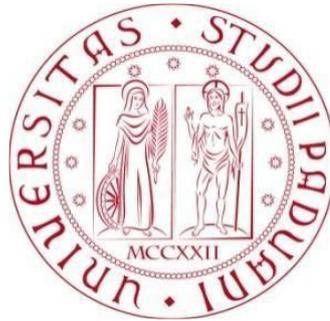


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Dipartimento di Neuroscienze (DNS)
Direttore Prof. Edoardo Stellini

Corso di Laurea in
EDUCAZIONE PROFESSIONALE
PRESIDENTE PROF.SSA ELENA TENCONI



Tesi di Laurea

**IL MUTISMO SELETTIVO, UN DISTURBO COSÌ DIFFICILE DI CUI
PARLARE. UNO STUDIO SU CARATTERISTICHE CLINICHE,
CREDENZE E STRATEGIE DI COPING.
QUALE RUOLO PER L'EDUCATORE PROFESSIONALE?**

Relatore: Prof.ssa Elena Tenconi

Correlatore: Dott.ssa Emanuela Iacchia

Laureanda: Federica Pivetta

Matricola: 2011217

Anno Accademico 2022/2023

Abstract

Il Mutismo Selettivo (MS), secondo l'attuale classificazione del DSM-5 (APA, 2013) è un disturbo d'ansia caratterizzato dalla costante incapacità di parlare in situazioni sociali specifiche, in assenza di un disturbo strutturale del linguaggio. L'obiettivo del presente lavoro è quello di analizzare le caratteristiche cliniche e psicologiche di un gruppo di adolescenti con diagnosi di MS. Sono stati condotti uno studio trasversale su 17 partecipanti e uno studio longitudinale su un sottogruppo (N 5) che è stato valutato in due tempi T₀ e T₁ a distanza di un anno, al fine di indagare fattibilità, accettabilità ed esito di una terapia residenziale.

I partecipanti hanno compilato una serie di questionari, tra i quali: contenente lo Youth Anxiety Measure for DSM-5 (YAM-5), la Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-20), l'Autism Spectrum Quotient (AQ-10), il Social Inhibition Questionnaire (SIQ-15). I vissuti e l'intensità delle emozioni esperite sono stati valutati con il termometro delle emozioni, si sono indagate cognizioni e convinzioni (sia autopercezione che eteropercezione) con domande specifiche ed è stata infine indagata la presenza di somatizzazione. Dall'analisi dei dati è emerso come il campione indagato sia molto isolato socialmente (completa mancanza di relazioni tra pari e relazioni intime) e caratterizzato da elevati aspetti di ansia sociale. Inoltre, i risultati raccolti sull'autopercezione, indicano come il gruppo appaia molto poco consapevole del disturbo.

Lo studio longitudinale, seppur condotto su uno scarso numero di partecipanti, ha rilevato numerosi significativi cambiamenti significativi tra il pre e il post terapia residenziale. In particolare, abbiamo osservato una significativa riduzione dei livelli di ansia e di inibizione sociale, insieme ad una migliore capacità di regolazione emotiva. Al contrario, nel T₁, i ragazzi/e riportano un peggioramento del MS, accanto ad una riduzione di tutti i parametri indagati con il termometro delle emozioni, compreso il bisogno di aiuto. Si ipotizza che il peggioramento sia legato al fatto che la "vacanzina" potrebbe aver aumentato la consapevolezza sul proprio disturbo: mentre in precedenza i ragazzi si erano autovalutati come superiori, non paurosi e accettati, con l'esperienza residenziale potrebbero aver realizzato che effettivamente non sono così aperti e inseriti nel gruppo.

Infine, si è discusso sul ruolo della figura dell'Educatore Professionale (EP) come valida risorsa per l'alleanza terapeutica e per la costruzione di una relazione di fiducia. Inserito in un'equipe multiprofessionale, l'EP dovrebbe occuparsi della formazione adeguata di insegnanti e professionisti che ruotano attorno al paziente per una gestione del MS al di fuori delle mura domestiche. Egli dovrebbe operare in *setting* sempre diversi per allenare le *social skills* fino a rendere tutte quelle situazioni che generano ansia e paura "normali".

Parole chiave: Mutismo Selettivo, adolescenti, ansia, terapia residenziale

Indice

Capitolo 1	Il Mutismo Selettivo.....	3
1.1	Diagnosi di Mutismo Selettivo.....	3
1.2	Aspetti epidemiologici	5
1.3	Fattori eziopatogenetici	6
1.4	Comorbilità, diagnosi differenziale e fattori prognostici	9
1.5	Trattamento	11
Capitolo 2	Ricerca.....	17
2.1	Obiettivi dello studio	17
2.2	Materiali e metodi	17
2.2.1	Campionamento	17
2.2.2	Strumenti	18
2.2.3	“Vacanzina terapeutica”	22
2.3	Procedura	25
2.4	Risultati	26
Capitolo 3	Considerazioni conclusive	43
3.1	Discussione.....	43
3.2	Ruolo dell’Educatore Professionale	46
3.3	Limiti e punti di forza.....	47
3.4	Conclusioni.....	48
Bibliografia	51

Indice delle tabelle

<i>Tabella I: Schema caratteristiche tipiche di adolescenti e adulti con MS</i>	5
<i>Tabella II: Caratteristiche generali del campione indagato</i>	26
<i>Tabella III: Statistiche descrittive YAM-5 e DERS 20</i>	28
<i>Tabella IV: Statistiche descrittive AQ-10 e SIQ-15</i>	30
<i>Tabella V: Punteggi medi YAM-5 nei due tempi</i>	33
<i>Tabella VI: Punteggi medi DERS 20 e SIQ-15 nei due tempi</i>	35
<i>Tabella VII: Punteggi medi termometro delle emozioni nei due tempi</i>	37
<i>Tabella VIII: Punteggio medio di eteropercezione nei due tempi</i>	38
<i>Tabella IX: Punteggi medi luoghi temuti nei due tempi</i>	39

Indice dei grafici

<i>Grafico 1: Il funzionamento psicologico del paziente con MS</i>	8
<i>Grafico 2: Terapia farmacologica nell'intero campione</i>	27
<i>Grafico 3: Tipi di amici</i>	27
<i>Grafico 4: YAM-5 punteggi compositi</i>	28
<i>Grafico 5: YAM-5 sottoscale</i>	29
<i>Grafico 6: Punteggi DERS 20 e sottoscale</i>	29
<i>Grafico 7: Termometro delle emozioni</i>	30
<i>Grafico 8: Eteropercezione</i>	31
<i>Grafico 9: Autopercezione</i>	31
<i>Grafico 10: Luoghi temuti posizionati al primo posto</i>	32
<i>Grafico 11: Somatizzazione delle emozioni</i>	32
<i>Grafico 12: YAM-5 nei due tempi</i>	34
<i>Grafico 13: Punteggi sottoscale YAM-5 nei due tempi</i>	34
<i>Grafico 14: Punteggi medi delle sottoscale della DERS 20 nei due tempi</i>	36
<i>Grafico 15: Punteggi medi SIQ-15 e sottoscale nei due tempi</i>	36
<i>Grafico 16: Vissuti Pre e Post trattamento</i>	37
<i>Grafico 17: Punteggi medi di autovalutazione nei due tempi</i>	38
<i>Grafico 18: Tipologia di luoghi temuti T_0 vs T_1</i>	39
<i>Grafico 19: DERS-20 sotto cut-off VS sopra cut-off</i>	40
<i>Grafico 20: SIQ-15 sotto cut-off VS sopra cut-off</i>	40
<i>Grafico 21: Termometro emozioni sotto cut-off VS sopra cut-off</i>	41

Indice degli acronimi

ADHD	Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività
AIMuSe	Associazione Italiana Mutismo Selettivo
APA	<i>American Psychological Association</i>
AQ	<i>Autism Spectrum Quotient</i>
ASD	Disturbo dello Spettro Autistico
DERS	<i>Difficulties in Emotion Regulation Scale</i>
DOC	Disturbo Ossessivo-Compulsivo
DOP	Disturbo Oppositivo Provocatorio
Ds	Deviazione Standard
DSM	Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali
EP	Educatore Professionale
MS	Mutismo Selettivo
SIQ	<i>Social Inhibition Questionnaire</i>
SNA	Sistema Nervoso Autonomo
SSRI	Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina
T ₀	Tempo zero
T ₁	Tempo uno
YAM-5	<i>Youth Anxiety Measure for DSM-5</i>

Introduzione

Il Mutismo Selettivo (MS) è un disturbo psichiatrico caratterizzato dalla costante incapacità di parlare in specifiche situazioni sociali (es. scuola) e dalla capacità di farlo in modo adeguato in altre (es. con i genitori). La patologia è classificata dal DSM-5 (APA, 2013) nei Disturbi d'ansia e presenta alti tassi di comorbidità con l'ansia sociale. Il MS sembra interessare maggiormente il sesso femminile rispetto a quello maschile, con un rapporto 2:1 e ha un'incidenza da 0,11% al 2,2% a seconda della popolazione esaminata e dai criteri diagnostici applicati. L'età di esordio oscilla dai 2 ai 5 anni, anche se i sintomi passano inosservati fino a quando il/la bambino/a non inizia a frequentare la scuola.

