



IL MUTISMO SELETTIVO

Teramo, 13 ottobre 2017

Dr. Renato Cerbo

U.O.C. Neuropsichiatria Infantile - ASL Pescara

STORIA DEL MUTISMO SELETTIVO

- Afasia volontaria (Adolf Kussmaul, 1877)
- Mutismo elettivo (Tramer, 1934)
- “Persistente rifiuto di parlare” (ICD 10, 1992 e DSM III-R, 1980)
- Mutismo selettivo (DSM IV TR, 2000)

Al concetto di disturbo del linguaggio si sostituisce quello di disturbo emotivo

Al concetto di rifiuto si sostituisce quello di incapacità



MUTISMO SELETTIVO = DISTURBO ACQUISITO DELLA COMUNICAZIONE INTERPERSONALE

1. Disordine dell'infanzia caratterizzato da una **persistente incapacità** del bambino a comunicare verbalmente in determinati contesti di vita sociale (uno o più ambiti) all'interno dei quali ci si aspetterebbe ed è spesso richiesto l'uso del linguaggio verbale.
2. Al contrario, il bambino parla normalmente a casa con i familiari, con i fratelli e/o con altri adulti nell'ambito familiare.
3. A volte non parlano nemmeno nel contesto familiare se sono presenti amici stretti o parenti di primo grado (nonni, zii, cugini)



Il Mutismo selettivo

1. Il disturbo è spesso contrassegnato da un'**elevata ansia sociale**; al contempo, la mancanza di parola può interferire con la comunicazione sociale.
2. I bambini con questo disturbo possono utilizzare per **comunicare strumenti non verbali** o che non richiedono il linguaggio e possono essere disposti a partecipare ad incontri sociali quando non è richiesto il linguaggio (per es ruoli non verbali nelle recite scolastiche)



CHE COS'È L'ANSIA FISIOLOGICA?

Stato emotivo generale e radicato nella natura umana che implica l'attivazione delle risorse individuali (fisiche e psichiche) nel momento in cui sopraggiunge



**Possibilità di affrontare con successo lo stimolo
che lo ha indotto**



CHE COS'È L'ANSIA PATOLOGICA?

L'ansia diventa patologica in due condizioni



Ansia spropositata
rispetto allo stimolo



In assenza dello stimolo

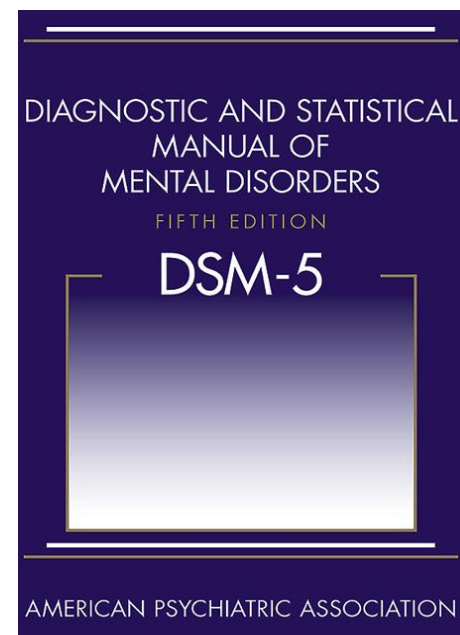


Calo della performance
nell'affrontare lo stimolo



QUALI SONO I DISTURBI D'ANSIA?

- Disturbo d'ansia di separazione (4%)
- Fobia specifica (5-16%)
- Disturbo d'ansia sociale (2,3%)
- Disturbo di panico (0,4-3%)
- Disturbo d'ansia generalizzata (0,9%)
- Mutismo selettivo (0,03-1%)



DISTURBO D'ANSIA DI SEPARAZIONE

La caratteristica essenziale del disturbo d'ansia da separazione è una paura eccessiva della separazione da casa o dalle figure d'attaccamento.

