

## QUANDO È DIFFICILE PARLARE: IL CASO DI UNA BAMBINA GEMELLA DI 10 ANNI AFFETTA DA MUTISMO SELETTIVO

Micaela Capobianco

Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Facoltà di Psicologia 2, Università  
“Sapienza”, via dei Marsi, 78, 00184, Roma  
corrispondenza: micaela.capobianco@uniroma1.it

### Riassunto

Il presente lavoro illustra il caso clinico di una bambina gemella a cui è stata effettuata tardivamente la diagnosi di mutismo selettivo (MS). La bambina ha 10 anni, ha una sorella gemella monovulare con lo stesso problema e una sorella più piccola che non presenta alcuna difficoltà. Come riferito dalla madre, la sintomatologia mutacica si manifesta soprattutto a scuola con le insegnanti, le quali non hanno mai potuto fare un’interrogazione orale. L’assenza prolungata dell’uso del linguaggio verbale ha influito molto sugli apprendimenti, sulla capacità di astrazione e metacognizione. La comparsa e il mantenimento del disturbo sono il prodotto dell’interazione tra fattori biologici (familiarità al temperamento timido) e ambientali (madre ansiosa e iperprotettiva). Dalla valutazione funzionale e dall’analisi degli ABC emergono una paura del “giudizio degli altri”, “di sbagliare ed essere derisa”, di “vergognarsi” e temi depressivi, di autosvalutazione, a conferma della comorbidità tra mutismo e problemi internalizzanti.

Viene descritto e discusso in modo critico l’iter di assessment, le modalità e le strategie di valutazione e di intervento sulla bambina e sul contesto familiare e scolastico, alla luce delle difficoltà incontrate nelle diverse fasi legate alle caratteristiche specifiche del disturbo mutacico. Infatti, molto pochi sono gli studi in letteratura e le conoscenze sulle strategie d’intervento più efficaci su questi bambini risultano ancora incomplete.

**Parole chiave:** mutismo selettivo, attaccamento ansioso-dipendente, problemi internalizzanti, autosvalutazione, temperamento timido.

### WHEN IT’S DIFFICULT TO TALK: THE CLINICAL CASE OF TWIN FEMALE CHILDREN OF TEN YEARS AFFECTED BY SELECTIVE MUTISM

#### Abstract

This paper describes the clinical case of twin children (female) with a late diagnosis of selective mutism (SM). The children have ten years, have a twin monovular sister with the same problem and a younger sister that not have any difficulties. As reported by mother, the selective mutism symptom shows at school with the teachers, that cannot be an oral examine. The continued

absence of verbal language use has a great influence on learning, on abstraction and metacognition abilities. The onset and maintenance of disorder are the results of interaction between biological (familiarity to shy temperament) and environmental (anxious and highly protective mother) causes. The functional assessment and ABC analysis show a fear of “other people opinion”, “to be wrong and to be derided”, of “to be shy” and depressive thematic, of auto-devaluation, in confirmation of comorbidity between mutism and internalizing problems.

It's showed and discussed in critical way the iter of assessment, the modalities and the strategies of valuation and treating on female children and on the familiar and scholastic context, in the light of difficulties meet in the different phases for the specific mutism disorder characteristics. Infact, the studies and the knowledge of treating strategies more efficacious on this children result still incomplete.

**Key Words:** selective mutism, anxious, dependent attachment, internalizing problems, auto-devaluation, shy temperament.

## Dati anagrafici, invio e contesto della terapia

G. è una bambina di 10 anni a cui è stata effettuata di recente la diagnosi di Mutismo Selettivo presso un servizio pubblico di Neuropsichiatria Infantile di Roma. G. vive con i genitori naturali, ha una gemella monovulare ( $G_2$ ) che presenta lo stesso problema di mutismo e una sorella più piccola di 5.6 aa che, da quanto riferiscono i genitori, non sembra aver avuto mai alcun problema. Quando ha iniziato a frequentare il servizio G. ha appena terminato la IV elementare; abita con i genitori e le sorelle in una casa di campagna, lontana dal centro abitato.

È la madre, particolarmente allarmata e preoccupata, sotto pressione anche delle insegnanti, a richiedere una consulenza presso un servizio specializzato dato che, nonostante sia stata seguita per diversi anni (insieme alla sorella gemella) presso la ASL di appartenenza, la bambina non ha mai ricevuto una diagnosi chiara e definitiva e nel tempo non è migliorata. Negli ultimi due anni, infatti, il mutismo e i comportamenti problematici della bambina sono peggiorati e influenzano sensibilmente le modalità di valutazione e gli apprendimenti in ambito scolastico. La mamma vorrebbe sapere come comportarsi al meglio con la bambina e, soprattutto, come aiutare anche le insegnanti a gestire a scuola l'interazione con la bambina.

## Anamnesi familiare (rispetto agli elementi rilevanti per la spiegazione del disturbo della bambina)

L'anamnesi familiare è stata raccolta primariamente con la madre. Infatti, dopo il primo incontro con entrambi i genitori, il padre non è più venuto agli appuntamenti e la bambina è sempre stata accompagnata dalla madre.

Il padre della bambina ha un carattere molto introverso e timido. Lavora tutto il giorno e interagisce poco con le figlie e in particolare con le gemelle. Quando è a casa, pur se presente e collaborativo, si dedica poco a giocare attivamente con loro. Come racconta la madre di G., nell'infanzia e nell'adolescenza molto probabilmente ha sofferto anche lui di mutismo, ma non è stato mai diagnosticato. Infatti i genitori del padre hanno sempre descritto loro figlio come un bambino che parlava poco, che “arrossiva sempre” quando gli si rivolgeva la parola e difficilmente socializzava con adulti e coetanei. I genitori di lui hanno sempre dato poco importanza a

questi comportamenti del figlio attribuendoli primariamente a una “questione di carattere”. Lui stesso afferma: “con il tempo ho imparato ad adattarmi al mio carattere, mi sono inserito bene al lavoro”. Durante il colloquio parla molto poco e solo su esplicita richiesta e il suo sguardo è spesso sfuggente. Rispetto al problema delle figlie gemelle mostra tuttora un atteggiamento remissivo e non segue più la psicoterapia iniziata con la moglie. Afferma di essere deluso dalla ASL di appartenenza alla quale per molto tempo si è affidato. È molto demotivato e non crede più all’intervento dei servizi. Inoltre non attribuisce un’estrema importanza al mutismo delle bambine. Pensa che prima poi le figlie “si sbloccheranno” da sole, come è successo a lui.

La madre di G. ha una storia familiare traumatica. Sua mamma, alcolista, è deceduta quando lei aveva 7 anni per suicidio, avvenuto in casa. Ha sempre avuto un’amnesia totale della sua vita fino a 7 anni, per cui ricorda molto poco della madre. Riferisce solo di non ricordare alcuna carezza, abbraccio, momenti di intimità e affetto con la madre. Ha conosciuto il proprio padre biologico in adolescenza e da poco sono state avviate le pratiche per il riconoscimento, in concomitanza con il problema che hanno presentato le gemelle. Ha effettuato alcune sedute di psicoanalisi durate 4 anni, ma non ritiene siano state veramente di aiuto per lei.

