

Il rifugio nel mutismo selettivo: classificazione ed esemplificazione clinica

Raffaella Rolla ¹ e Elena Regis ²

¹ Logopedista, SC NPIA ASL2 sede di Finale Ligure

² Psicologa, Genova

Sommario

Il mutismo selettivo è considerato, nel sistema diagnostico attuale, una condizione complessa ad eziologia multifattoriale che si caratterizza per una persistente difficoltà del bambino a comunicare verbalmente in specifici contesti sociali. Il presente contributo, attraverso una disamina della letteratura scientifica e un'esemplificazione clinica, vuole porre l'attenzione sulla lettura del *silenzio* quale sintomo con cui il bambino comunica in maniera incisiva un proprio disagio psicoemotivo e attraverso il quale poter attirare l'attenzione delle figure adulte di riferimento affinché possano aiutarlo a emergere da una condizione di *rifugio* e isolamento.

Parole chiave

Mutismo selettivo, ansia sociale, ritiro, psicoterapia

Introduzione

Il mutismo selettivo è inquadrato, nel sistema diagnostico attuale, come una condizione complessa e duratura nel tempo, rappresentata da una «costante incapacità di parlare in situazioni sociali specifiche in cui ci si aspetta che si parli (per es., a scuola), nonostante si sia in grado di parlare in altre situazioni» (APA, 2023, p. 263). L'incapacità di comunicare verbalmente ha conseguenze significative sul rendimento scolastico e interferisce con l'interazione sociale. La sintomatologia può durare alcuni mesi o proseguire per diversi anni, fino ad evolvere verso altri quadri psicopatologici.

Criteri diagnostici

- A. Costante incapacità di parlare in situazioni sociali specifiche in cui ci si aspetta che si parli (per es., a scuola), nonostante si sia in grado di parlare in altre situazioni.
- B. La condizione interferisce con i risultati scolastici o lavorativi o con la comunicazione sociale.
- C. La durata della condizione è di almeno 1 mese (non limitato al primo mese di scuola).
- D. L'incapacità di parlare non è dovuta al fatto che non si conosce, o non si è a proprio agio con, il tipo di linguaggio richiesto dalla situazione sociale.
- E. La condizione non è meglio spiegata da un disturbo della comunicazione (per es., disturbo della fluency con esordio nell'infanzia) e non si manifesta esclusivamente durante il decorso di disturbi dello spettro dell'autismo, schizofrenia o altri disturbi psicotici.

Tab. 1 - Criteri diagnostici DSM-5-TR

I pochi studi ad oggi disponibili lasciano aperti diversi interrogativi rispetto all'epidemiologia, il decorso, l'eziologia e la prognosi del disturbo, nonché gli studi di efficacia dei modelli di intervento. Nonostante non siano disponibili studi epidemiologici che possano fornire una stima dell'incidenza del disturbo, il DSM-5-TR (APA, 2023) individua un'incidenza approssimativa che si attesta intorno allo 0,3-1,9% senza subire significative variazioni rispetto al sesso.

L'età di manifestazione si colloca tipicamente prima dei 5 anni, ma il disturbo può non giungere all'attenzione clinica fino all'inizio della scuola primaria, momento in cui si ha un aumento dell'interazione sociale e dei compiti prestazionali (APA, 2023) e il comportamento mutacico inizia a preoccupare genitori e insegnanti, iniziando a interferire con l'acquisizione degli apprendimenti scolastici e l'integrazione nel gruppo dei pari. «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» (Trivelli e coll., 2015, p.136)

Se nei primi studi condotti nel 1877 dallo psicofisiologo Kussmaul si parla di *afasia volontaria* (sottolineando il carattere di intenzionale incapacità di espressione), sarà il DSM-IV TR (APA 1994) a utilizzare, all'interno della sezione *altri disordini dell'infanzia, fanciullezza e adolescenza* il termine *mutismo selettivo*, definendolo un'incapacità di comunicazione, non totale ma parziale, poiché afferente a determinati ambiti sociali. Nel DSM-5 (APA, 2014) il disturbo verrà trasferito nella sezione disturbi d'ansia apportando un importante cambiamento nella sua concettualizzazione diagnostica e di comprensione funzionale.