Gli individui con disturbo d'ansia da separazione:

- Preoccupazioni eccessive per il benessere o la morte delle figure di attaccamento
- Preoccupazione per eventi imprevisti (perdersi, essere rapiti ecc..)
- Sono riluttanti ad uscire da soli
- I bambini possono presentare un comportamento “appiccicoso” con i genitori, stando sempre attaccati, hanno paura ad andare a dormire da soli o si alzano per raggiungere i genitori durante la notte



FOBIA SPECIFICA

- Una caratteristica essenziale di questo disturbo è che la paura o l'ansia sono circoscritte alla presenza di una situazione o di un oggetto particolare (stimolo fobico)
- Per soddisfare i criteri di una diagnosi la paura e l'ansia devono essere intense o gravi
- La paura o l'ansia devono essere evocate ogni qualvolta si presenti lo stimolo fobico
- L'individuo evita attivamente la situazione



DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATA

La caratteristica essenziale è l'eccessiva ansia relative a innumerevoli eventi ed attività.

Il bambino con disturbo d'ansia generalizzato tende a preoccuparsi eccessivamente per le proprie capacità o la qualità delle proprie prestazioni.

L'ansia è patologica se:

- Le preoccupazioni legate al disturbo interferiscono con il funzionamento psicosociale
- Le preoccupazioni sono pervasive, pronunciate ed angoscianti



DISTURBO DI PANICO

A. Un attacco di panico consiste nella comparsa improvvisa di paura e disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti nel quale si verificano:

- palpitazioni
- sudorazione
- tremori
- dispnea
- sensazioni di asfissia
- nausea
- vertigini
- Paura di morire

B. Almeno uno degli attacchi è preceduto da un mese o più di:

- Preoccupazione persistente per l'insorgere di altri attacchi o per le loro conseguenze
- Significativa alterazione disadattiva del comportamento correlata agli attacchi (per es. comportamenti pianificati al fine di evitare attacchi di panico, come l'evitamento di situazioni non familiari)



DISTURBO D'ANSIA SOCIALE

- A. Paura o ansia marcate relative a una o più situazioni sociali nelle quali l'individuo è esposto al possibile esame degli altri (nei bambini l'ansia deve manifestarsi in contesti in cui vi sono coetanei e non solo nell'interazione con gli adulti)
- B. L'individuo teme di manifestare i sintomi d'ansia e sarà giudicato negativamente
- C. Le situazioni sociali creano paura o ansia intense (nei bambini paura e ansia possono essere espresse da pianto, collera, freezing, clining, oppure non riuscendo a parlare)
- D. La paura o l'ansia sono sproporzionate rispetto alla reale minaccia
- E. La paura e l'ansia sono persistenti e durano 6 mesi o più
- F. La paura e l'ansia causano disagio significativo



MUTISMO SELETTIVO

A tutt'oggi la maggior parte dei clinici e dei ricercatori concordano che le manifestazioni associate al mutismo di natura psicogena (MS) siano in qualche modo correlate a diversi aspetti che rientrano nell'ambito dei disturbi d'ansia, in riferimento ad un ampio repertorio di emozioni e comportamenti inquadrabili come imbarazzo, timidezza, isolamento sociale e ritrosia (D'Ambrosio e Coletti 2002; Gordon 2001; Cohan et al. 2006)

Il mutismo selettivo si manifesta molto più frequentemente nei bambini timidi con ansia sociale che vivono in famiglie contraddistinte da tratti ansiogeni (Sloan 2007).



MUTISMO SELETTIVO

- Il mutismo selettivo è un **disturbo emotivo di origine** ansiosa caratterizzato dalla mancanza di produzioni verbali spontanee o su richiesta, in uno o più ambienti dove normalmente avviene uno scambio comunicativo verbale.
- E' possibile che il bambino (lo stesso vale per gli adolescenti e per gli adulti) utilizzi il linguaggio appropriato in alcune situazioni (ad esempio a casa) mentre in altre (**a scuola, con i coetanei o sconosciuti**) è presente una totale o persistente assenza del linguaggio.



MUTISMO SELETTIVO NEL DSM 5: DISTURBO D'ANSIA (313.23)

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



MUTISMO SELETTIVO

Quali sono gli stati mentali o i pensieri, le strutturazioni cognitive, che sembrano mediare gli stati emozionali e il comportamento tipico dei bambini con MS?