Le basi patofisiologiche appaiono non ancora chiare e più che un'unica causa, si individua un'ipotesi multifattoriale basata sulla combinazione sfavorevole di diverse componenti che, interagendo tra loro, possono costituire per il bambino una situazione di rischio e predisporre allo sviluppo del disturbo (familiarità, vulnerabilità genetica, aspetti temperamentali e ambientali).

Il trattamento del MS è orientato primariamente alla riduzione dei sintomi ansiosi, all'eliminazione dei rinforzi negativi, al miglioramento dell'autostima e all'espressione delle emozioni.

L'approccio maggiormente utilizzato è quello cognitivo-comportamentale di cui si propone un protocollo di intervento.

La terapia farmacologica che si predilige sono gli Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI), tuttavia questo può essere un aiuto valido solo se abbinato ad un intervento psicologico.

Il presente lavoro si è posto l'obiettivo di meglio chiarire le caratteristiche cliniche e psicologiche di un gruppo di adolescenti con MS e, per un sottogruppo, di indagare la fattibilità, l'accettabilità e l'esito di una terapia residenziale chiamata "vacanzina terapeutica" proposta dall'Associazione Italiana Mutismo Selettivo (AIMuSe).

L'indagine, condotta mediante la somministrazione di una serie di questionari sulla piattaforma gratuita "Google Moduli", si è soffermata su: sintomi ansiosi, paure e gestione delle emozioni, tratti personologici, esperienze soggettive, rapporti interpersonali, abilità di coping e bisogni percepiti.

Le caratteristiche cliniche e la psicopatologia propria del MS hanno determinato la scarsa adesione alla ricerca: molti dei ragazzi, a causa del blocco verbale e fisico provocato dall'ansia, sono rimasti immobili e inespressivi di fronte alla richiesta di compilare il questionario.

Nonostante le difficoltà riscontrate, è stato possibile trarre dei risultati promettenti rispetto all'efficacia della terapia residenziale: i confronti dei punteggi nei due tempi hanno evidenziato, in molte delle aree indagate, un miglioramento significativo in termini di consapevolezza, socialità, paura e ansia.

Infine, vista la complessità del disturbo, si è delineato il possibile ruolo della figura dell'Educatore Professionale come valore aggiunto alla canonica equipe che ruota attorno a chi soffre di MS.

Incrementare le ricerche scientifiche sul MS e sull'efficacia che può avere una terapia intensiva di questo tipo rispetto agli approcci tradizionali, sarebbe di fondamentale importanza per accelerare il processo di uscita dal silenzio e il recupero di un benessere bio-psico-sociale.

Capitolo 1

Il Mutismo Selettivo

1.1 Diagnosi di Mutismo Selettivo

Nel 1877 il medico tedesco Kussmaul descrisse per la prima volta il Mutismo Selettivo (MS) sotto l'etichetta di "*Aphasia voluntaria*", sottolineando quindi la concezione di un mutismo sostenuto volontariamente dal soggetto in situazioni sociali. Successivamente, nel 1934, lo psichiatra svizzero Tramer introdusse il termine "Mutismo elettivo" che, utilizzato nelle edizioni del DSM-III (APA, 1980) e III-R (APA, 1987), venne poi sostituito con quello di "Mutismo selettivo" nel DSM-IV (APA, 1994) e IV-R (APA, 2000) e classificato nella sezione dei Disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza in quanto associato ad una forma di oppositività dell'età evolutiva. La convinzione erronea che il disturbo fosse di origine intenzionale persistette per molti anni, fino a quando nel 2013 il MS venne classificato, più correttamente, nel DSM-5 (APA, 2013) tra i disturbi d'ansia. Tale ricollocamento ha permesso di chiarire che non si tratta né di una patologia esclusivamente infantile, né che vi sia un legame con la volontà oppositiva del bambino di non parlare, ma ad una vera e propria impossibilità a farlo in determinati contesti¹.

Nel DSM-5 (APA, 2013) i criteri diagnostici del MS sono:

- A. Costante incapacità di parlare in situazioni sociali specifiche, in cui ci si aspetta che si parli (per es. scuola), nonostante 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 è di almeno un 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 con la situazione sociale.

¹ (Bianchi, 2020, pp 27-48)

- E. 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.

Le autrici Iacchia e Ancarani definiscono il MS come “un disturbo caratterizzato da una forte ansia che blocca la parola in alcuni ambienti, situazioni e con taluni interlocutori. I soggetti vorrebbero parlare, ma non ci riescono. Si tratta di una condizione d’incapacità dovuta appunto all’ansia, non di rifiuto o sfida, infatti nelle circostanze in cui l’ansia non è elevata, i soggetti parlano normalmente”².

D’Ambrosio propone un’ipotesi in cui afferma che l’ansia funge da innesco, insieme ad un meccanismo governato dall’attività autonoma che condividiamo con i mammiferi e altri vertebrati: un innesco emotivo, situazionale, a risposta rapida e involontario, il freezing³. Il bambino con MS, di fronte ad un pericolo o una situazione percepita minacciosa, risponde istintivamente con comportamenti di ritiro ed evitamento che si consolidano nel tempo come unica strategia di difesa. Questo vero e proprio blocco comporta tratti comportamentali tipici: testa e spalle incurvate, sguardo evasivo abbassato o fisso nel vuoto, braccia irrigidite tese lungo il corpo, volto inespressivo come se si ignorasse l’ambiente circostante⁴. Inoltre, non tutti manifestano l’ansia con le stesse modalità, ma vi sono alcune caratteristiche che accomunano i soggetti con MS; di seguito si riporta lo schema di Iacchia e Ancarani (tabella I)⁵ adattato a ciò che concerne le caratteristiche tipiche di adolescenti e adulti che soffrono di MS, tratto dall’originale riferito all’età infantile⁶.

² (Iacchia, Ancarani, 2018, pp. 18-19)

³ (D’Ambrosio, 2015, pp. 137-144)

⁴ (Capobianco, 2009, pp. 211-228)

⁵ (Iacchia, Ancarani, 2018, pp. 27-28)

⁶ (Corona, De Giuseppe, 2016)

Inibizione temperamentale	Estrema timidezza, soprattutto nelle situazioni nuove in cui è richiesta una prima familiarizzazione con l'ambiente. Spesso l'inibizione è associata all'ansia da separazione dalle figure di attaccamento
Ansia sociale	Forte disagio che si manifesta con il timore di essere presentati a persone sconosciute, di divenire oggetto di burla o critica, di essere messi al centro dell'attenzione se si deve eseguire una prestazione
Desiderio di interazione sociale	Grande necessità di costruire amicizie. Al contrario di chi rientra nello spettro autistico, possiedono adeguate competenze sociali
Lamentele somatiche	L'ansia spesso provoca mal di pancia, mal di testa, nausea, dispnea
Espressività e atteggiamento	Volto inespressivo, postura goffa, rigida e tendono ad evitare il contatto visivo
Emotività	Vasta gamma di sentimenti disfunzionali: preoccupazione eccessiva, tristezza, scoramento, sfiducia in sé stessi
Ritardo nello sviluppo	Maggiore probabilità di sviluppare ritardi nell'area motoria, comunicativa e nella sfera della socializzazione
Comportamento	Spesso i soggetti sono inflessibili e testardi. Appaiono volubili, con sbalzi di umore che vanno da un atteggiamento prepotente e aggressivo, a crisi di pianto e tristezza. Sono inclini al ritiro, alla chiusura e all'evitamento di tutte le situazioni che generano ansia
Difficoltà comunicative e di socializzazione	Il nucleo del problema comunicativo è del tutto situazionale. Uno stesso soggetto può apparire tanto chiuso, isolato, ritirato in situazioni ansiogene, quanto socievole e chiacchierone in ambiente sicuro e prevedibile

Tabella I: Schema caratteristiche tipiche di adolescenti e adulti con MS

1.2 Aspetti epidemiologici

Nella letteratura scientifica la maggior parte delle ricerche condotte sul MS si basa su piccoli gruppi o casi singoli. Gli studi epidemiologici dimostrano che si tratta di un disturbo raro con un'incidenza da 0,11% al 2,2%, a seconda della popolazione

esaminata e dai criteri diagnostici applicati. Il MS sembra interessare maggiormente il sesso femminile rispetto a quello maschile, con un rapporto 2:1 e prevale nei bambini bilingue, nelle minoranze etniche o nei casi in cui vi siano altri componenti della famiglia ansiosi e che presentano difficoltà nelle relazioni sociali.