È la madre delle bambine che si occupa in tutto e per tutto di G. e G<sub>2</sub> e della figlia più piccola. La madre riferisce di non sentirsi supportata dai suoceri con cui non ritiene di avere un buon rapporto e di ricevere un reale sostegno. Secondo lei i genitori di lui non comprendono veramente il problema delle gemelle e lo sottovalutano. Lei stessa dice: “mi sento sola di fronte a questo problema..quando chiedo a mia suocera di tenermi le bambine trova sempre qualche scusa..se cerco di mantenere un rapporto lo faccio solo per le bambine che sono affezionate alla nonna”. È la madre, infatti, a richiedere al servizio una spiegazione più chiara del problema delle loro figlie, che, a suo avviso, nessuno finora le ha saputo dare in modo esplicito. Anche lei si mostra delusa, ma sicuramente più disponibile e intenzionata a far qualcosa per le gemelle, con la speranza che possano migliorare. Richiede pertanto una valutazione e, soprattutto, delle indicazioni specifiche su come comportarsi a casa e a scuola con le bambine e su quale sia l’atteggiamento migliore da adottare con loro.

La mamma mostra un grande senso di colpa perché sostiene che il suo atteggiamento troppo “protettivo” non abbia aiutato le bambine. Allo stesso modo spiega e giustifica il suo comportamento con le seguenti parole: “io non ho mai ricevuto nessuna carezza, l’affetto dei miei genitori mi è sempre mancato e ho dovuto fare tutto da sola. Ho cercato di fare il contrario con le bambine, facendo loro tutto, anche troppo”; “se sono così è colpa mia...per fortuna c’è D. (terza figlia più piccola) che mi gratifica...già scrive...”.

## Descrizione del problema da parte della madre: genesi ed evoluzione, frequenza e gravità

La bambina è stata seguita dalla ASL di appartenenza all’inizio della I elementare, sotto insistenza delle insegnanti che si lamentavano del mutismo di G. Secondo la descrizione delle insegnanti G. “si rifiutava” di parlare con loro e con qualsiasi altro adulto dell’ambiente scolastico, mentre parlava con qualche compagna di classe (durante il gioco libero, in particolare in giardino). A casa, invece, la bambina parlava tranquillamente con tutti. Lo stesso problema era già insorto durante la scuola dell’infanzia, ma la mamma non ha mai dato eccessiva importanza, pensando che fosse legato al carattere (“simile al padre”) e, soprattutto, transitorio, legato all’età. Fino ai tre anni dietro consiglio della dott.ssa della ASL, che la seguiva dalla II elementare, G. ha frequentato una classe diversa dalla sorella. Dopo numerosi incontri con la ASL (durati

diversi anni) solo a Marzo 2006 la dott.ssa che la seguiva ha accennato ad una probabile diagnosi di mutismo selettivo, indicando semplicemente alla madre di effettuare delle sedute di psicoterapia privatamente, data la scarsa disponibilità di servizi di questo tipo nel comune. Non è stata mai iniziata alcuna psicoterapia per motivi prettamente economici.

Nell'estate del 2005 (età di 8 anni) la bambina ha manifestato una balbuzie tonica e ha seguito un ciclo di logopedia. Racconta la madre che le balbuzie si presentavano solo in alcune situazioni, quando la bambina era più emozionata, come ad esempio durante un litigio con la sorella o prima di ricevere un regalo. Le balbuzie, comunque, dopo circa un anno sono regredite spontaneamente. Attualmente la bambina parla esclusivamente a casa con gli adulti familiari che conosce bene (oltre i genitori, alcuni parenti che vede spesso) e con le sorelle, in particolare con la gemella con cui si è creata una forte "complicità" e "intesa" sia rispetto al comportamento "mutacico" che in generale rispetto a qualsiasi comportamento in diverse situazioni. Si sostengono a vicenda e parlano molto tra loro, soprattutto durante il gioco. La mamma le definisce "complementari", riferendosi con questa parola al fatto che si copiano spesso tra loro (se una fa un capriccio, un dispetto, assume un comportamento oppositorio, lo fa anche l'altra e viceversa; oppure, una inizia a fare una cosa e l'altra la finisce, quasi meccanicamente). G. è anche molto legata ad un'amichetta con problemi comportamentali. La mamma descrive G. come una bambina con umore "altalenante" (contrariamente alla gemella che è più "tranquilla"). G. è spesso "nervosa", "irritabile" e ha crisi di pianto frequenti: "...sta peggiorando...è un continuo capriccio, mi attacca storie al supermercato, piange e si butta per terra". Altre volte, invece, si chiude in se stessa, "fa la faccia triste".

La madre è attualmente preoccupata perché questo mutismo ha inciso nel tempo sia sugli apprendimenti scolastici che sugli aspetti socio-relazionali. G. presenta una letto-scrittura non appropriata alla classe frequentata. In particolare, secondo la madre, spesso non capisce ciò che legge, perché lo fa meccanicamente. Le insegnanti si lamentano del fatto che la bambina "si rifiuta di parlare" con loro, soprattutto quando le viene espressamente richiesto per le interrogazioni. Fin dalla I elementare nessuna insegnante è mai riuscita ad interrogare la bambina. Solo compiti scritti. G., durante l'anno scolastico, trascorre il pomeriggio in una struttura privata dove viene seguita per fare i compiti. Negli ultimi mesi i genitori hanno iniziato ad assumere un atteggiamento "punitivo" nei confronti di G. e della sorella gemella per convincerle a parlare, ma senza sortire alcun cambiamento.

La mamma tuttora si lamenta di aver ricevuto dalla ASL la diagnosi tardivamente e si rimprovera di aver perso molto tempo quando si sarebbe potuto intervenire prima. Si lamenta, inoltre, che non le hanno neppure spiegato in che cosa consistesse questo problema e non le hanno dato alcun suggerimento psicopedagogico a riguardo. Si rimprovera e si colpevolizza molto per questo, dicendo che se ora il mutismo di G. (come pure della sorella gemella) è peggiorato e si è consolidato è anche legato a questo.

## Anamnesi e tappe evolutive di G. (riferite dalla madre e significative per il problema)

G. è nata a 37 settimane (3 min. dopo la gemella). Nessuna problematica significativa pre-perinatale. La madre descrive lo sviluppo di G. come regolare, secondo le tappe "normali" e non ricorda assolutamente ritardi nello sviluppo motorio e/o linguistico nei primi anni di vita. Ha sempre avuto un sonno costante, con pochi risvegli notturni. La madre racconta che il problema era più che altro "il distacco": "è sempre stata una bambina appiccicosa, non si poteva lasciare

un attimo che piangeva e si attaccava a me..Se non l'abbracciavo prima di andare a dormire, non si addormentava..".Dall'età di 18 mesi è stata inserita con la gemella all'asilo nido e affidata ad una signora durante il pomeriggio per motivi di lavoro. La separazione da questa baby-sitter quando G. aveva quasi 3 anni, a cui la bambina era molto legata, è stata, secondo la madre, "brusca".