MUTISMO SELETTIVO

- **Inadeguatezza e incapacità:** il bambino vive una costante attivazione di pericolo e di disagio nelle situazioni non familiari con percezione di incapacità e di svalutazione personale
- **Paura del giudizio altrui:** idea che gli altri giudicheranno sempre negativamente quello che dice e che fa
- **Vergogna e metavergogna:** paura di provare vergogna e di mostrare agli altri di vergognarsi.
- Il bambino con MS sembra essere **particolarmente sensibile ai segnali, agli sguardi e alle attenzioni** che possono inviare le persone estranee.
- Nello specifico potrebbero avere **un'ipersensibilità alla critica** e sentirsi a disagio nell'essere osservati o in generale quando sono al centro dell'attenzione, avendo **paura di essere giudicati negativamente, derisi dagli altri** proprio perché si autosvalutano, si percepiscono incapaci.



MUTISMO SELETTIVO



I tratti comportamentali tipici che in genere si osservano e che diversi autori spesso riportano nelle loro descrizioni sono:

- 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 ignorassero l'altro



PREVALENZA

- Disturbo **relativamente** raro (non inserito in studi epidemiologici di prevalenza dei disturbi dell'età evolutiva)
- Prevalenza variabile da **0.03 a 1%**
- La prevalenza non sembra subire variazioni legate al **sex** oppure all'**etnia**
- Il disturbo si manifesta con più frequenza nei **bambini** che in adolescenti e adulti.



SVILUPPO E DECORSO

- L'**esordio** avviene di solito **prima dei 5 anni di età**, ma il disturbo può non giungere all'attenzione clinica fino all'inizio della scuola, quando aumentano le richieste sociali e prestazionali **tra i 6 e 8 anni** di età con l'inserimento nelle scuole primarie, per cui la persistenza del comportamento mutacico inizia ad allarmare comprensibilmente famiglia ed istituzioni (Standart e Le Couter 2003).
- Nella scuola primaria diventano più chiari ed evidenti **l'interferenza** con gli apprendimenti, l'integrazione e la disparità con la maggioranza dei pari (D'Ambrosio e Coletti 2002; Bissoli 2003a; Bissoli 2007b; Steinhausen et al. 2006; Sloan 2007).
- L'attenzione e la sensibilità al problema da parte delle insegnanti della **scuola dell'infanzia** diventa un aspetto fondamentale se si considera l'importanza che può avere una diagnosi e un intervento precoci.
- Il decorso è poco noto per mancanza di studi longitudinali. In alcuni casi il MS scompare ma **persiste un disturbo d'ansia sociale**.
- Si può osservare un miglioramento nella sintomatologia in concomitanza di passaggi significativi nella vita del bambino (per es. passaggio dalla scuola primaria a quella secondaria), in quanto l'interazione con persone nuove che non sono a conoscenza del problema può **favorire il cambiamento** (Capozzi et al).



ETIOLOGIA: CONDIZIONI DI RISCHIO E VULNERABILITÀ

- Le cause specifiche alla base dello sviluppo del MS sono attualmente oscure (Sloan, 2007).
- L'ipotesi post-traumatica o come esito di un conflitto intrapsichico irrisolto, è stata completamente abbandonata (Gordon, 2001).
- Studi più recenti concordano su **un'ipotesi multifattoriale** (Sharon et al 2006, Freeman et al 2004) che vede alla base dell'eziologia del disturbo molto probabilmente l'interazione tra molteplici fattori, tra quelli più prettamente biologici/costituzionali (primariamente temperamentali) e quelli ambientali, più nello specifico, socio-culturali e familiari (livello culturale basso, scarsa socializzazione della famiglia, famiglie ansiose e chiuse, irretimento genitore-bambino, dipendenza genitoriale).