L'età di esordio di MS oscilla in un *range* dai 2 ai 5 anni, anche se i sintomi passano inosservati fino a quando il/la bambino/a non inizia a frequentare la scuola⁷. In alcuni studi si evidenzia un intervallo di circa 14 mesi dalla comparsa dei sintomi alla diagnosi, questo perché il comportamento del soggetto è freateso inizialmente con un atteggiamento di profonda timidezza (sottovalutandone la gravità). Una diagnosi precoce permetterebbe di prevenire e limitare la compromissione del funzionamento sociale del bambino.

1.3 Fattori eziopatogenetici

Il MS è considerato un disturbo molto complesso, le cui basi patofisiologiche appaiono non ancora chiare e più che un'unica causa, si sono proposti diversi modelli eziopatogenetici a sostegno dei diversi approcci psicologici. Recenti ricerche suggeriscono un'ipotesi multifattoriale⁸ basata sulla combinazione sfavorevole di diverse componenti che, interagendo tra loro, possono costituire per il bambino una situazione di rischio e predisporre allo sviluppo del disturbo:

- vulnerabilità genetica e familiarità: se un componente della famiglia ha o ha avuto durante l'infanzia un disagio legato all'ansia o ha sofferto di MS, allora queste caratteristiche possono essere ereditate dai figli incidendo sulla predisposizione verso un disturbo ansioso⁹. Uno studio ha dimostrato che nel 37% delle famiglie con un bambino con diagnosi di MS, vi è un parente di primo grado con lo stesso disturbo; mentre, nel 70% dei casi è presente un parente di primo grado che soffre di fobia sociale¹⁰.

Inoltre, pochi studi di caso su gemelli monozigoti, tutti di sesso femminile, hanno evidenziato la presenza della patologia in entrambe le sorelle;

⁷(Hua & Major, 2016, pp. 115-116)

⁸(Sharon et al., 2006; Freeman et al, 2004, citati da Capobianco, 2009)

⁹(Iacchia, Ancarani, 2018, p.34)

¹⁰(Capozzi et al., 2017, p.776)

- vulnerabilità temperamentale: la tendenza a reagire con eccessiva tensione, emotività e irritabilità a persone o situazioni non familiari, se presente nei primi due anni di vita, è un predittore dello sviluppo in età adolescenziale e adulta di timidezza patologica, ansia sociale e depressione;
- vulnerabilità ambientale: gli ambienti in cui il bambino si forma, incidono in modo significativo sulla sua risposta emotiva. Lo stile genitoriale iperprotettivo-controllante rappresenta un fattore di rischio primario. In ambiente scolastico, se questo è improntato sul giudizio della prestazione, sulla competizione e sulla sola comunicazione verbale, allora per il bambino possono essere significative le esperienze di critica, bullismo e umiliazione. Si tratta di fattori che gravano sulla percezione di sé stessi come inadeguati, diversi dagli altri e rifiutati. Inoltre, in letteratura, emerge l'importanza della dimensione linguistica: alcuni studi riportano una prevalenza di MS quattro volte maggiore nella popolazione immigrata rispetto a quella autoctona. Infine, al contrario di ciò che si ipotizzava in passato, le convinzioni che il bambino soffrisse di MS in seguito a forti traumi, abbandono e violenza, sono state confutate.

In una prospettiva cognitivista, è possibile ipotizzare che questi fattori insieme interagiscano tra loro e contribuiscano alla costruzione di credenze su se stessi, sugli altri e sull'ambiente esterno, che influenzano le reazioni emotive e guidano le risposte comportamentali. Mutismo ed inibizione, come riportato nello schema di Bianchi sul funzionamento psicologico del paziente con MS (grafico 1), si mantengono perché hanno una funzione di rinforzo negativo per il bambino, ovvero riducono momentaneamente il disagio, ritenuto insopportabile, causato dall'ansia in situazioni di interazione sociale. Il silenzio del bambino con MS comporta l'allontanamento da parte dei coetanei che finiscono per ignorarlo e interrompere qualsiasi richiesta di interazione verbale e non (ad es. parlare, giocare). Si tratta di una forma indiretta di evitamento che determina una sensazione di sollievo per il bambino dovuta al non venir più interpellato e al non sentirsi più al centro dell'attenzione, protetto dal suo mutismo. In realtà, in questo modo le sue credenze di diversità ed inadeguatezza sociale si confermano aumentando la probabilità di sperimentare emozioni spiacevoli,

qualora dovesse ritrovarsi nell'interazione, ostacolando lo sviluppo di abilità sociali fondamentali¹¹.

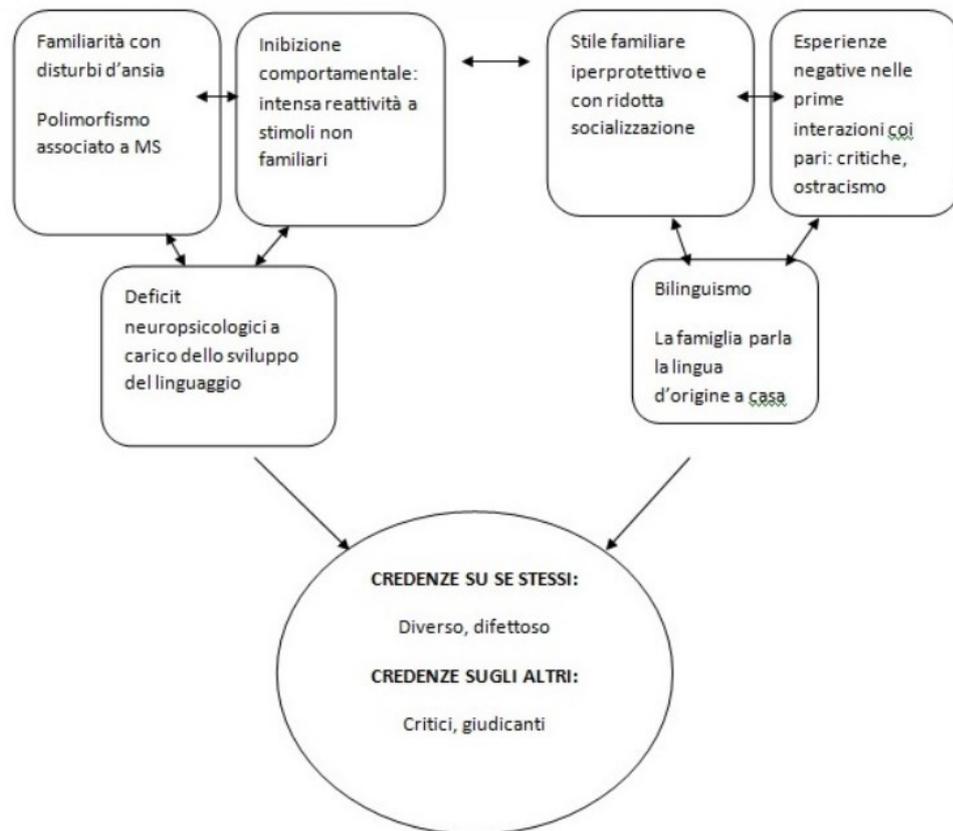


Grafico 1: Il funzionamento psicologico del paziente con MS

Oltre ai modelli eziopatogenetici dei diversi approcci psicologici presenti in letteratura, D'Ambrosio ha cercato di motivare una proposta di disfunzione autonoma partendo dalla considerazione eziologica che, spesso, si registrano casi di MS dove la sintomatologia ansiosa è insufficiente per porre una doppia diagnosi. Questo permette di affermare, quindi, che la componente ansiosa è centrale ma non del tutto sufficiente, e per poter esprimere un sintomo come il mutismo, dovrà incrociare un altro fattore di "innesco". L'incapacità di parlare in situazioni in cui lo si dovrebbe fare naturalmente, è interpretata come un fenomeno di soglia, indotto dall'amigdala, regolato dal sistema nervoso autonomo (SNA) e collegato alla risposta di *freezing*. Questa risposta è organizzata nei circuiti del nervo vago (X nervo cranico,

¹¹(Bianchi, 2020, pp 29-30)

per la maggior parte costituito da fibre che innervano il SN parasimpatico) e si ipotizza che chi soffre di MS possieda una bassa soglia di attivazione del *freezing* che colpisce in particolare la fonazione. Quando l'ambiente non è percepito come pericoloso, il SNA sostiene l'interazione umana e la fonazione tramite l'azione di un sistema chiamato "sistema di ingaggio sociale"¹², composto dal nervo vago che predispone alla comunicazione verbale in emissione e ricezione. Questo spiegherebbe il motivo per cui i bambini con MS non hanno difficoltà ad attivare il sistema di ingaggio sociale all'interno di contesti familiari e, a causa del meccanismo di *freezing* a soglia bassa, con lievi variazioni nella percezione del pericolo sociale sopravviene la risposta più arcaica di blocco¹³.