La madre non sa spiegare con precisione i motivi di questo allontanamento, ma si ricorda che dopo il distacco G. è diventata più nervosa e più chiusa in se stessa. Secondo la madre anche dopo la nascita della sorella (D) (G. aveva 4 aa e mezzo) la bambina è cambiata: più agitata, cercava sempre di attirare l'attenzione. All'età di 7 aa ha avuto una perdita di coscienza con caduta a terra, ma l'EEG è risultato negativo. La madre non sa dare una spiegazione a quell'evento. La madre riferisce che G. è sempre stata una bambina che difficilmente rivolgeva la parola a qualcuno, "si emozionava" molto quando un adulto le chiedeva qualcosa. In genere o si ammutoliva e abbassava gli occhi, oppure "faceva finta di essere impegnata a fare qualcos'altro e si mostrava indaffarata". In quei momenti la madre l'ha sempre "incoraggiata" a parlare.

## Assessment con la bambina

Primi incontri al servizio

Osservazione del comportamento spontaneo

- G. in interazione con la sorella

Dato che il problema di mutismo di G. è strettamente legato al rapporto con la sorella gemella (G<sub>2</sub>), mi è sembrato importante osservare l'interazione di G. con la sorella.

Inizialmente entrambe le bambine mostrano un esplicito rifiuto a seguirmi e a distaccarsi dalla madre. Entrambe dicono no con la testa rimanendo aggrappate alle braccia della mamma. G. si dimostra più agitata ed oppositoria rispetto alla sorella. Dopo diverse rassicurazioni da parte della madre e mie sollecitazioni mi seguono. Mostrano entrambe un chiaro disagio che nascondono con un comportamento apparentemente "provocatorio", iniziando a precedermi senza aspettare che le guidassi verso la stanza. G., in particolare, inizia a correre per il corridoio entrando a caso nelle diverse stanze che incontrava, mostrandosi per questo divertita. G., una volta in stanza, inizia, insieme alla sorella, a tirare fuori tutti i giocattoli che trova in modo confusionale e ad escludermi completamente dall'interazione. Difficilmente alzano lo sguardo verso di me e se tento di inserirmi nel gioco, si allontanano, mi danno le spalle e ridono. Mostrano una forte complicità, uno stile comportamentale molto simile, si imitano a vicenda. G. sembra dominare di più la relazione. È G., infatti, che più frequentemente inizia un'azione e l'altra la imita.

La comunicazione con la sorella è più che altro basata su denominazioni e descrizioni, non vi è un vero dialogo.

- Incontri con G.

I primi incontri con G. hanno avuto il primario obiettivo di creare una relazione di fiducia con la bambina, cercando di creare con lei uno spazio sereno, in cui accogliere il suo disagio, ove lei potesse esprimersi liberamente. Ho cercato di interagire con lei senza mostrare una particolare attenzione all'aspetto verbale, ma facendole capire che potevamo utilizzare altri canali di comunicazione come la gestualità, il disegno, il gioco, la mimica (Bissoli 2007). I primi incontri, inoltre, sono stati necessari anche per spiegare a G. il motivo di questi incontri e le attività che avrebbe svolto con me. Si mostra molto collaborativa e interessata quando le chiedo

di fare un disegno, ma se si accorge che la sto guardando smette di disegnare oppure copre il disegno con la mano.

A volte si alza e si mette a sistemare freneticamente i giochi, quasi per spostare l'attenzione da un'altra parte. Invento alcune attività ludiche con delle bambole simulando che le bambole facciano diversi disegni, parlino tra loro. La bambina si è mostrata subito divertita dal gioco, ridendo, e, dopo diverse sollecitazioni in cui ho finto di parlare con le bambole, G. ha iniziato ad avvicinarsi all'orecchio di una bambola e a dire una frase, senza farmi capire cosa le dicesse, e a far fare alla bambola l'azione appena pronunciata all'orecchio. Questa modalità ludica ha funzionato molto bene inizialmente con G. come mediatore della comunicazione tra me e la bambina.

## Valutazione funzionale: batteria di test e strumenti

È stata effettuata una valutazione completa (mediante prove standardizzate e non) al fine di esaminare l'attuale livello di sviluppo ed esplorare diversi aspetti più specificatamente affettivo-relazionali strettamente legati al disturbo. La valutazione funzionale è stata anche un primo passo per iniziare ad esplorare e individuare i pensieri disfunzionali e le emozioni alla base della difficoltà di parlare di G. Tutta la valutazione è avvenuta per iscritto e distribuita in 5 incontri. In sintesi, è stato utilizzato il seguente protocollo:

- Area cognitiva: scala WISC-R (Orsini 1993); Matrici Progressive di Raven (Raven 1947);
- Area linguistica: comprensione di frasi (Rustioni 1994) e del testo scritto con prove MT di Cornoldi e Colpo (1998);
- Area memoria e apprendimento (TEMA) (Reinolds Cecil e Bigler 1995);
- Area emotiva, affettiva e relazionale: test proiettivi: Scenotest, Test della famiglia immaginaria (Corman, 1976.), T.A.T. (Morgan e Murray, 1935)<sup>1</sup>.

Ai genitori è stato chiesto di compilare il Questionario CBCL (Achenbach 1991) per analizzare aspetti più specifici del comportamento/temperamento della bambina (in particolare, disturbi Internalizzanti *versus* Esternalizzanti).

### *Alcuni elementi indicativi emersi dai risultati della valutazione (rilevanti rispetto alla conoscenza di emozioni e pensieri della bambina sottostanti il disturbo)*

- WISC-R. G. presenta un QI totale di 80 (al limite) e un profilo cognitivo disomogeneo con un significativo *decalage* tra l'area Verbale (QI 73) e l'area di Performance (QP 90). Di particolare indicazione sono i punteggi molto bassi nei subtest verbali "Informazioni", "Vocabolario" e, soprattutto, "Comprensione" che denotano in G. un'importante caduta semantico-concettuale (capacità di astrazione e categorizzazione bassa), una povertà di informazioni e di strategie socio-relazionali e una difficoltà nell'affrontare in modo appropriato diverse situazioni. Spesso

<sup>1</sup> Per gli aspetti relativi alle dinamiche della sfera emotiva si è ritenuto utile utilizzare per gli scopi valutativi alcuni strumenti di tipo proiettivo disponibili in letteratura, affiancando a quella cognitiva una lettura anche di approccio psicodinamico.

*Quando è difficile parlare*

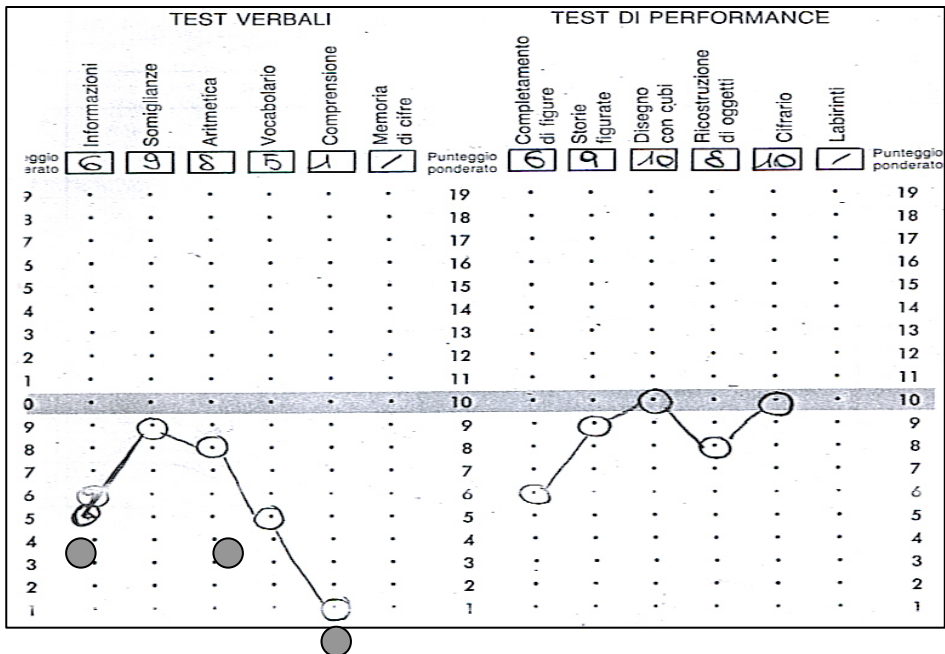
la bambina risponde alle domande proposte “non lo so”, “niente”, denotando una povertà sia di informazioni ma anche di autonomia di pensiero, difficoltà ad interpretare la realtà e a percepire i propri stati mentali (tra cui le proprie emozioni).