La *selezione*, descritta nel DSM-5, può essere rappresentata a diversi livelli di severità operando limitazioni solo in alcuni ambienti e condizioni, oppure in *quasi* tutte le situazioni sociali esterne alla famiglia (tab. 1). «Nei casi molto gravi di MS si assiste a totale inibizione della comunicazione da non interpretare come disturbo pervasivo dello sviluppo: nel MS l'intento comunicativo è sempre mantenuto» (Trivelli e coll., 2015, p.137)

Mutismo assoluto al di fuori dell'ambiente familiare
Comunicazione con i familiari in contesti extrafamiliari, ma non alla presenza di persone estranee
Comunicazione con i propri familiari in contesti extrafamiliari alla presenza di estranei
Comunicazione con un genitore affinché possa riportare il contenuto a un estraneo (che a sua volta può rispondere direttamente al bambino)
Comunicazione con il gruppo dei pari, ma non con adulti esterni alla famiglia
Comunicazione con alcuni adulti esterni alla famiglia

Tab. 2 - Esempi di tipologia di comportamento di selezione

La diagnosi differenziale viene fatta con i disturbi della comunicazione, i disturbi del neurosviluppo, schizofrenia e altri disturbi psicotici. Gordon (2001) sottolinea l'importanza, quando si osserva in un bambino un comportamento mutacico, di considerare anche la possibilità di eventuali cause organiche

che coinvolgano il cervelletto. L'incapacità del bambino di esprimersi non dipende dunque da immaturità neurologica, alterazioni del processo di articolazione e di espressione linguistica né da particolari deficit cognitivi. L'esclusione di ulteriori fattori organici e socio-ambientali è fortemente legata al processo di assessment che deve esplicitarsi attraverso un'accurata anamnesi e valutazione che coinvolga non solo il bambino ma anche i suoi genitori e gli adulti che interagiscono significativamente con lui, potendo quindi restituire al clinico elementi raccolti in più contesti sociali e lungo il percorso di crescita e sviluppo del minore.

Eziologia

Come l'etichetta diagnostica, anche l'ipotesi eziologica si è modificata nel tempo, propendendo verso componenti multifattoriali (APA, 2023) che vedono l'interazione tra fattori ambientali (familiari e socio-culturali) e fattori biologici e costituzionali. Allo stato attuale, dati clinici e di ricerca, suggeriscono una stretta similarità tra il mutismo selettivo e l'ansia sociale tanto da considerarlo un sottotipo dei disturbi dello spettro ansioso, ipotizzando l'assenza di una reale categoria diagnostica indipendente per il mutismo selettivo (Capobianco, 2009). Questa forte similarità è sottolineata nel DSM-5, che inserisce il mutismo selettivo all'interno dei disturbi d'ansia, dandovi quindi una connotazione più precisa rispetto all'edizione precedente del manuale diagnostico, che come già sottolineato inseriva il disturbo all'interno della sezione, più generale, di *altri disordini dell'infanzia, fanciullezza e adolescenza*.

Anche nell'ICD-10 (OMS, 1996), viene sottolineata la forte relazione tra ansia e linguaggio, definendo il mutismo selettivo quale «marcata selettività nel parlare, emozionalmente determinata, per cui il bambino mostra la sua competenza linguistica in alcune situazioni, mentre non parla in altre» inserendolo nella categoria dei *disturbi del funzionamento sociale, con esordio nell'infanzia e nell'adolescenza*, insieme al Disturbo reattivo dell'attaccamento dell'infanzia e al Disturbo disinibito dell'attaccamento dell'infanzia.

Interessante sono gli studi di Moldan (2005) che ipotizzano come alla base del mutismo selettivo possa esserci un deficit nell'autoregolazione interna dell'ansia, ovvero della capacità che consente al bambino di controllare e orientare l'*arousal* interno rispetto alla possibilità di affrontare situazioni nuove e non familiari. Di fronte ad esse il bambino assumerebbe un comportamento di evitamento e *ritiro verbale* che nel tempo si trasformano in modalità funzionali al bambino per ritirarsi dalle situazioni sociali che provocano in lui stati d'ansia e agitazione perché percepite come pericolose, fonte di svalutazione o di rischio verso la possibilità di provare e mostrare vergogna. In tal senso il mutismo può essere letto

come una *strategia di difesa* di fronte alla percezione di non poter affrontare le richieste dell'ambiente, di percepirsi come inadeguato e svalutato.