MUTISMO SELETTIVO

FATTORI DI RISCHIO

predisposizione temperamentale



ansia

timidezza

riservatezza

Black e Uhde (1992) suggeriscono che **l'ansia sociale** sia un tratto costituzionale e universale tra i bambini con MS

Manassis et al. (2007) trovano che, **l'età, il grado di ansia sociale e le difficoltà nell'area linguistica** (in particolare la comprensione grammaticale) predicono in modo significativo la severità e la prognosi del MS. Secondo gli autori questi fattori, infatti, spiegherebbero il 38 % della varianza relativa al livello di gravità del disturbo.



MUTISMO SELETTIVO

FATTORI DI RISCHIO

- Rispetto alle variabili familiari molti lavori evidenziano che le **relazioni** dei bambini con MS con i loro genitori sono **fortemente invischiate** (Steinhausen e Adamek 1997; Capozzi et al.)
- Le **famiglie** di questi bambini sono generalmente molto **isolate** sul piano sociale, con poche relazioni esterne al nucleo familiare. (Kristensen e Torgensen 2001)
- Non è infrequente che uno o entrambi i genitori di bambini con mutismo abbiano alle spalle una **storia familiare di timidezza patologica** (se non proprio diagnosi pregressa di mutismo), un disturbo d'ansia o una fobia sociale.



MS= SINTOMO D'ANSIA CHE RIFLETTE DIVERSE CONDIZIONI DI VULNERABILITÀ

Fattori temperamentali/biologici

- Bambini ansiosi, timidi, riservati e diffidenti
- Difficoltà di regolazione nelle prime fasi di vita (disturbi del sonno, dell'alimentazione, irrequietezza)
- Ansia sociale
- Gemellarità, prematurità, stress materno

Fattori socio-culturali e familiari

- Scarsa socializzazione della famiglia;
- Stile educativo ansioso e introverso;
- Invischiamento genitori-figli;
- Dipendenza genitoriale del bambino



PSICOPATOLOGIA DEL MS

Attaccamento insicuro di tipo dipendente



Situazioni sociali: **percezione di pericolo** (lo stato emotivo ansiogeno genitoriale induce nel bambino la paura per la realtà sociale esterna non familiare e al contempo la necessità del caregiver per affrontare qualsiasi situazione)



Attivazione sistema neurovegetativo (disagio interno, ansia, paura)



Reazione comportamentale di evitamento: il “congelamento” della comunicazione verbale, quindi, non è un comportamento manipolatorio e controllante, quanto una strategia di difesa di fronte all’incapacità percepita di fronteggiare le richieste ambientali.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE MS

I bambini con mutismo sono considerati spesso:

Autistici: ”: è il bambino affetto da MS il quale prova una tale ansia da rimanere paralizzato, con un’espressione impassibile. Si trova quasi sempre nell’incapacità di reagire o iniziare una comunicazione sia verbale che non verbale.

I bambini con mutismo sono considerati spesso:

In opposizione e atteggiamento di sfida: è il bambino affetto da MS che afferma: “io non parlo”, “io non voglio parlare”. Questi bambini mostrano spesso comportamenti negativi sia a scuola che a casa poiché hanno innalzato un muro di difesa che impedisce loro di riconoscere e accertare la loro ansia.

I bambini con mutismo sono considerati spesso:

Semplicemente timidi



DIAGNOSI DIFFERENZIALE MS

Disturbi della comunicazione

1. Disturbo fonetico-fonologico
2. Disturbo della fluenza (Balbuzie)
3. Disturbo pragmatico di linguaggio

Disturbi del neurosviluppo, schizofrenia e altri disturbi psicotici

1. Disturbo dello spettro autistico, schizofrenia, altri disturbi psicotici
2. Grave disabilità intellettiva con ansia sociale in comorbidità

Disturbo d'ansia sociale: l'ansia sociale e la fobia sociale possono tuttavia essere presenti in comorbidità.