Interessante anche la risposta all’item del subtest “Vocabolario”: “cos’è un asino?”. G. scrive “...che non sa niente..”. Alla mia richiesta “cioè?”, G. scrive: “.che tutti ridono di lui..”

Nonostante l’uso della scala WISC-R sia stata fondamentale per ricavare informazioni specifiche su diversi compiti verbali e non, è stato necessario somministrare anche una scala cognitiva di tipo non verbale. Infatti, dalle Matrici di Raven G. è risultata avere un QI nella norma tra il 50° e il 75° centile rispetto alla sua età. La valutazione cognitiva mediante le due scale (di tipo verbale e non) ha fatto ipotizzare che l’organizzazione di tipo borderline emersa dalla WISC-R non sia legata propriamente ad una atipia di funzionamento cognitivo, bensì ad una ipostimolazione ed ad uno scarso uso delle potenzialità cognitive e comunicativo-linguistiche che ha portato ad una situazione di impoverimento generale.

- Alle prove di lettura e scrittura (MT di Cornoldi e Colpo 1998) G. ha mostrato una comprensione generale del racconto abbastanza buona. Si rileva una marcata disortografia con frequenti errori grammaticali, disgrafia e omissione di passaggi narrativi. Anche la comprensione frasale (Rustioni 1994) è buona anche se G. non satura il test, come ci si sarebbe aspettato (dato che la prova è tarata per bambini di età massima di 7 anni) e sembra avere maggiori difficoltà a codificare le frasi più lunghe e complesse del test.

**Grafico 1.** *Punteggi ponderati alle singole prove Verbali e di Performance ottenuti da G. dalla somministrazione della scala cognitiva WISC-R*



- Disegno della famiglia. G. disegna un unico personaggio rinchiuso e una serie di recinti geometrici vuoti molto vicini (che rappresentano dei letti). La bambina scrive di aver disegnato un papà, una mamma e una figlia (indicando i recinti vuoti vicini) “che dormono tutti nella stessa casa”. La compartimentazione denoterebbe: 1) assenza di comunicazione tra i familiari; 2) isolamento della figura maschile (paterna) da quelle femminili (madre e figlia); 3) area femminile poco definita (letti vuoti) e confusa. L'azione predominante del dormire evidenzerebbe la prevalenza degli aspetti depressivi. La bambina mostra difficoltà ad esprimere e descrivere le emozioni dei personaggi e fa sempre riferimento ad aspetti concreti.

- T.A.T. Dalla descrizione delle tavole prevalgono sentimenti depressivi, con tema della morte e del litigio. I personaggi sono spesso malati, piangono, vengono portati all'ospedale o vanno via con atteggiamento di rinuncia e passività, spesso litigano per cause banali. Le figure maschili sono sempre sfuggenti: vanno via a cavallo, si trasferiscono da casa oppure muoiono. Alle figure dei bambini viene spesso attribuito un ruolo di passività, accettazione, svalutazione e incapacità.

Alcuni esempi di descrizioni delle tavole scritte dalla bambina in cui prevalgono tematiche depressive e di morte:

Tavola 4: “Due sposi insieme, escono insieme a fare una passeggiata, finisce che tornano a casa stanchi morti e si buttano dentro al letto”.

Tavola 6BM: “Una signora che ha litigato con suo marito”. [chiedo: “perché litiga? Cosa è successo?”]. “È successo che il marito non ha accompagnato il figlio a scuola e finisce che il marito si trasferisce a un'altra casa”.

Tavola 7 GF: “Una madre e una figlia. La figlia piange perché è morto il papà e la mamma l'ha consolata”

Tavola 8 BM: “Un signore che è malato, allora l'hanno portato in ospedale per curarlo. Finisce che il signore è malato e non torna più a casa”.

- TEMA. La bambina mostra un lieve problema di memoria, soprattutto di tipo verbale, con una maggiore difficoltà ad immagazzinare e richiamare alla mente informazioni rilevanti per lo svolgimento della prova.

- CBCL. Dal questionario compilato dalla madre non emergono punteggi che si collocano nell'area clinica, anche se prevalgono tratti *internalizzanti* (ansia, apprensione, depressione, problemi nell'area sociale). È interessante notare che tra i tratti *esternalizzanti* la madre attribuisce a G. comportamenti quali: “rumorosa”, “urla”, “tiene il broncio”, “impulsiva”.

## Attività ed obiettivi dei primi incontri con G.

- a) Costruire un' alleanza terapeutica ed instaurare una relazione di fiducia con G. (Bissoli 2007):
  - non forzarla mai a comunicare verbalmente, incoraggiando la comunicazione non verbale, attraverso un atteggiamento neutro e la creazione di un contesto di accettazione e non focalizzazione del problema del parlare (*estinzione del sintomo*)
- b) Esplorare le emozioni, i comportamenti (C) e i pensieri disfunzionali prevalenti (B) alla base della paura di parlare di G. (analisi degli ABC) attraverso:
  - Simulazioni ludiche con burattini/bambole (personaggi) e/o mediante il disegno (fumetti inventati) che rappresentassero diversi eventi di vita quotidiana in cui poteva



### Quando è difficile parlare

presentarsi ed essere più forte la paura di parlare (ad es., interrogazioni della maestra a scuola davanti ai compagni, incontro con un adulto non familiare per strada con la madre).