1.4 Comorbilità, diagnosi differenziale e fattori prognostici

Il MS presenta diverse comorbilità correlate ad altri disturbi d'ansia e disturbi dello sviluppo. Alcuni studi¹⁴ evidenziano le seguenti percentuali di comorbilità: 82,5% con il disturbo d'ansia sociale, il 19,3% con la fobia specifica, il 15,8% con il disturbo d'ansia da separazione, il 15,8% ADHD, il 7% con l'ansia generalizzata, il 5,3% con i disturbi del controllo sfinterico, il 3,5% con il disturbo oppositivo/provocatorio, l'1,8% con la distimia. Come si può notare, il tasso di comorbilità con disturbi esternalizzanti (es. disturbo oppositivo) è minore, motivo per cui il MS sembra essere più spesso correlato a disturbi internalizzanti (es. disturbi d'ansia).

Spesso, associate alla diagnosi di MS, si registrano compresenze di tipo fisico e psichico in tre fasce d'età:

- nei bambini si presentano tic, tricotillomania e/o sintomi del Disturbo Ossessivo Compulsivo
- negli adolescenti si verificano episodi di depressione, problemi di adattamento sociale, ansia sociale, ritiro sociale volontario (fenomeno degli hikikomori)
- negli adulti si può presentare un disturbo di personalità evitante

In tutte le tre fasce d'età possono comparire gli attacchi di panico¹⁵.

¹²(Porges, 2007, pp.116-143)

¹³(D'Ambrosio, 2015, pp. 137-144)

¹⁴(studi di Diliberto e Kearney, 2016, citati da Iacchia e Ancarani, 2022, p.355)

¹⁵(Iacchia, Ancarani, 2018, p.30)

Per formulare una diagnosi corretta di MS e stabilire se vi è una comorbidità oppure no, è fondamentale raccogliere tutti i dettagli delle osservazioni rispetto al comportamento del soggetto nei diversi ambienti.

Spesso, quando si parla di MS, vi è molta confusione su comorbidità e diagnosi differenziale. In particolare, gli errori più comuni riguardano la diagnosi di Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP), Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) e Disturbo dello Spettro Autistico (ASD).

Per quanto riguarda il DOP, l'ostilità e i comportamenti oppositivi sono persistenti e nella maggior parte dei casi anticipa la successiva diagnosi di Disturbo della Condotta. Nel MS l'opposizione non equivale a quella del DOP ("dico di no a te"), piuttosto va inquadrata nella resistenza al cambiamento e alla richiesta di affrontare qualcosa che viene percepito come minaccioso ("dico di no a ciò che mi mette ansia").

Nel MS accade spesso che vi sia la presenza di ossessioni e compulsioni, ma, come per il DOP, non sempre esse sono sufficienti per una diagnosi di DOC. Il perfezionismo, il bisogno di avere la situazione sotto controllo, l'affermare la propria volontà, sono elementi che, non di rado, appartengono alle fissazioni dei bambini o ragazzi con MS. Molte di queste riguardano l'alimentazione (es. non mangiare davanti agli altri, selettività per colore/forma/consistenza del cibo), la paura del contagio, il bisogno di ordine, il pensiero magico e l'attaccamento ad alcune persone. Il punto cardine del DOC è il dubbio che mette in discussione ogni certezza, mentre nel MS la protagonista è l'ansia¹⁶.

Per quanto riguarda MS e autismo vi è spesso molta confusione. Il criterio E del DSM-5 (APA, 2013), recita: "La diagnosi non è meglio spiegata da un disturbo della comunicazione e non si manifesta esclusivamente durante il decorso dei disturbi dello spettro dell'autismo, schizofrenia o altri disturbi psicotici". Inoltre, nel DSM-5-TR, il sottocapitolo delle comorbidità afferma: "In ambito clinico, il MS è stato osservato spesso in comorbidità anche con i disturbi dello spettro dell'autismo". In letteratura, vi è un aumento di ricerche che confermano una chiara relazione tra MS e ASD. Una tra queste può essere lo studio condotto da Steffenburg¹⁷ in cui si sono analizzate nel

¹⁶(Iacchia, Ancarani, 2018, pp.357-363)

¹⁷(Steffenburg et al., 2018, pp. 1163-1169)

dettaglio 97 cartelle cliniche di bambini con MS come diagnosi primaria. L'analisi a posteriori ha rivelato che il 62% dei piccoli avrebbero potuto ricevere anche una diagnosi di ASD, mentre il 20% presentava chiari tratti autistici¹⁸.

Tuttavia, per la diagnosi differenziale è importante considerare il sottile confine tra i due disturbi: i bambini e ragazzi con autismo hanno un mutacismo che non dipende dalle situazioni, gli individui con MS, invece, parlano o si bloccano solo in funzione dell'ansia che la situazione genera nella loro percezione. Inoltre, le due patologie differiscono anche rispetto alle aree cliniche di cui fanno parte; il MS è un disturbo d'ansia, l'ASD è un disturbo del neurosviluppo. A tal proposito, può verificarsi che un bambino con autismo possa bloccarsi sulla parola in alcuni contesti, ma questo sarebbe dovuto più propriamente alle stereotipie tipiche della patologia; per cui la diagnosi resta quella di autismo¹⁹.

I dati relativi alla prognosi di MS, indicano che i sintomi si riducono nel tempo, ma rimangono problemi di comunicazione e di ansia sociale; inoltre, per gli adolescenti e gli adulti vi è un alto rischio di sviluppare un altro disturbo psichiatrico. Gli studi longitudinali di Steinhausen nel 2006 hanno mostrato che 13 anni dopo la diagnosi, il 58% aveva raggiunto una totale remissione dei sintomi, mentre il 58% aveva sviluppato un altro disturbo psichiatrico e il 42% una fobia specifica²⁰.

Di Capozzi ha osservato che il miglioramento nella capacità di parlare si presenta frequentemente in concomitanza con il trasferimento del bambino o ragazzo in un'altra scuola (es. dalle elementari alle medie) perchè, grazie alla possibilità di interagire con persone nuove che non conoscono il problema, si può spezzare l'abitudine del silenzio senza la preoccupazione della reazione che questo susciterebbe negli altri²¹.

1.5 Trattamento

Il trattamento del MS è orientato primariamente alla riduzione dei sintomi ansiosi, all'eliminazione dei rinforzi negativi, al miglioramento dell'autostima e all'espressione delle emozioni. Per intervenire professionalmente, la scelta

¹⁸ (Muris & Ollendick, 2021, p. 164)

¹⁹ (Iacchia, Ancarani, 2018, pp.365-366)

²⁰ (Steinhausen et al., 2006, citati da Hua & Major, 2016, p. 117)

²¹ (Di Capozzi et al., 2012, citati da Capobianco, 2009, p.215)

dell'approccio terapeutico più efficace è fondamentale; non esiste un approccio migliore dell'altro, ma semplicemente quello che al meglio soddisfa le necessità del paziente. Le principali quattro aree di intervento su cui si dovrebbe fondare il trattamento sono: l'area cognitivo-comportamentale per la riduzione dei sintomi ansiosi e il lavoro emotivo, quella sistemica per analizzare le dinamiche relazionali e gestire la storia familiare, l'area psicodinamica per far emergere i conflitti intrapsichici e, infine, quella integrata di gruppo paziente-genitore che utilizza tecniche di rilassamento, fiabe e psicoeducazione²².