Oltre il silenzio

Il processo diagnostico nell'ambito dell'età evolutiva «pone ai clinici una serie complessa di questioni teoriche e metodologiche che non possono ignorare le profonde modificazioni cognitive, affettive e relazionali che si osservano nello sviluppo del bambino, l'instabilità e mutevolezza della sintomatologia manifestata, l'influenza dell'ambiente sociale, i fattori di rischio e protezione che possono intervenire a diversi livelli e in diversi momenti del suo sviluppo per rinforzare traiettorie disadattive o promuovere risorse adattive. Allo stesso tempo è importante tenere presente che in ogni tappa di sviluppo raggiunta, nuova e inattesa, possono emergere comportamenti che indicano non tanto una patologia, ma la reazione a richieste evolutive vissute dal minore come critiche, proprio perché inaspettate e fonte di rimessa in discussione degli equilibri fino a quel momento raggiunti.

All'interno di questa cornice risulta perciò necessario assumere una prospettiva diagnostica che consenta di inquadrare i processi che influenzano il funzionamento del minore operando in un'ottica aperta, dinamica, non assoluta né deterministica» (Bona e Mehrnoosh, 2024, p.5).

Nel processo diagnostico che coinvolge un bambino con mutismo selettivo, è importante non assumere il *silenzio* come un'assenza di comunicazione da parte sua, poiché come sottolineato dalla Scuola di Palo Alto è *impossibile non comunicare* (Watzlawick et al., 1971). Anche nelle parole non dette, nei luoghi in cui si manifesta il silenzio, nei bambini in cui i pensieri non vengono narrati attraverso la parola, nelle situazioni in cui la voce scompare, ci sono importanti comunicazioni che il clinico dovrà cogliere e interpretare. «L'attività o l'inattività, le parole o il silenzio hanno tutti valore di messaggio: influenzano gli altri e gli altri, a loro volta, non possono non rispondere a queste comunicazioni e in tal modo comunicano anche loro» (Watzlawick et al., 1971, p.41).

Il silenzio si palesa nella veste di pensieri e sentimenti finora non accolti né pensati da nessuno, *Pensieri senza Pensatore* - li definirebbe Wilfred Bion - (Neri, 2006) in attesa di essere ospitati in una mente adulta che li possa vestire di parole adatte affinché assumano forma ed espressione.

In un'ottica di ascolto attivo poi, oltre alle parole, assumono valore particolare anche gli sguardi, la gestualità, il contatto oculare che nei bambini con mutismo selettivo continuano a parlarci ed è importante non sottovalutare dal punto di vista osservativo.

Entro le cornici qui delineate possiamo sottolineare l'importanza di non forzare questi bambini a una comunicazione verbale, perché loro già stanno comunicando, lo stanno facendo con forza attraverso il silenzio, un *sintomo* che deve essere ascoltato. Non si tratta di vincere un rifiuto, ma di comprendere il vissuto del minore, della sua storia personale ed evolutiva, per rintracciarne gli eventi che lo hanno portato a comunicare, una sofferenza psichica, attraverso un sintomo così potente, in grado di richiamare l'attenzione (e le preoccupazioni) di tutta la comunità: familiare e scolastica.

Esemplificazione clinica

Giunge all'osservazione del logopedista dell'equipe, Camilla, una bambina di 9 anni frequentante la classe quarta della scuola primaria. I suoi insegnanti appaiono sempre più preoccupati del fatto che, *forse per timidezza*, ha sempre verbalmente interagito poco nel contesto scolastico e ora, che il programma didattico, inizia a prevedere interrogazioni orali, attività di maggiore scambio verbale e di confronto tra i bambini e tra essi e i docenti, Camilla sembra farsi *sempre più silenziosa*, tanto che gli insegnanti iniziano a ipotizzare la presenza di un atteggiamento di ritiro sociale, di ansia e paura del confronto o di difficoltà nella comprensione verbale. L'atteggiamento mutacico assunto nel contesto scolastico lentamente inizia ad incidere non solo sugli aspetti relazionali, ma anche sugli apprendimenti scolastici, che possono essere esaminati esclusivamente attraverso compiti scritti. Nessuna valutazione è possibile nell'ambito della lettura ad alta voce, dell'esposizione e comprensione orale, della scrittura di pensieri e temi (che appaio scarni di elementi narrativi).