Esempi di simulazioni su carta per esplorare gli ABC della bambina:

Situazione: "interrogazione in classe davanti ai compagni"

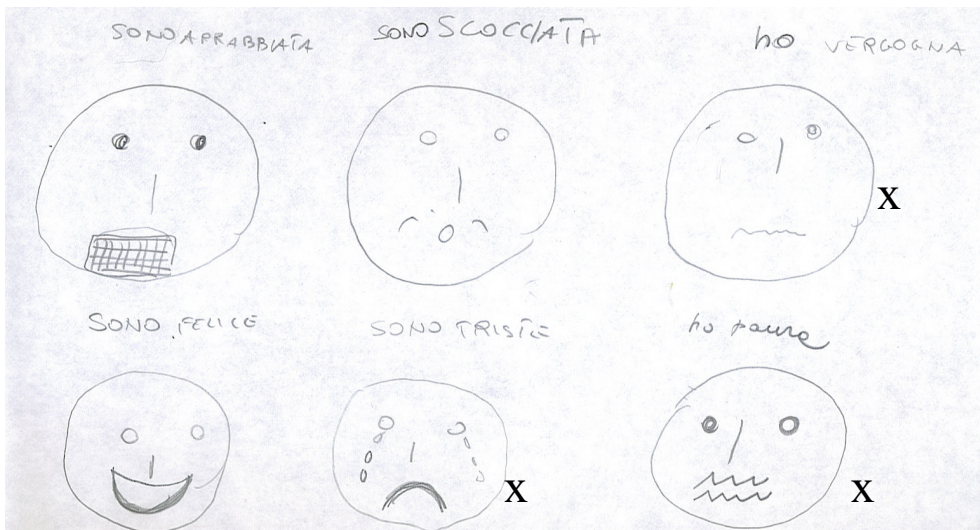
Ho chiesto alla bambina di far finta di essere in una scuola, in cui c'è una bambina che la maestra deve interrogare in classe.

Le ho chiesto di indicarmi tra le faccette quella più vicina a come si poteva sentire la bambina in quel momento, a ciò che provava e di dare un nome a queste emozioni: "io sono....". Il disegno 1 qui di seguito evidenzia le diverse raffigurazioni di emozioni che possono essere provate nella situazione simulata dell'interrogazione a scuola. Le crocette evidenziano le emozioni indicate dalla bambina.

G. mi ha indicato e scritto in ordine le seguenti emozioni: paura, vergogna e tristezza.

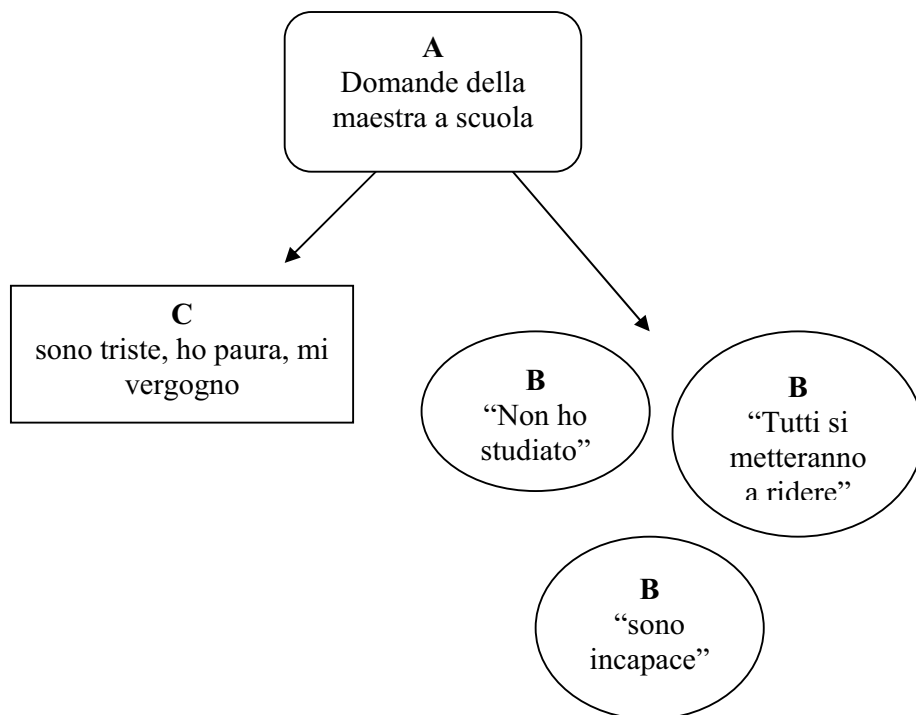
Abbiamo disegnato insieme una vignetta che rappresentava la situazione di cui avevamo parlato: una maestra che sta per interrogare in classe una bambina. G. mi ha aiutato a completare il disegno. In particolare G. ha disegnato: a. la bocca della maestra (colorandola di arancione); b. la bocca e il naso della bambina, che ha disegnato con la faccia triste e con il naso lungo. Alla mia domanda di scegliere una faccetta per la maestra, G. mi indica quella "arrabbiata". Poi spontaneamente scrive sopra la bambina "triste".

**Disegno 1.** *Raffigurazione delle diverse emozioni espresse da G. nella situazione dell'interrogazione a scuola*



Le chiedo di completare insieme le vignette vuote. Cosa chiede la maestra alla bambina? Cosa pensa la bambina? Come si sente la bambina? Il diagramma 1 seguente evidenzia le emozioni (C) e i pensieri (B) scatenati dalla situazione dell'interrogazione della maestra (A).

**Diagramma 1.** Descrizione degli ABC di G. rispetto alla situazione di una interrogazione a scuola



### Spiegazione del problema da parte del terapeuta

G. è una bambina con mutismo selettivo, diagnosticata tardivamente (dopo la III elementare). La sintomatologia mutacica si manifesta soprattutto in ambito scolastico in interazione con le insegnanti e con i compagni durante l'attività didattica. Durante la ricreazione G. parla solo con due compagne della classe. In famiglia la bambina parla con tutti i componenti che frequenta abitualmente. G. mostra disagio nel parlare in ogni situazione non familiare, in presenza di adulti estranei (D'Ambrosio e Coletti 2002; Vecchio e Kearney 2006). La comparsa e la strutturazione del disturbo sono molto probabilmente legate all'interazione dinamica tra fattori biologici (predisposizione temperamentale) e le caratteristiche ambientali (Sharon et al. 2006).

La condizione di gemellarità monovulare, ove anche la sorella presenta lo stesso disturbo, oltre che supportare il dato della familiarità, rappresenta un fattore che sicuramente ha svolto un ruolo importante nel consolidare il disturbo e tuttora rappresenta un fattore di mantenimento.

G. è sempre stata una bambina tendenzialmente molto timida, che mostrava difficoltà e timore di relazionarsi con persone non familiari. Queste situazioni sono state sempre percepite da G. con intenso disagio, ansia e preoccupazione e la bambina ha imparato a reagire mediante inibizione, ritiro comportamentale e verbale e la tendenza ad evitarle (Manassis et al. 2007). Dai dati emersi dalla valutazione funzionale, dall'osservazione spontanea e, soprattutto, dall'esplorazione degli ABC (mediante diverse tecniche di simulazione con personaggi e disegni) emerge che G. prova una forte difficoltà e "incapacità" a parlare soprattutto a scuola, quando le vengono richieste prestazioni, è al centro dell'attenzione, condizioni che vengono percepite dalla bambina come un pericolo alla sua valutazione, alla sua efficacia, all'immagine di sé. Sembra che G. tema in particolare il giudizio degli altri, ha paura di sbagliare e di essere derisa, presa in giro ("tutti si metteranno a ridere"), di vergognarsi e che gli altri si accorgano della sua vergogna (metavergogna). Prevalgono in G. temi depressivi, di catastrofizzazione rispetto alle conseguenze sugli altri del proprio parlare e la paura di essere presa in giro sembra strettamente legata ad una percezione di inadeguatezza e autosvalutazione, di sé come incapace, ("ho paura di sbagliare", "non ho studiato"). Molto probabilmente la possibilità di essere giudicata non positivamente e criticata viene vissuta come un evento che "non deve mai accadere". Questi aspetti confermano i dati clinici e di ricerca che rilevano una significativa associazione tra diagnosi di MS e disturbi che rientrano tra i problemi internalizzanti dello sviluppo quali l'ansia sociale, l'ansia da separazione, la depressione (Cunningham et al. 2006). Allo stesso tempo G. spesso si mostra "iperattiva", a volte "oppositiva", "capricciosa". A mio avviso sono comportamenti che manifestano il suo disagio, che la bambina utilizza probabilmente per nascondere agli altri il suo reale stato emotivo e, in alcuni casi, sono funzionali ad attirare l'attenzione della madre.