In queste situazioni il disturbo, infatti, non riguarda una situazione sociale specifica



Charles E. Cunningham
Angela E. McHolm
Michael H. Boyle

Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls

Accepted: 19 January 2006
Published online: 9 May 2006

Charles E. Cunningham, Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences, McMaster University. This research was supported by an Ontario Mental Health Foundation Senior Research Fellowship to Dr. Cunningham and the Jack Laidlaw Chair in Patient-Central Health at McMaster University Faculty of Health Sciences. We express our appreciation to the research teams who provided assistance with this project and to Despina Papadopolous and Donna Bohaychuk for editorial assistance

C.E. Cunningham (✉)
Chedoke Campus
Hamilton Health Sciences
Hamilton (ON), Canada L8N 3Z5
E-Mail: cunninggh@mcmaster.ca

A.E. McHolm
McMaster Children's Hospital
Hamilton (ON), Canada

M.H. Boyle
McMaster University
Hamilton (ON), Canada

Abstract We compared social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in three groups: (1) 28 children with specific mutism (who did not speak to teachers but were likely to speak to parents and peers at home and school); (2) 30 children with generalized mutism (whose speaking was restricted primarily to their homes); and (3) 52 community controls. Children with generalized mutism evidenced higher anxiety at school, and more separation anxiety, OCD, and depressive symptoms on parent reports. Parents and teachers reported that the social phobia and anxiety scores of children in both the specific and generalized mutism subgroups were higher than controls. Children in both the specific and generalized mutism groups evidenced greater deficits in verbal

and nonverbal social skills at home and school than controls. Teachers and parents did not report differences in nonverbal measures of social cooperation and conflict resolution and we found no evidence that selective mutism was linked to an increase in externalizing problems such as oppositional behavior or ADHD. Although children with specific mutism speak in a wider range of situations and appear less anxious to their teachers than children with generalized mutism, significant socially phobic behavior and social skills deficits are present in both groups.

Key words selective mutism – social phobia – anxiety – social competence – sense of competence

Introduction

Children with selective mutism fail to talk in specific situations while speaking in others [1]. Although many children with selective mutism do not speak to teachers or peers, they converse normally with parents and siblings. Recent studies suggest selective mutism occurs in 0.7–2% of early elementary school

children [2–4] with most investigators reporting a disproportionate number of girls with selective mutism [4–7].

Most studies cluster children with selective mutism as a homogeneous diagnostic group. The severity of selective mutism, however, ranges from children who speak only to immediate family members—to those who also speak to selected adults in the community, peers on the playground, but not to teachers. Studies

COMORBILITÀ DEL MS

- Esiste una significativa correlazione tra MS e **disturbi internalizzanti dello sviluppo**, in particolare tra MS e ansia da separazione, ansia generalizzata e ansia sociale (Kopp e Gillberg, 1997; Andersson e Thomsen, 1998; Ford et al 1998; Kristensen 2001; Vecchio e Kearney 2005; Cunningham et al 2006)
- Nei bambini con MS sono stati osservati comportamenti oppositivi, specie in situazioni in cui è richiesto parlare, ma in uno studio su 50 bambini con MS, solo uno soddisfaceva i criteri per un disturbo del **comportamento di tipo esternalizzante** (Dummit et al, 1997)



MS A CONFRONTO: 110 bambini con MS di cui 28 con mutismo specifico (primariamente a scuola) e 30 con mutismo generalizzato (in più situazioni sociali)
Cunningham et al 2006

- I bambini con mutismo generalizzato presentano rispetto a quelli con mutismo specifico una maggiore comorbidità con i **disturbi internalizzanti**. Questi bambini appaiono più ansiosi, più ossessivi, più tendenti a sviluppare disturbi psicosomatici e più depressi.
- I bambini con mutismo generalizzato presentano rispetto a quelli con mutismo specifico una maggiore comorbidità anche con i **disturbi esternalizzanti**, quali ADHD e disturbi oppositivo-provocatori.