Ispirandosi alla psicoterapia cognitivo-comportamentale, si riportano i principi alla base del trattamento:

- il rinforzo positivo per incrementare la probabilità di comparsa di comportamenti funzionali alla comunicazione
- lo *shaping* per rinforzare ogni approssimazione al comportamento desiderato
- la generalizzazione, ovvero l'estensione a nuovi stimoli delle condotte comunicative corrette
- l'estinzione dei comportamenti disfunzionali attraverso la sottrazione dei rinforzi ad essi associati
- l'auto-rinforzo, ovvero il sapersi valutare positivamente
- la modificazione degli schemi cognitivi disfunzionali che sottostanno l'insorgenza del disturbo. Con gli adulti l'intervento ruota intorno alla modifica delle idee disfunzionali e all'acquisizione di abilità di coping; nell'età infantile si ricorre alla conoscenza del mondo delle emozioni
- la ristrutturazione cognitiva delle emozioni e dei comportamenti disfunzionali attraverso le contro-argomentazioni che portano l'individuo ad una riformulazione razionale del proprio vissuto
- *modeling* e *role-playing*, ovvero l'utilizzo delle ristrutturazioni cognitive in simulazioni e immaginazione di situazioni che comporterebbero l'evitamento della comunicazione verbale²³.

²²(Iacchia, Ancarani, 2018, p. 343)

²³(D'Ambrosio, Coletti, 2002)

L'attuale inquadramento diagnostico evidenzia che il MS è considerato una forma piuttosto rara ed estrema di fobia sociale²⁴. Per questo motivo, Bianchi propone le tecniche cognitivo-comportamentali efficaci nel trattamento della sintomatologia inibitoria della fobia sociale, ipotizzando un protocollo di intervento adattato al MS, diviso in cinque fasi²⁵.

La prima fase prevede di costruire l'alleanza terapeutica con i genitori e con il bambino facilitando i suoi comportamenti di interazione sociale, attraverso la riduzione dell'ansia e dell'inibizione. La famiglia deve essere informata sul funzionamento del disturbo e coinvolta attivamente nella terapia attraverso un percorso di *parent training*, utile a modificare i comportamenti che mantengono la relazione disfunzionale col bambino. La relazione terapeutica con i pazienti dovrebbe essere costruita attraverso il dialogo, la condivisione di interessi e l'espressione delle emozioni.

La seconda fase propone di costruire un modello di funzionamento del disturbo, di comprendere il ruolo del mutismo e di individuare i pensieri disfunzionali. Si utilizzano strumenti auto-osservativi, come il termometro delle emozioni o il diario, che aumentano la consapevolezza del paziente circa la propria situazione. Tuttavia, spesso, i bambini/ragazzi con una maggiore gravità restano immobili e inespressivi a causa dell'inibizione comportamentale che ostacola ogni tipo di iniziativa motoria. In questi casi, occorrerà prevedere un'ulteriore divisione in tappe intermedie (ad es. utilizzare cartellini con risposte già scritte) avvalendosi di tecniche comportamentali come il *prompting* e il *fading*.

Nella terza fase si accresce la motivazione al cambiamento, si ristrutturano i pensieri automatici negativi e si organizzano esposizioni graduali. L'obiettivo è quello di implementare la consapevolezza del bambino/ragazzo di come funziona l'ansia sociale, di ciò che la mantiene e che costi comporta (isolamento, impossibilità di esprimere i propri bisogni o di divertirsi con gli amici). In seguito, si prevede di introdurre proposte di cambiamento graduali attraverso tecniche di rassicurazione e *role-playing*. Il bambino dovrà sperimentare autoefficacia nel gestire livelli di emozioni sempre più intense e correggere l'idea che queste possano essere pericolose.

²⁴(Holka-Poroska et al., 2018)

²⁵(Bianchi, 2020, p. 38-44)

La quarta fase prevede di aumentare la consapevolezza corporea per gestire sensazioni spiacevoli legate all'ansia e alla vergogna e di arricchire le competenze sociali. Nella terapia si dovranno preferire tecniche (es. *mindfulness*, rilassamento progressivo, regolarizzazione del respiro) che abbiano come obiettivo quello di rendere maggiormente consapevole il bambino delle sue sensazioni fisiche e reazioni corporee in modo da riconoscere i segnali di irrigidimento che anticipano la risposta inibitoria. Inoltre, si propone di lavorare con il paziente sull'apprendimento delle *social skills* in quanto, inevitabilmente a causa della sintomatologia evitante, avrà perso le opportunità per metterle in pratica e sentirsi capace di esprimersi.

La quinta fase, che dovrebbe essere parallela alle precedenti quattro, suggerisce di intervenire sui fattori di mantenimento interpersonali coinvolgendo anche le insegnanti. Sono necessari, dunque, incontri periodici al fine di condividere informazioni sul MS e fornire indicazioni su come gestire in ambiente scolastico i sintomi del bambino/ragazzo.

Oltre alla visione cognitivo-comportamentale, esistono altre tre tipologie di approccio psicologico per il MS: psicodinamico, sistemico e comportamentale. Il primo concettualizza il disturbo come espressione di un conflitto intrapsichico irrisolto; le tecniche utilizzate per aiutare i bambini a identificare ed esprimere i propri sentimenti sono l'arteterapia e la terapia del gioco. Gli interventi sistemici, invece, si concentrano sull'individuazione delle relazioni disfunzionali che mantengono il MS; prevedono la psicoeducazione, la formazione delle competenze genitoriali e la collaborazione di tutti i *caregiver* con insegnanti e operatori sanitari²⁶. Infine, la terapia comportamentale si concentra sull'esposizione graduale del bambino/ragazzo in situazioni sociali, fornendo delle opportunità per praticare la comunicazione al fine di rimuovere ogni tipo di rinforzo al MS. Alcune strategie specifiche includono il rinforzo positivo di comportamenti verbali e non, in concomitanza con la graduale riduzione degli aiuti²⁷.

L'eterogeneità del MS è delineata dai numerosi trattamenti multimodali che i ricercatori hanno preso in considerazione per le diverse caratteristiche che chi soffre di MS presenta. Elementi comuni di intervento includono: tecniche basate

²⁶(Steains et al., 2021, p.772)

²⁷(Kaakeh, Stumpf, 2008, p.217)

sull'esposizione, terapia familiare e di gruppo, gestione delle emergenze per i genitori, *social skills, shaping e prompting*. Cornacchio et al. (2019) utilizzando questo tipo di approccio multimodale all'interno di una terapia intensiva di gruppo, hanno evidenziato che questa aveva comportato una maggiore remissione di MS, una riduzione dell'ansia sociale e il miglioramento dei risultati funzionali a lungo termine²⁸.

Per quanto riguarda l'intervento farmacologico, esistono diverse opinioni. Il ragionamento non può derivare da una posizione intransigente né sull'uno né sull'altro fronte; occorre soppesare i pro e i contro, le informazioni e il buon senso. Man mano che l'età avanza, un aiuto farmacologico (modulato e rimosso nel momento opportuno) può essere valido ma solo se abbinato a strumenti psicologici, di rilassamento e di socializzazione. Mentre, per i bambini, è assolutamente sconsigliato²⁹. Il trattamento farmacologico di prima linea sono gli Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI) che, con numerose evidenze scientifiche, hanno dimostrato di avere un'elevata efficacia nel trattamento di individui che soffrono di ansia e fobia sociale³⁰. Il loro meccanismo d'azione si basa sulla modulazione del sistema della serotonina, un neurotrasmettitore coinvolto nella regolazione dell'umore, del sonno e di altri processi neurofisiologici. Gli SSRI bloccano selettivamente il processo di riassorbimento, allungando i tempi di permanenza della serotonina nel vallo sinaptico (spazio fisico tra due terminazioni sinaptiche) al fine di ripristinare il corretto funzionamento del sistema serotoninergico e la rispettiva modulazione su altri sistemi neuronali. Alcuni autori, dopo aver osservato un gruppo di pazienti con MS che assumevano SSRI, hanno ipotizzato che il rapido miglioramento avvenuto in una sola settimana, potrebbe essere spiegato dall'effetto dopaminergico della disinibizione. Altri, invece, hanno riportato che gli effetti farmacologici si sono notati dopo 7-12 settimane di terapia, con una riduzione dell'ansia³¹.

In uno studio di caso condotto da Jainer, si è osservata la somministrazione della Paroxetina ad una ragazza con MS; il farmaco ha comportato una riduzione dell'ansia sociale tale per cui la paziente riusciva a rispondere al telefono dopo qualche settimana

²⁸(Kearney, Rede, 2021)

²⁹(Iacchia, Ancarani, 2018, pp.351-354)

³⁰(Hua, Major, 2016, p. 118)

³¹(Kaakeh, Stumpf, 2008, p.218)

e dopo un anno a parlare fuori dalle mura domestiche. Altri studi hanno dimostrato anche l'efficacia della Fluoxetina nella riduzione dell'ansia e del conseguente aumento della comunicazione verbale in luoghi pubblici³².