Il comportamento dei genitori e in particolare della madre gioca come un altro importante fattore di mantenimento del mutismo di G. La bambina, infatti, mostra di aver instaurato con la madre un *attaccamento ansioso-dipendente* (pattern C). La mamma si mostra infatti ansiosa e preoccupata (Tatem e Del Campo 1995). Da una parte assume un atteggiamento di pressione per il parlare (a volte anche punitivo), dall'altro è eccessivamente protettiva e ansiosa e spesso si è sostituisce a G. Questi comportamenti della madre hanno in qualche modo inficiato nel tempo la costruzione dell'autonomia e il senso di efficacia di G. (come della sorella gemella) ostacolando i normali processi di esplorazione e autonomia della bambina. G. ha sempre mostrato e presenta tuttora una estrema dipendenza dalla madre percepita come necessaria per affrontare qualsiasi interazione. Infatti, situazioni in cui il genitore è assente (come a scuola) causano in lei allarme ed inibizione. Un altro aspetto importante è il confronto con le sorelle. Spesso la madre tende a fare confronti tra le gemelle e la sorella più piccola, creando situazioni di conflitto e ricerca dell'attenzione da parte di G. che utilizza diverse strategie tra le quali i comportamenti "provocatori". Se da una parte, infatti, esiste una relazione di forte complicità tra G. e la sorella gemella, dall'altra c'è anche competizione e manipolazione dell'affetto e della dipendenza dalla madre.

Il confronto tra G. e la sorella più piccola (D) incrementa il senso di autosvalutazione e di incapacità nella bambina. Durante i colloqui con la madre è emersa la sua estrema importanza e attenzione a mantenere un'immagine positiva, al giudizio degli altri e quindi all'evitare situazioni di vergogna a cui lei dà un significato di perdita, svalutazione e umiliazione. Questi aspetti sono strettamente legati alla sua storia di vita e, in particolare, ai suoi vissuti di abbandono e maltrattamento. La necessità di *non vergognarsi* e la focalizzazione verso l'evitamento delle

situazioni in cui ci si espone a tale rischio ha un estremo significato e sembrano temi importanti per la madre di G.

La diagnosi tardiva ha portato G. a consolidare questo stile comportamentale che ormai è diventato abituale e parte integrante della suo modo di essere, base di un equilibrio raggiunto all'interno della relazione dipendente con la madre e la sorella gemella. Con quest'ultima, in particolare, si è creata una sorta di "mutua complicità nel mantenere il ruolo del mutismo". I comportamenti di passività, mancanza di interesse, creatività e propositività, sono il prodotto anche dal mancato uso prolungato nel tempo del linguaggio verbale come mezzo necessario per lo sviluppo della concettualizzazione, della formulazione di pensieri complessi, della metacognizione. Nonostante, infatti, dalla valutazione funzionale emerge un'intelligenza nella norma (o comunque ad un livello limite) il profilo neuropsicologico denota un funzionamento cognitivo impoverito e con un uso scarso delle potenzialità (Standart e Le Counter 2003).

## Terapia

### *Finalità principali della terapia individuale:*

#### 1. Modificare i pensieri disfunzionali di:

a) "catastrofizzazione" e "ipergeneralizzazione" rispetto alle conseguenze del parlare e del giudizio degli altri: non necessariamente parlare provocherà "giudizi negativi" da parte degli altri, ma può essere anche il contrario. Di qui riflettere sulle ipotesi alternative del giudizio altrui e sul fatto che parlare può sortire conseguenze diverse e spesso è più "conveniente" ed "utile" del non parlare. Riflettere anche sul fatto che è "normale" che capiti che agli altri possiamo non piacere, ma questo non lede il nostro valore personale e la nostra capacità. Riflettere anche sulla vergogna come emozione naturale che può manifestarsi in alcuni momenti: lavorare sul tema di base "non ci si vergogna, né si deve mostrare vergogna" a cui è associato un significato di "non valore di sé" e lo scopo primario compromesso di "mantenere sempre una buona immagine".

b) "autosvalutazione" e senso di "incapacità" di parlare: promozione autonomia e fiducia in se stessi. Non sempre gli altri ridono di quello che noi diciamo e se capita che una persona non condivide il nostro parlare, ciò non significa che non ha valore.

2. Promuovere e sollecitare l'attribuzione, l'espressione, la descrizione e la riflessione delle emozioni: richiedendo più volte a G. durante la simulazione di eventi (gioco e disegni) di indicare l'emozione che secondo lei provava il personaggio in quel momento (indicando le facce, ognuna delle quali rappresentava una specifica emozione, o scrivendo). Promuovere la riflessione sulla relazione tra eventi-emozioni e conseguenze.

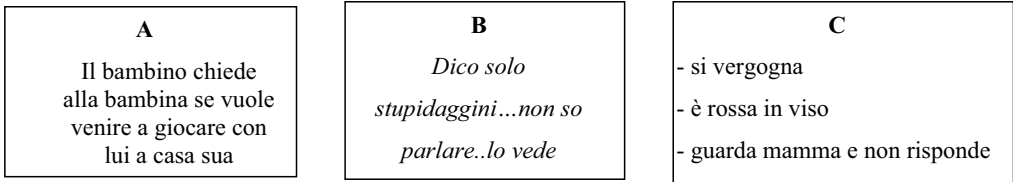
Strategie utilizzate con la bambina:

Fornire alla bambina pensieri, emozioni, azioni e conseguenze alternative durante gli eventi simulati nel gioco e/o nel disegno rispetto a quelli descritti da G. tramite l'agire degli eventi simulati e/o attraverso il dialogo scritto. Promuovere a tal fine la riflessione su:

- a) l'utilità del parlare e il rapporto costi/benefici del non parlare;
- b) l'accettazione che a qualcuno possa non "piacere" quello che diciamo: indipendenza del

*Quando è difficile parlare*

**Diagramma 2.** Simulazioni di una situazione inventata (A), pensieri (B), emozioni e azioni della bambina (C), ABC alternativo proposto dal terapeuta



Terapeuta: Come finisce? Cosa succede dopo?

G. prende il pupazzo del bambino e lo fa camminare lontano insieme al padre.

T: Che pensa il bambino?

G. scrive: “niente”, “va via” “e’ triste..”

T: perché è triste?