A casa Camilla appare non assumere questi stessi comportamenti, tanto che i genitori la descrivono come socievole e ubbidiente, *un pò timida* ma comunque aperta al rapporto con il gruppo dei pari, con i quali ama giocare ad attività di costruzione, corse e lotte fisiche. Camilla è figlia unica e in famiglia non sono presenti famigliari della sua età. I genitori riferiscono che nella prima infanzia avrebbe percorso correttamente tutte le tappe di sviluppo sia motorio che linguistico, presentando da sempre un carattere timido e riservato. Durante l'ultimo anno di scuola dell'infanzia è insorta una balbuzia, che si presentava solo in alcune situazioni. Lentamente tale difficoltà è regredita spontaneamente.

Arriva in consultazione attraverso una richiesta non specifica, in quanto i genitori sembrano non essere pienamente consapevoli della natura delle preoccupazioni nutrite da parte degli insegnanti. "Siamo qui perché ci dicono che parla poco, anche se a casa parla, le insegnanti riferiscono alcune difficoltà scolastiche, ma i voti sono buoni...".

Camilla, dopo alcuni incontri con il logopedista connotati ad un completo silenzio, apre nuovi canali espressivi. Inizia a sorridere, abbandonando piano piano la postura rigida fino ad arrivare a pronunciare brevi frasi. A seguito di un lavoro specifico sugli apprendimenti scolastici, con un progressivo miglioramento anche delle verbalizzazioni, non ravvisando difficoltà nell'area del linguaggio il professionista decide di fare un invio alla psicoterapeuta dell'equipe. Nel nuovo percorso Camilla sembra *tornare indietro* verso il mutacismo, intraprendendo il nuovo percorso con un atteggiamento di sospetto e chiusura.

Lentamente, entro il setting psicoterapeutico, Camilla inizia nuovamente a comunicare, rispondendo a domande dirette con piccoli cenni di assenso e monosillabi. Teniamo a sottolineare che attraverso il gioco condiviso e il linguaggio del corpo, il contatto oculare, la mimica facciale e la progressiva riduzione dello spazio fisico, Camilla ha sempre lasciato aperto un canale comunicativo. Lentamente, *dentro la stanza di psicoterapia*, inizia ad emergere la paura di Camilla di poter sbagliare ed essere derisa dai compagni e dagli adulti, una percezione di inadeguatezza e autosvalutazione, di immagine di sé come incapace di raggiungere risultati positivi e di *potercela fare da sola*. Lentamente inizia ad emergere la narrazione di episodi di violenza verbale e aggressività fisica vissuta, all'interno del gruppo classe fin dal primo anno di scuola primaria, che hanno portato Camilla a isolarsi e vivere sensazioni di debolezza, esclusione, tradimento rispetto alle relazioni che fino a quel momento erano state considerate amicali (specie quelle coltivate a partire dalla scuola dell'infanzia). Situazioni che gli insegnanti *appaiono non vedere* e su cui non intervengono. Il loro *non vedere* pare esautorare il suo disagio e mette in dubbio il suo vissuto divenendo così il *non dire* di Camilla, un rifugio da una realtà percepita come ostile, ma della quale non trova riscontro e sostegno negli adulti di riferimento.

Il comportamento dei genitori, in particolare della mamma, gioca un altro fattore importante nel mantenimento del mutismo selettivo di Camilla. Entrambe appaiono aver instaurato un *attaccamento ansioso-dipendente* attraverso il quale la mamma si mostra ansiosa e preoccupata, eccessivamente protettiva, ponendosi in un ruolo spesso sostitutivo di Camilla, inficiando nel tempo la sua esplorazione dell'ambiente, il processo di individuazione, separazione e promozione dell'autonomia personale. Questo atteggiamento tende a rafforzare in Camilla l'idea di *non potercela fare da sola*, di *non essere all'altezza*, di *avere costantemente bisogno della mamma per narrarsi e relazionarsi al mondo esterno* e che essa sia necessaria, se non fondamentale, per affrontare qualsiasi interazione esterna alla famiglia.

I colloqui periodici con i genitori di Camilla, consentiranno di far emergere tra i fattori che hanno contribuito all'instaurarsi di un legame di attaccamento di tipo ansioso-dipendente non solo il

temperamento della madre (tendente a un atteggiamento preoccupato) ma anche alla storia perinatale che ha evidenziato un aborto spontaneo che ha preceduto la nascita di Camilla e ha gettato un'ombra di angoscia e apprensione verso la nuova gravidanza e il periodo successivo alla nascita.