PROFILO NEUROPSICOLOGICO

- L'intelligenza dei bambini con MS è generalmente nella norma;
- Si ottengono, invece, rispetto ai bambini con disturbi d'ansia punteggi significativamente più bassi nelle abilità linguistiche e nelle abilità di memoria (Manassis et al 2007)
- Sebbene quindi le difficoltà di parlare di questi bambini non siano direttamente attribuibili a disturbi di sviluppo di linguaggio o deficit cognitivo, una restrizione prolungata dell'uso del linguaggio verbale può determinare un generale impoverimento cognitivo nel bambino, con secondarie difficoltà di apprendimento (Steinhausen e Juzi, 1996; Standard e Le Counter 2003; McInnes et al 2004)
- Anche il comportamento adattivo e la capacità di far fronte a richieste socio-ambientali può risentire della restrizione protratta di linguaggio



TRATTAMENTO DEL MUTISMO SELETTIVO

1. **Approccio comportamentale:** per esempio, vengono usati *rinforzi positivi* (figurine, gettoni, punti...) per la verbalizzazione o per i tentativi di verbalizzazione. Un'altra strategia è la *desensibilizzazione*: il bambino viene portato dal genitore dentro la scuola quando ancora ci sono poche persone, affinché si "eserciti a parlare", poi, quando il bambino parla normalmente, verrà fatta entrare dentro l'aula l'insegnante e, gradualmente, gli altri bambini.
2. **Play Therapy:** terapisti qualificati usano l'arte della terapia basata sul gioco per far rilassare ed aprire il bambino.
3. **Terapia Comportamentale Cognitiva:** terapisti qualificati in questa terapia aiutano il bambino a modificare il suo atteggiamento aiutandolo a ri-indirizzare le sue paure ansiose e preoccupazioni in pensieri positivi.
4. **Trattamento farmacologico:** possono essere usati farmaci come gli SSRI (Serotonin Reuptake Inhibitors): Prozac, Paxil, Celexa, Luvox e Zoloft si sono dimostrati molto efficaci nel trattamento dei disturbi ansiosi. Oltre agli SSRI, vi sono farmaci che agiscono sui neurotrasmettitori, come Effexor XR, Serzone, Neurontin, Buspar e Remeron, particolarmente in bambini selettivamente muti. La terapia farmacologica viene adottata per ottenere il "primo passo". L'obiettivo è di diminuire l'ansia per poi attuare le tecniche comportamentali con più facilità e successo.



OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO DEL MS

1. **Autostima:** i genitori devono elogiare il bambino per le sue qualità positive. Se ad esempio il bambino sa disegnare o costruire bene, mostrare i suoi lavori, farli "spiegare" da lui ai parenti o agli amici più cari con cui si sente a suo agio.
2. **Socializzare frequentemente:** incoraggiare il bambino alla socializzazione, senza costringerlo. È consigliabile favorire gli incontri con i compagni di scuola, poiché l'obiettivo è quello di aiutare il bambino a sentirsi più a suo agio proprio con i compagni affinché si verifichi la verbalizzazione.
3. **Coinvolgere la scuola:** gli insegnanti e il personale scolastico sono di estrema importanza nel processo di trattamento del Mutismo Selettivo. Gli insegnanti devono essere istruiti sul MS. All'inizio la non-verbalizzazione può essere accettata. In seguito, quando il bambino mostra dei progressi, l'insegnante dovrebbe essere coinvolta nel piano di trattamento, incoraggiando la verbalizzazione con delicatezza.
4. **Coinvolgimento della famiglia:** i membri familiari devono essere coinvolti nel processo di trattamento del bambino MS. Molto spesso sono necessari cambiamenti negli stili e nelle aspettative genitoriali per andare incontro alle necessità iniziali del bambino MS. Ricordarsi di non forzare mai il bambino a parlare. E' di cruciale importanza per il bambino MS sentirsi accettato e compreso dai propri genitori.



CONCLUSIONI

- Il MS è un disturbo in significativo aumento, la cui prevalenza stimata non corrisponde probabilmente alla reale prevalenza nella popolazione in età evolutiva
- La diagnosi e l'intervento precoce devono in primis essere finalizzati alla presa in carico della sofferenza psichica del bambino e del suo nucleo familiare
- E' inoltre importante prevenire l'impoverimento cognitivo, il subentrare di disturbi di apprendimento e l'evoluzione in disturbi internalizzanti ed esternalizzanti
- Il disadattamento sociale, specie se severo e prolungato, può determinare conseguenze importanti e permanenti delle competenze funzionali del bambino.



Grazie