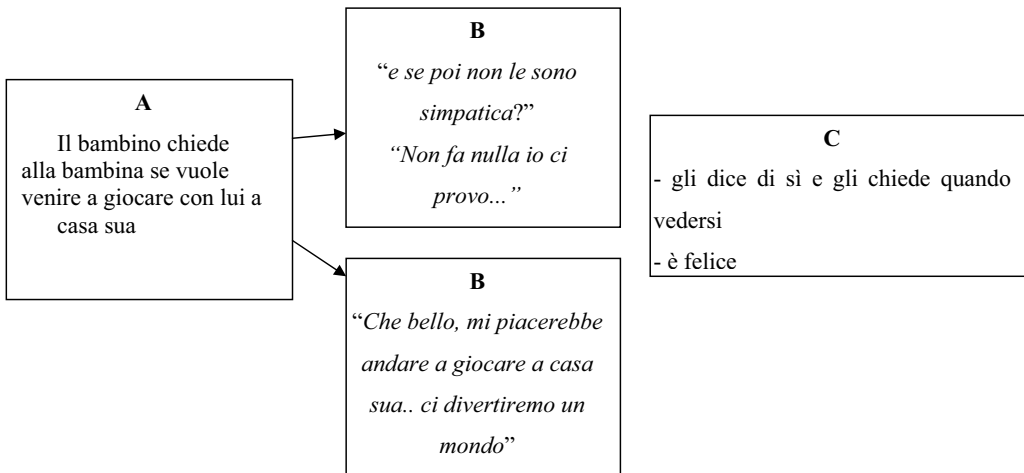
G. scrive: “voleva giocare”

T: e la bambina?

G. scrive: sì (con !!)

T: ah! Anche la bambina voleva giocare!

T. allora, vediamo cosa succede se...(simulazione situazione diversa, in cui la bambina risponde alla richiesta del bambino).



La storia finisce che la bambina è felice di aver trovato un nuovo amico con cui giocare e va a casa contenta. Il bambino pensa “è proprio simpatica quella bambina!”

valore di sé dalla valutazione negativa o positiva delle situazioni contingenti (ad es. interrogazione, parlare davanti agli estranei etc.);

c. accettazione della vergogna: la vergogna è un'emozione naturale.

Nel **diagramma 2** è descritto un esempio di simulazione di situazioni con personaggi inventati utilizzati in terapia: simulazioni con la bambina di ipotesi alternative su come potrebbe finire la storia rispetto ai diversi personaggi (pensieri, azioni, emozioni). Nello specifico una mamma con la sua bambina incontrano un amico della mamma (adulto) con il suo bambino. Il bambino chiede alla bambina se le va un pomeriggio di andare a casa sua per giocare (A). Che ne pensa la bambina? (B); Cosa fa la bambina? Che risponde al bambino? (C); Come si sente la bambina?(C).

### *Finalità principali dell'intervento in ambito familiare*

- I genitori di G. fin dall'inizio hanno seguito degli incontri di supporto alla coppia. Ora solo la madre viene costantemente in terapia individuale.

- Incontri psicoeducativi sul problema del mutismo selettivo: in particolare spiegare che G. non parla semplicemente perché si rifiuta o fa capricci, ma perché ha un "disagio" che la rende incapace a parlare. Questi incontri sono serviti primariamente per modificare l'interpretazione dei genitori sui comportamenti mutatici di G. e quindi il carico di responsabilità sulla bambina.

- Suggerimenti generali su come comportarsi con G. (Bissoli, 2007):

1. Adottare un atteggiamento neutrale rispetto al non parlare: non sottolinearlo spesso come problema, né mostrare un atteggiamento punitivo;
2. Non sostituirsi a G. nelle attività quotidiane e nelle relazioni. Quando qualsiasi persona le fa una domanda lasciare spazio alla bambina, non insistere subito sollecitandola a rispondere verbalmente e non rispondere al suo posto. Più che altro coinvolgerla nel discorso accettando altre modalità di comunicazione. Non sostituirsi a G. nel fare i compiti, anticipando le risposte, ma aiutarla a riflettere di più, a rendersi più consapevole delle proprie strategie di studio.
3. *Home working*: iniziare con gradualità a farle fare piccole azioni quotidiane: ad es. pagare il giornalaio, fare una telefonata, chiedere un'informazione, etc;
4. Incrementare gli incontri sociali con i coetanei di G., se possibile, separatamente dalla sorella, creando spazi diversi e individualizzati;
5. Evitare di fare confronti comparativi tra le bambine. Dedicare uno spazio individualizzato e separato con G;
6. Promuovere l'autonomia: inizialmente entrambe le bambine sono partite per 1 settimana per un campo estivo (12 gg). Al ritorno G. si era mostrata più sicura di sé, autonoma e più motivata. Quest'anno la mamma, però, non l'ha mandata fuori.

### *Finalità principali dell'intervento in ambito scolastico*

- psicoeducazione alle insegnanti riguardo: a) atteggiamento neutrale rispetto al non parlare rinforzando comunicazione non verbale con loro e tra i compagni; b) utilizzo di materiale

alternativo (disegno, scrittura, domande a scelta multipla); c) promuovere e creare attività in piccoli gruppi ove c'è almeno un compagno con cui la bambina parla o con cui si trova meglio.

## Risultati raggiunti e indicatori

G. finora è stata seguita al servizio per circa due anni (1 anno e 8 mesi) con cadenza settimanale e/o bisettimanale. Parallelamente la madre ha continuato a fare sedute di psicoterapia con il medico di riferimento e incontri periodici con me.

In terapia individuale. Dopo circa 2-3 mesi di terapia G. ha modificato in modo significativo la relazione con me. Il rapporto di fiducia si è rafforzato, è molto serena quando viene agli incontri e più facilmente si distacca dalla mamma e/o mostra atteggiamenti di attaccamento alla madre nel momento di ricongiungimento. Durante gli incontri è molto contenta di giocare con i burattini, disegnare e simulare situazioni ed eventi. La mamma mi racconta che soprattutto ultimamente parla di più di ciò che facciamo in seduta e chiede quando dovrà tornare. Finora non ha ancora usato chiaramente ed esplicitamente il linguaggio verbale con me, anche se spesso, durante il gioco, fa fare dei rumori ai burattini o alle bambole (starnutire, sbadigliare, piangere, russare etc.) o ad oggetti e animali (rumore della macchina, versi di un animale). A volte lo ha fatto così spesso che mi ha guardata, si è messa a ridere, forse riflettendo di essersi dimenticata di non produrre. In alcune sedute ha parlato molto a bassa voce e all'orecchio delle bambole. Capita quasi sempre adesso che in sala d'attesa parli alla mamma davanti a me (non a me), anche se escludendomi, mentre prima non parlava mai in mia presenza. Anche il suo atteggiamento "provocatorio" è sensibilmente diminuito e la bambina è molto più coinvolta e partecipe durante i giochi con me.

A scuola. La mamma è più serena perché negli ultimi mesi G. "sembra molto cambiata" a detta delle insegnanti. Parla con l'insegnante di sostegno, si isola di meno, partecipa di più a scuola, durante la ricreazione parla con tutti i compagni e balbetta molto di meno mentre parla. L'insegnante di sostegno racconta che G. le sembra in generale più serena. Ultimamente si rivolge ad alcune insegnanti attraverso una compagna, cosa che non aveva mai fatto prima o parla a questa compagna anche in presenza di altri compagni (cosa che non faceva prima) pur senza coinvolgerli. G. è migliorata anche negli apprendimenti; è più attenta e i temi fatti in classe risultano più lineari e scorrevoli, mentre prima erano prevalentemente disorganizzati con contenuti non ben connessi tra loro. Inoltre, il fatto di aver preso voti più alti ai compiti scritti di scienze e italiano sembra aver motivato di più la bambina e aumentato la fiducia sulle proprie capacità.