Conclusioni

Come sottolineato all'interno del nostro articolo, i pochi studi ad oggi disponibili lasciano aperti diversi interrogativi rispetto all'epidemiologia, il decorso, l'eziologia e la prognosi del disturbo, nonché gli studi di efficacia dei modelli di intervento. Attraverso la storia di Camilla, possiamo evidenziare alcuni elementi che possono contribuire al dibattito clinico e scientifico.

In prima battuta è possibile osservare come il processo diagnostico (inteso nella sua forma di *comprensione funzionale*) sia giunto a conclusione dopo successivi e differenti (talvolta confusivi) passaggi e coinvolgimenti di diverse figure professionali. Camilla giunge, in primis, all'attenzione del logopedista su sollecito degli insegnanti che appaiono concentrarsi in modo quasi selettivo ed esclusivo sull'area del linguaggio e degli apprendimenti. Una preoccupazione non completamente condivisa dai genitori, che giungono al professionista apportando una richiesta consulenziale formulata in modo poco consapevole e in gran parte confusiva: "Siamo qui perché ci dicono che parla poco, anche se a casa parla, le insegnanti riferiscono alcune difficoltà scolastiche, ma i voti sono buoni...". La diagnosi arriva tardivamente poiché il temperamento timido di Camilla porta gli insegnanti a indugiare sulla necessità di richiedere un consulto specialistico, forse nell'attesa che con la crescita possa sviluppare un carattere maggiormente estroverso. Il concentrarsi degli insegnanti sul linguaggio e sugli apprendimenti ha lasciato scoperto la presa in carico degli aspetti emotivo-relazionali nonché delle dinamiche di classe che hanno fatto implodere in Camilla la messa in atto di meccanismi di difesa disfunzionali, che nel tempo l'hanno portata a chiudere la propria comunicazione verbale, rispecchiando il *silenzio dello sguardo dei suoi insegnanti* sulle dinamiche di bullismo.

La relazione di attaccamento instaurata con la mamma si presenta poi come forte fattore di rischio per l'evoluzione sociale e comunicativa di Camilla, influenzando profondamente la sua percezione e gestione delle relazioni interpersonali. L'atteggiamento della madre eccessivamente protettivo, che si pone in un ruolo spesso sostitutivo di Camilla, inficia le occasioni di esplorazione dell'ambiente, la possibilità di muoversi verso un'individuazione e separazione dalla figura genitoriale, per entrare nel gruppo dei pari con una propria autonomia e fiducia nelle proprie possibilità.

All'interno del setting psicoterapeutico e di assessment, ciò che ha permesso di entrare in sintonia e conseguentemente in comunicazione con Camilla è stato l'uso del gioco come tramite relazionale, accanto a un'approfondita anamnesi che ha consentito di ricostruire la sua storia personale, familiare e dello sviluppo cognitivo e linguistico, vista l'impossibilità di avvalersi di supporti testistici. Tutto ciò ha consentito di aprire un canale di *comprensione funzionale* che ha permesso di arrivare al reale disagio di Camilla, celato dietro al silenzio, poterlo fare emergere per *fornirgli parola* e poterlo quindi elaborare.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2023), *DSM-5-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- American Psychiatric Association (2014), *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- American Psychiatric Association (1994), *DSM-IV TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Bona P. e Mehrnoosh Z. (2024), *Pensare la diagnosi in età evolutiva tra classificazione descrittiva e comprensione funzionale*, «Kairòs», n.1, pp. 4-9
- Capobianco M. (2009), *Il mutismo selettivo: diagnosi, eziologia, comorbidità e trattamento*, «Cognitivismo clinico», 6(2), pp. 211-228
- Gordon N. (2001), *Mutism: elective or selective, and acquired*, «Brain e Development» n.23, pp.83-87
- Moldan M.B. (2005), *Selective mutism and self-regulation*, «Clinical Social Work Journal», 33(3), pp. 291-307
- Neri C. (2006), *Pensieri senza pensatore*, «Gruppo e funzione analitica», vol.27(1), pp.17-32
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1996), *ICD10. Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*, Elsevier - Masson
- Trivelli F., Gorla C., Picca M. e Tischer M.C. (2015), *Il mutismo selettivo: il bambino che non riesce sempre a parlare*, «Quaderni ACP» n.3, pp. 136-138
- Watzlawick P., Helmick Beavin J. e Jackson D.D. (1971), *Pragmatica della Comunicazione Umana*, Astrolabio, Roma