Indipendentemente dall'approccio che si tenterà, il punto cardine è quello di non porsi, fin dall'inizio, come obiettivo primario la comunicazione verbale e, ancora di maggior rilievo, non bisogna far sentire il bambino malato o sbagliato. Man mano che l'età aumenta, per i ragazzi è fondamentale sentirsi accettati con il loro silenzio, ma non identificabili con esso. La direzione per uscire dal MS è data dall'azione combinata e coordinata dei tre sistemi in cui il bambino/ragazzo è maggiormente in contatto: casa, scuola, studio dei professionisti. La via percorsa dalla famiglia deve promuovere il contatto dentro e fuori le mura domestiche; quella percorsa dalla scuola deve sostenere l'apertura, mentre quella percorsa dagli specialisti deve potenziare la comunicazione. L'associazione italiana Mutismo Selettivo (AIMuSe) propone un intervento di uscita dal MS che si sviluppa in sei gradini: 1) potenziare il non verbale, 2) dare rinforzi positivi specifici, 3) non fissarsi sul MS, 4) dare l'esempio, 5) credere in loro, 6) non mentire³³.

Alla luce di quanto riportato, è possibile confermare che uscire dal mutismo è possibile: occorre liberarsi dalla rigidità, dall'isolamento e dal pregiudizio valorizzando il coraggio, le competenze e la propria resilienza.

³²(Jainer et al., 2002, pp. 49-51)

³³(Iacchia, Ancarani, 2018, pp. 52-60)

Capitolo 2

Ricerca

2.1 Obiettivi dello studio

L'obiettivo del presente lavoro è quello di analizzare le caratteristiche cliniche e psicologiche di un gruppo di adolescenti con diagnosi di MS. In particolare, sono stati condotti due studi:

- Uno trasversale volto ad indagare le caratteristiche cliniche di un gruppo di giovani con diagnosi di MS.
- Uno longitudinale, volto ad indagare fattibilità, accettabilità ed esito di una terapia residenziale ad hoc, chiamata "Vacanzina terapeutica", proposta da AIMuSe, l'associazione italiana Mutismo Selettivo.

Lo studio trasversale si è occupato di valutare le caratteristiche cliniche e psicopatologiche, nonché le credenze e le abilità di coping di un gruppo di 17 giovani affetti da MS, mediante la somministrazione di una serie di questionari somministrati online, tramite la piattaforma gratuita Google moduli. L'indagine ha esplorato diversi ambiti, nello specifico ci si è voluti soffermare su: sintomi ansiosi, paure e gestione delle emozioni, tratti personologici, esperienze soggettive, rapporti interpersonali, abilità di coping e bisogni.

Con lo studio longitudinale, invece, si è voluto valutare un sottogruppo di giovani con diagnosi di MS, in particolare tutti i ragazzi che hanno partecipato ad un'esperienza terapeutica di gruppo e che hanno accettato di partecipare allo studio in due tempi, prima della vacanza terapeutica (T₀) e a distanza di 1 anno dalla stessa (T₁).

2.2 Materiali e metodi

2.2.1 Campionamento

Lo studio trasversale ha visti coinvolti 17 giovani, la maggior parte (12) valutati nel luglio 2022 e 5 nel luglio 2023. Il gruppo totale di partecipanti era composto da 30

ragazzi adolescenti a luglio 2022 e 31 a luglio 2023, di cui 9 che affrontavano l'esperienza per la prima volta.

Nello specifico, il gruppo di studio è composto da 6 maschi e 11 femmine di età compresa tra i 12 e i 26 anni con diagnosi di MS.

Allo studio longitudinale invece solo 5 adolescenti dei 12 originari (luglio 2022) hanno accettato di rispondere ai questionari nei due tempi, in quanto i restanti 7 non hanno partecipato alla terapia residenziale del luglio 2023.

Riteniamo che le caratteristiche cliniche e la psicopatologia propria del MS abbia determinato la scarsa adesione alla ricerca. In particolare, ci riferiamo al blocco, non solo verbale, ma anche fisico che questo disturbo provoca. La maggior parte, infatti, di fronte alla richiesta di compilare il questionario, è rimasta inespressiva e ogni tipo di iniziativa motoria (scrivere, rispondere a domande) è risultata inibita.

2.2.2 Strumenti

I partecipanti hanno compilato dei questionari *online* autosomministrati per approfondire la diagnosi di MS, le sue caratteristiche cliniche, le abilità di coping e le credenze. Per indagare l'area delle paure e della gestione delle emozioni si sono utilizzati lo *Youth Anxiety Measure for DSM-5* (YAM-5) e la *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS 20).

Lo YAM-5³⁴ è un questionario di autovalutazione utilizzato nei bambini e negli adolescenti di età compresa tra gli 8 e i 18 anni per esaminare la gravità dei sintomi attuali del disturbo d'ansia, secondo i termini del sistema di classificazione contemporanea (DSM-5, APA, 2013). Questo strumento è composto da 50 item e si suddivide in due sezioni: la prima parte (YAM-5-I) consiste di 28 item che misurano i principali disturbi d'ansia tra cui il disturbo d'ansia da separazione, il Mutismo Selettivo, l'ansia sociale, il disturbo di panico e il disturbo d'ansia generalizzato; la seconda parte (YAM-5-II) contiene 22 item che esplorano le fobie specifiche, inclusa l'agorafobia. Il questionario prevede una modalità di risposta su scala Likert a 4 punti: 0=mai, 1=qualche volta, 2=spesso, 3=sempre³⁵. Per la valutazione, i risultati vengono sommati per delineare dei punteggi totali e delle sottoscale; di conseguenza, punteggi

³⁴(Muris et al., 2017)

³⁵(Muris et al., 2016, pp. 1-17)

più alti riflettono livelli più elevati di ansia, in particolare di disturbo d'ansia e di sintomi di fobia³⁶.

Nel presente studio abbiamo considerato, così come suggerito dalla letteratura, oltre ai punteggi per le singole sottoscale (MS, disturbi d'ansia sociale, disturbo d'ansia generalizzata) i seguenti punteggi compositi: punteggio totale disturbi d'ansia maggiori, punteggio totale fobia, punteggio totale YAM (la somma dei precedenti), fobie specifiche, fobie situazionali e altre fobie (si tratta di un gruppo di fobie: rumori forti, persone vestite in maschera, stare male, vomitare, soffocarsi mangiando o bevendo).

Nella presente ricerca, al fine di non sovraccaricare i ragazzi, si è scelto di inserire la DERS 20; un questionario di autovalutazione sviluppato per analizzare le difficoltà di un individuo nella regolazione delle emozioni. La forma abbreviata della DERS originale, altrettanto valida e affidabile³⁷, è composta da 20 item divisi in cinque fattori: mancanza di accettazione (5 item), difficoltà nella distrazione (4 item), mancanza di controllo (4 item), difficoltà nel riconoscimento (3 item), ridotta autoconsapevolezza (4 item). Il questionario prevede una valutazione su scala Likert a cinque punti: 1=quasi mai, 5=quasi sempre. Il punteggio si ottiene sommando gli item corrispondenti; un punteggio più alto indica maggiori difficoltà nella regolazione delle emozioni³⁸.

Come accennato in precedenza, esiste anche la forma estesa della DERS³⁹ che permette di ottenere una misurazione circa la presenza di potenziali difficoltà su sei sottoscale: la non accettazione delle risposte emotive (6 item), gli obiettivi, ovvero la difficoltà ad impegnarsi in comportamenti finalizzati (5 item); le strategie limitate di regolazione emotiva (8 item), l'impulso, cioè la difficoltà a controllarsi (6 item), la chiarezza, ovvero la comprensione dell'emozione che si sta vivendo (5 item) e, infine, la consapevolezza rispetto al riconoscere e prestare attenzione alle emozioni (6 item).

Al fine di rilevare eventuali comorbilità con i tratti autistici, condizione frequentemente registrata dalla letteratura, si è somministrato l'*Autism Spectrum*

³⁶(Muris, Mannens et al., 2017, pp. 72-78)

³⁷(Lausi, 2020)

³⁸(Lausi et al., 2020, pp. 1-19)

³⁹(Gratz, Roemer 2004)

Quotient (AQ-10). Infine, per valutare la tendenza all'inibizione, alla chiusura e all'evitamento, si è utilizzata la *Social Inhibition Questionnaire* (SIQ 15).

