta, estendendo gradualmente l'invito a un gruppo e proponendo un luogo di giochi diverso dall'ambiente domestico. Durante questi incontri è stata valorizzata l'importanza dei genitori nel ruolo di intermediari, passando da presenza costante come organizzatori di attività e mediatore verbale a presenza silenziosa nel momento in cui la bambina avesse iniziato a utilizzare la comunicazione verbale.

La psicoterapia effettuata con la bambina si è dapprima incentrata sulla capacità di riconoscimento delle proprie emozioni, attraverso attività di gioco specificamente ideate. È stato insegnato alla bambina l'uso del termometro delle emozioni, strumento utile a individuare e comunicare il livello dell'emozione esperita, per applicarlo quindi durante l'uso del registratore, rendendo narrabile l'esperienza vissuta da M. La registrazione è stata inizialmente effettuata con il padre in una dimensione ludica nella quale lo stesso padre doveva sostenere una sfida verbale per ottenere un premio. In un momento successivo, al diminuire dei livelli di ansia, il gioco si è spostato sulle risposte della bambina in varie situazioni. M. ha potuto esplorare il proprio vissuto emotivo disegnando le diverse situazioni in cui ha utilizzato il dispositivo (aula di computer con presenza di papà, aula di computer con papà e porta socchiusa, aula di computer con presenza di papà e insegnante, aula scolastica con insegnante senza papà) e indicando con il termometro l'intensità emotiva ipotizzata per poterla poi confrontare con l'intensità emotiva effettivamente esperita.

Dopo qualche mese M. ha iniziato a rispondere verbalmente agli estranei al di fuori dell'ambito scolastico, inizialmente con monosillabi e con tono vocale basso, e quindi progressivamente con una comunicazione verbale adeguata nel tono e nel fraseggio, ha iniziato a parlare anche in classe con i compagni e con le insegnanti.

Corrispondenza

piccamarina@gmail.com

Indicazioni per il pediatra di famiglia

- Non minimizzare il disturbo con frasi come "Suo figlio è solo molto timido, è un comportamento che passa col tempo". La sottostima dei sintomi ritarda il ricorso a interventi efficaci.
- Contattare gli insegnanti per avere da loro informazioni dirette e precise sui comportamenti verbali del bambino a scuola.
- Inviare a professionista psicologo con esperienza specifica nella terapia del disturbo. Un approccio terapeutico di tipo integrato cognitivo-comportamentale e sistemico-familiare consentono il raggiungimento di risultati migliori.

Indicazioni per i genitori (utili anche per educatori e insegnanti)

- Organizzare giochi con coetanei, nei quali genitori, educatori o insegnanti siano presenti per facilitare l'incontro tra il bambino e i coetanei e favorire situazioni che richiedano la comunicazione verbale.
- Spiegare il motivo del comportamento taciturno del bambino alle persone che lo chiedono, per consentire al bambino di sentirsi capito senza che la propria autostima sia sminuita: tutti sanno che lui sa parlare e vorrebbe parlare, ma non riesce a farlo e ciò avviene non per colpa sua (per esempio: "Il bambino è un gran chiacchierone, ma in certe situazioni le parole non riescono a uscire dalla sua bocca, lui avverte una sorta di nodo alla gola").
- Non sostituirsi al bambino nel dare risposte alle domande che gli rivolgono le persone, per permettere al bambino di trovare l'occasione per risolvere il suo disturbo.
- Non domandare al bambino la causa del suo silenzio: il desiderio di comprendere il comportamento del bambino induce spesso le persone alla continua ricerca della motivazione che in realtà il bambino non è in grado di cogliere e spiegare.
- Non interrogare di continuo il bambino sui suoi possibili progressi, per evitare di aumentare il grado di attenzione al bambino che in una simile situazione non trova stimolo per abbandonare il suo atteggiamento.

1. Viana AG, Beidel DC, Rabian B. Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. *Clin Psychol Rev* 2009;29:57-6.
2. Sharp WG, Sherman C, Gross AM. Selective mutism and anxiety: a review of the current conceptualization of disorder. *J Anxiety Disord* 2007;21:568-79.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Ed. Washington, DC 2013.
4. Ministero della Salute (a cura di). *Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi SANitari Correlati (ICD-10)*. Roma 2001.
5. Kumpulainen K. Phenomenology and treatment of selective mutism. *CNS Drugs* 2002;16:175-80.
6. Wong P. Selective mutism: a review of etiology, comorbidities, and treatment in *Psychiatry* 2010;7:23-31.
7. Fe d'Ostiani E. *Mutismo elettivo e psicosi*. Borla, 1987.
8. Capozzi F, Manti F, Sirchia V, Piperno F. *Il Mutismo Selettivo*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2012.
9. Kopp S, Gillberg C. Selective mutism: a population based study: a research note. *J*

Child Psychol Psychiatry 1997;38:257-62.

10. Dummit ES, Klein RG, Tancer NK, Asche B, Martin J, Fairbanks JA. Systematic assessment of 50 children with selective mutism *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:653-60.

11. Steinhausen H, Juzi C. Elective mutism: an analysis of 100 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:606-14.

12. Black B, Uhde TW. Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:847-56.

Dedichiamo questo articolo a Maria Cristina Tischer, Pediatra di Famiglia a Saronno, scomparsa improvvisamente e prematuramente nel febbraio di quest'anno, prima che l'articolo, scritto con il suo contributo, venisse pubblicato. Ci sembra un modo concreto per ricordare la sua vivace intelligenza, il suo coraggio, le sue capacità e rigore professionale, la grande generosità ed impegno nel sociale. Una donna, madre e professionista davvero "speciale".

Un pensiero affettuoso ai suoi cari.