A casa. Anche la mamma nota dei cambiamenti in G. soprattutto rispetto alla relazione con la sorella gemella. G. racconta di più cosa fa scuola, non solo a livello descrittivo (come accadeva prima), ma mostra di più le sue emozioni: rabbia o felicità per il comportamento di quella compagna. Secondo la madre qualcosa è cambiato anche all'interno del rapporto di complicità tra le due sorelle, legato al diverso comportamento di G. verso l'ambiente esterno. G. sembra meno interessata e attenta ad imitare i comportamenti della sorella e, da questo punto di vista, sembra più indipendente dalla sorella. La mamma dice "È come se si fosse rotto un patto tra loro" che "G<sub>1</sub> si sentisse tradita da G". Infatti, anche se la mamma è contenta che qualcosa si sia

modificato in G. è allo stesso tempo preoccupata per la reazione che sta avendo la gemella G<sub>2</sub>: “È più gelosa e quando G. parla con me vedo che è arrabbiata, soffre...È una sofferenza per me vederla”. La mamma mi ha raccontato a proposito un episodio avvenuto in macchina in cui mentre G. parlava alla mamma della giornata di scuola G<sub>1</sub> all'improvviso l'ha interrotta e urlando ha detto “basta ti ho detto! Ti devi stare zitta!”. Mentre G. è migliorata G<sub>1</sub> al contrario è più chiusa ed isolata.

## Difficoltà incontrate e autovalutazione critica del terapeuta

Le prime difficoltà le ho incontrate durante la valutazione funzionale e i primi incontri di terapia. Era la prima volta che somministravo prove strutturate, ove le richieste verbali e la qualità dell'interazione sono elementi di base, in una condizione di assenza della comunicazione verbale. È stato molto costruttivo per me cercare delle modalità diverse (ad esempio quelle scritte) per mediare la valutazione, che però inficiassero il meno possibile l'attendibilità e la validità del test. Ho impiegato diversi incontri solo per riflettere e capire quale strategia potessi utilizzare per esplorare i pensieri e le emozioni di G. (ABC). È stata necessaria molta “creatività” e credo che alcune volte ho usato metodi che forse non sono serviti.

Il mutismo selettivo è una problematica complessa che dipende dall'interazione di una molteplicità di componenti individuali e ambientali, che si intrecciano anche in modo molto diverso nei contesti di vita del bambino. Va da sé la necessità di esplorare tutte le situazioni di vita della bambina e cercare di coinvolgere la scuola, i genitori, le insegnanti e conciliare tra finalità della terapia ed esigenze dei diversi contesti di vita del bambino. Lo scopo importante di intervenire parallelamente nei diversi ambiti di vita sociale della bambina si è scontrato, infatti, con le difficoltà specifiche presenti in particolare nell'ambito familiare (ad es. sofferenza della madre, demotivazione del padre) e scolastico (livello della classe basso con molti immigrati e cambiamento dell'insegnante di sostegno). È stato difficile ad esempio aiutare la madre ad implementare le relazioni sociali con qualche compagno/a di classe e, soprattutto, il periodo cambiamento dell'insegnante di sostegno (3 in un anno) non ha permesso di instaurare una continuità nella relazione con me e nelle attività finalizzate a scuola con la bambina. Credo, inoltre, che, nonostante i due anni di terapia costante, i piccoli cambiamenti che da poco si stanno osservando in G., siano solo l'inizio e fanno ipotizzare che sia stato fatto solo un piccolo passo, considerando la precedente condizione di forte stabilizzazione e consolidamento del problema mutistico di G. Penso che la diagnosi e l'intervento tardivo pesino molto sulla possibilità di G. di modificare i suoi pensieri e in generale sugli effetti dell'intervento. Credo, infine, che la condizione di gemellarità, ove anche la sorella presenta lo stesso problema, sia stato ed è tuttora un fattore rilevante di mantenimento del disturbo difficile da affrontare.

Le difficoltà incontrate sono in stretta relazione con i dati clinici e di ricerca a tutt'oggi disponibili in letteratura. Attualmente, infatti, i lavori che si sono occupati di mutismo in età evolutiva sono scarsi e sono per lo più analisi di casi singoli o contributi teorici (Capobianco 2009). Una letteratura scarsa e con dati poco generalizzabili influisce su una chiara concettualizzazione di questo disturbo ancora poco definita. Ne consegue che le conoscenze sulle strategie d'intervento più mirate e l'efficacia di diversi trattamenti su questi bambini risultano ancora incomplete (Sharon et al. 2006).



## Bibliografia

- Achenbach TM (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Bissoli C (2007). Il mutismo selettivo. In: Lorenza Isola e Francesco Mancini (a cura di). *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia dell'adolescenza*. Franco Angeli, Milano.
- Capobianco M (2009). Il Mutismo Selettivo: diagnosi, eziologia, comorbidità e trattamento, in *Cognitivismo Clinico*, volume 6, N.2-Dicembre 2009, pp.211-228.
- Corman L (1976). *Il disegno della famiglia: test per bambini*. Boringhieri, Torino.
- Cornoldi C, Colpo G (1998). *Prove MT per la scuola elementare 2*, Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Cunningham CE, McHolm AE, Boyle MH (2006). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls. *European Child and Adolescent Psychiatry* 20, 1-11.
- D'Ambrosio M, Coletti B (2002). L'intervento cognitivo-comportamentale nel trattamento del mutismo selettivo, *I care* 27:3, 97-103.
- Manassis K, Tannock R, Garland EJ, Minde K, McInnes A, Clark S (2007). The sounds of silence: language, cognition, and anxiety in selective mutism. *Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46 (9), 1187-95.
- Morgan CD, Murray HA (1935). A method of investigating Fantasies: The Thematic Apperception Test. *Arch. Neurol. Psychiatry* XXXIV: 289-306.
- Orsini A. (1993). *WISC-R. Contributo alla taratura italiana*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Raven JC (1947). *Progressive matrices*. Set A, Ab, B. Board and book form. London, H.K. Lewis; trad.it. *progressive matrici colore*, Firenze, Organizzazioni Speciali, 1954.
- Reinolds Cecil R, Bigler Erin D (1995). *Test di memoria e apprendimento (TEMA)*. Centro Studi Erickson, Trento.
- Rustioni D (1994). *Prove di valutazione della comprensione linguistica*. Organizzazioni Speciali, Firenze.
- Sharon L, Cohan D, Chavira A, Stein MB (2006). Practitioner Review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990-2005. *Journal of child Psychology and Psychiatry* 47:11, 1085-1097.
- Standart S, Le Counter A. (2003). The quiet child: a literature review of selective mutism. *Child and Adolescent Mental Health*, 8, 154-160.
- Tatem DW, DelCampo RL (1995). Selective mutism in children: A structural family therapy approach to treatment. *Contemporary Family Therapy* 17, 177-194.
- Vecchio J, Kearney C (2006). Selective Mutism in Children: A Synopsis of Characteristics, Assessment and Treatment. *Behavior Therapist* 29 (5), 102-103.