L'AQ-10⁴⁰ è un questionario autosomministrato rivolto agli adulti dai 16 anni in poi. Non si tratta di uno strumento diagnostico per l'autismo o per altri disturbi correlati, ma di uno strumento di *screening* per la rilevazione dei tratti autistici, così da poter valutare se procedere con un approfondimento o meno. L'AQ-10⁴¹ in forma abbreviata, contiene 10 item e prevede una valutazione con quattro possibilità di risposta: totalmente d'accordo, parzialmente d'accordo, parzialmente in disaccordo, totalmente in disaccordo. Per valutare il punteggio bisogna:

- assegnare 1 punto per ogni risposta “totalmente o parzialmente d'accordo” per gli item 1, 7, 8, 10;
- assegnare 1 punto per ogni risposta “totalmente o parzialmente in disaccordo” per gli item 2, 3, 4, 5, 6, 9.

I punteggi ≥ 6 (*cut-off*), indicano la possibile presenza di tratti autistici ed è indicato un approfondimento diagnostico.

Oltre alla forma abbreviata che si è deciso di utilizzare in questo studio, è presente anche una forma più completa che conta 50 item suddivisi in 5 sottoscale che misurano i tratti chiave dei disturbi dello spettro autistico (ASD): interazione sociale, comunicazione, attenzione ai dettagli, spostamento dell'attenzione, immaginazione. Tra 0-50, il punteggio soglia è ≥ 29 ; punteggi più bassi indicano che probabilmente non si possiedono tratti autistici^{42 43}.

Il SIQ 15⁴⁴ è un breve questionario autosomministrato che ha lo scopo di valutare la natura multidimensionale dell'inibizione sociale. Si compone di 15 item, 5 per ognuno dei tre aspetti: dimensione comportamentale (inibizione comportamentale), dimensione cognitiva (sensibilità interpersonale) e dimensione affettiva (ritiro sociale). Il questionario, dunque, prevede una modalità di risposta su scala Likert a 4 punti, in cui l'individuo deve dare un punteggio da 0=falso a 3=vero rispetto ad una

⁴⁰(Baron-Cohen et al., 2001)

⁴¹(Allison et al., 2012)

⁴²(Booth et al., 2013, pp. 2997-3000)

⁴³(*Autism Spectrum Quotient (AQ)*, 2020)

⁴⁴(Denollet, Duijndam, 2019)

lista di 15 affermazioni che le persone spesso utilizzano per descrivere il loro comportamento rispetto all'interazione interpersonale.

Per calcolare gli *score* di ognuna delle tre dimensioni, bisogna sommare i punteggi degli item ad esse corrispondenti: all'inibizione comportamentale corrispondono i numeri 1, 4, 7, 10 e 13; alla sensibilità interpersonale corrispondono gli item 2, 5, 8, 11 e 14; infine, al ritiro sociale, sono associati gli item 3, 6, 9, 12 e 15.

Per il punteggio totale di inibizione sociale, invece, si sommano tutti e tre gli *score* delle dimensioni; il *range* è compreso tra 0 e 45 ⁴⁵.

Per eseguire una valutazione qualitativa sulle credenze, si sono utilizzati:

- lo strumento del termometro delle emozioni al fine di misurare l'intensità da 1=nessuno e 10=estremo degli stati emotivi di imbarazzo, vergogna, diffidenza, impotenza e l'autopercezione del bisogno di aiuto;
- 6 domande specifiche in cui si è richiesto di indicare tre luoghi/situazioni maggiormente temute e rispettivamente di valutare come ci si è comportati (da 1=gestita a 6=evitata)
- 17 domande specifiche per indagare le proprie credenze rispetto al confronto con gli altri e all'opinione che le altre persone hanno (in un continuum da 1 a 6). Rispetto agli altri mi sento: non simpatico/simpatico, incompetente/competente, debole/forte, insicuro/sicuro, timido/non timido, pauroso/non pauroso, non interessante/interessante, inferiore/superiore, diverso/uguale, escluso/accettato, outsider/parte del gruppo. Secondo me gli altri mi ritengono: timido/per nulla timido, incapace/capace, come loro/diverso, debole/forte
- 2 domande su come è percepito l'ambiente circostante, 0=pericoloso e 6=sicuro, 0=imprevedibile e 6=prevedibile;
- 5 domande per indagare la somatizzazione delle emozioni su una scala da 0=mai a 4=moltissimo la presenza di mal di pancia, nausea, mal di testa, mancanza di respiro e stanchezza

⁴⁵(Denollet, Duijndam, 2019, pp. 569–579)

2.2.3 “Vacanzina terapeutica”

La terapia residenziale organizzata da AIMuSe, prende vita nel 2011 in seguito, sia al bisogno espresso da parte dei genitori di trovare una tipologia di intervento che potesse aiutare i ragazzi ad uscire dal silenzio più rapidamente, sia attraverso l’osservazione di alcune esperienze americane⁴⁶. Chi soffre di MS ha bisogno di molto tempo in studio con il terapeuta prima di lasciarsi andare a qualche parola; inoltre, nella loro quotidianità sperimentano poco l’interazione interpersonale. Sulla base di queste considerazioni, la “vacanzina” accelera ogni tipo di processo: ragazzi e operatori vivono assieme 24 ore su 24 all’interno di una “bolla” così intensa per la varietà di emozioni espresse da poter arrivare allo sblocco comportamentale e, per alcuni, anche a quello verbale.

Durante la terapia residenziale si svolgono numerose attività che comprendono momenti di gioco, così come spazi dedicati alla riflessione su se stessi. L’obiettivo principale è quello di ridurre i livelli di ansia, sperimentare l’autonomia e aprirsi alla relazione così da poter arrivare alla consapevolezza che “anche io posso farcela”.

Questo tipo di intervento intensivo si svolge in due anni attraverso tre momenti: una prima “vacanzina” a luglio, una seconda durante le vacanze invernali che funge da *follow up* e un’ultima l’estate successiva per consolidare i progressi personali raggiunti⁴⁷.

Alla vacanzina hanno partecipato 31 ragazzi affetti da questo disturbo così poco conosciuto e trattato nella letteratura scientifica. La maggior parte di essi hanno riportato evidenti miglioramenti in soli quattro giorni di Terapia Residenziale. Di seguito, si riporta il “diario di bordo” nel quale si è annotato giorno per giorno le attività svolte e, in conclusione, alcune osservazioni personali rispetto al programma e alle attività svolte con i giovani.

Giovedì 13 luglio 23

La vacanzina terapeutica si è svolta sul lago Maggiore a Castelveccana (VA) e subito si è partiti con le presentazioni dei ragazzi e degli operatori. Successivamente, la responsabile del progetto ha tenuto un discorso ai genitori sugli obiettivi e sulle

⁴⁶(riferimento al “Brave Buddies Program” di Steven Kurtz)

⁴⁷(Iacchia, Ancarani, 2018, pp. 347-353)

motivazioni della “vacanzina”. Si è poi riservato uno spazio per la condivisione delle eventuali preoccupazioni e perplessità. Dopo il distacco dai genitori che, al contrario di quanto immaginato, non è stato un momento critico, si è tenuta l'attività dei tatuaggi finti. Questo è stato il primo momento di apertura e di relazione: alcuni sono riusciti ad esprimere le loro preferenze con difficoltà, altri (soprattutto i nuovi) non comunicavano nemmeno con il non verbale.

La cena è stata complessa, molti hanno difficoltà anche a mangiare in gruppo. Un paio ci sono riusciti solo quando sono stati messi da soli nella propria stanza o nel cortile. In alcuni si è notata molta selettività nel cibo, ad es. M. mangia esclusivamente prosciutto cotto e pasta in bianco.

Venerdì 14 luglio 23

Dopo la colazione si è svolto il risveglio muscolare: uniti per mano, raccolta di energia dal corpo, *mindfulness*. È stata un'occasione di apertura del corpo in cui si sono notati i primi movimenti da parte di quei ragazzi bloccati anche a livello fisico. Poi, si è passati all'attività di decorazione degli astucci. Alcuni ragazzi si sono rifiutati di stare dentro alla stanza con tutto il gruppo, quindi è stato creato un tavolo sul pianerottolo delle scale più distante e, in questo *setting* più “rilassato”, una ragazza è riuscita a sussurrare qualche parola per comunicare cosa voleva disegnare.

Dopo pranzo un gruppetto si è recato alla ricerca di un bar nel paese per bere il caffè: i ragazzi venivano spronati a chiedere informazioni agli abitanti e poi a ordinare il caffè in modo autonomo.

Al rientro, attraverso un oggetto portato da casa, ognuno si è presentato; il momento ha generato un'elevata tensione causata dal dover parlare davanti a tutto il gruppo. I ragazzi con un grado di compromissione lieve ci sono riusciti, sussurrando due parole, mentre altri si sono immobilizzati; è stato d'aiuto il fatto che, anche per chi non si è espresso, ci sono stati applausi e complimenti che hanno reso l'atmosfera più calorosa e ridotto i livelli di ansia. Successivamente, per alleggerire ulteriormente il momento intenso appena vissuto, il gruppo si è recato al lago per fare il bagno.

Alla sera si è giocato con racconti di storie insolite; si è respirato un clima di divertimento e spensieratezza in cui, anche chi all'inizio cercava di trattenere e nascondere il sorriso, durante questa serata si è lasciato andare.

Sabato 15 luglio 23

Alla mattina il risveglio muscolare si è svolto con movimenti del corpo uniti all'uso della voce, da toni bassi fino ad urlare. Successivamente si è realizzato un mandala umano: ogni corpo è stato disegnato sopra a dei teli bianchi e poi si sono colorate le intersezioni create dal sovrapporsi delle sagome con tempere diverse. Si è notata un'ulteriore apertura da parte dei ragazzi bloccati fisicamente che, inaspettatamente, si sono stesi a terra collaborando con i compagni.

Al pomeriggio si è tenuto il “momento di consapevolezza” in cui, chi se la sentiva, era libero di condividere le proprie emozioni rispetto all'esperienza che si stava vivendo. Dopo questo momento di difficoltà causato dal doversi esporre davanti al gruppo, si è svolta una seduta di musicoterapia articolata in tre fasi: nella prima parte ognuno si è presentato creando un ritmo con il corpo senza usare la voce, nella seconda si è ricercato nella natura e negli spazi all'interno della struttura, degli oggetti che potessero essere usati come strumenti (es, sassi, forchette, foglie, bicchieri), nella terza e ultima fase sono state create 4 orchestre; una persona al centro (che poi si cambiava) doveva usare la sua bacchetta per dirigere i gruppi. Questa attività ha dato la possibilità a chi è sempre silenzioso di fare il proprio rumore.

Nel tardo pomeriggio al lago ho notato che quanti la prima volta erano rimasti seduti a distanza, hanno messo i piedi in acqua e qualcuno ha fatto addirittura il bagno.

Alla sera si è organizzata una serata di gala in cui, vestiti in modo elegante, si è cenato all'aperto. Musica, balli sui tavoli, *starlight* e giochi hanno trasformato il clima da una situazione ansiogena ad una di spensieratezza e di divertimento. Più gli operatori si lanciavano nei balli e nei giochi, mostrandosi buffi e imperfetti, più i ragazzi si mettevano in gioco e più non trattenevano le risate.

Domenica 16 luglio 23

Alla mattina si è svolta la consegna dei diplomi. Il momento è stato intenso: l'equipe ha chiamato singolarmente ogni ragazzo per consegnare l'attestato e per dare un caloroso abbraccio di gruppo. Molti, inaspettatamente, si sono lasciati andare a lacrime di gioia.

In questi giorni si è potuto osservare che il fulcro dell'intervento terapeutico è stato quello di mostrarsi imperfetti; tutti sbagliano e per questo non bisogna avere paura. Se serve, qualche volta è bene forzare un po' la mano per spronare l'apertura di alcuni ragazzi che sono ad un passo dal riuscirci.

È fondamentale prestare attenzione al linguaggio non verbale, in particolare quando uno dei ragazzi parla o si concede una piccola apertura, occorre evitare complimenti o espressioni di stupore. Nelle attività l'occhio dell'operatore deve essere attento a coinvolgere tutti, e a non lasciare mai nessuno al di fuori del cerchio. Per quanto riguarda la relazione con i ragazzi, non c'è bisogno di pretendere la parola, ma l'importante è scoprire le peculiarità di ognuno per utilizzarle come approccio e aggancio. La regola della "vacanzina" è: al termine della giornata bisogna dire almeno una parola, abbracciare qualcuno o quantomeno interagire con tutti i ragazzi almeno una volta. Questo perché la giusta attenzione va data ad ogni singolo, senza focalizzarsi solamente su un ragazzo/a del gruppo.

2.3 Procedura

La partecipazione alla ricerca è stata su base totalmente volontaria; i genitori, nel caso di minori, e le/i ragazze/i maggiorenni hanno firmato un consenso informato prima della partecipazione alla ricerca.

Per condurre gli studi trasversale e longitudinale del presente lavoro di tesi, si sono utilizzati dei questionari esistenti in letteratura e delle domande costruite *ad hoc* che sono stati somministrati a T₀ nel luglio 2022 e a T₁ nel luglio 2023 attraverso la piattaforma online "Google Moduli". Per indagare le caratteristiche cliniche, le credenze e le strategie di coping, il questionario/i questionari T₀, autosomministrato/i a luglio 2022 e 2023, sono stati così divisi:

- Sez. 1: dati anagrafici generali
- Sez. 2: paure e gestione delle emozioni, utilizzando i questionari YAM-5 e DERS 20
- Sez. 3: carattere e atteggiamenti, avvalendosi dei questionari AQ-10 e SIQ-15
- Sez. 4: valutazione di tipo qualitativo con lo strumento del termometro delle emozioni per misurare l'intensità di una serie di stati emotivi

- Sez. 5: valutazioni soggettive rispetto a come si sono comportati e cosa hanno provato in determinate situazioni, somatizzazione dei sintomi e rapporto con gli altri.

Per rilevare gli eventuali cambiamenti avvenuti a distanza di un anno, il questionario/i questionari al T₁ sono stati somministrati a luglio 2023 con la stessa suddivisione in sezioni del questionario T₀; l'unica variazione riguarda la sezione 3 nella quale, gli item rispettivi all' AQ-10, sono stati rimossi, in quanto i tratti autistici già indagati a T₀ non dovrebbero subire variazioni nel tempo, trattandosi di aspetti ritenuti stabili.

Per la somministrazione di entrambi i questionari è stato generato un *link online* successivamente inviato ad ognuno dei partecipanti allo studio, in modo da poterlo rendere facilmente fruibile anche dal cellulare.

È importante sottolineare che, nonostante i questionari siano stati autosomministrati, si è reso necessario il supporto e l'affiancamento degli operatori. Il MS, infatti, non solo di fatto lascia i ragazzi nel silenzio, ma si attiva un circuito di blocco emozionale (*freezing*) in cui, a partire da un accrescimento dell'ansia, si ricade nell'evitamento delle situazioni passibili di generare panico⁴⁸. In questo caso, anche la semplice compilazione del questionario, percepito come fonte di pressione, ne fa parte.

2.4 Risultati

In tabella II sono riassunte le caratteristiche generali del campione indagato.

Partecipanti N.17		
	Media ± ds	Range
Età	16,7 ± 3,2	11,9-26,2
Scolarità	10,0 ± 1,6	7-13

Tabella II: Caratteristiche generali del campione indagato

⁴⁸(Iacchia, Ancarani, 2018)

Dall'analisi dei dati, emerge che il 76,5% del campione attualmente studia, mentre il 23,5% ha interrotto il percorso scolastico. Dei 17 partecipanti, solo 5 (29,4%) assumono una terapia farmacologica (soprattutto SSRI e antipsicotici) (grafico 2).

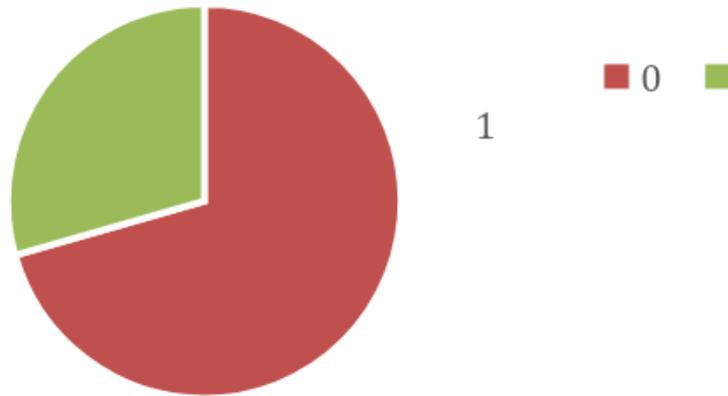


Grafico 2: Terapia farmacologica nell'intero campione

Rispetto all'indagine sulle caratteristiche sociali, il gruppo si caratterizza per la prevalenza di persone senza nessuna amicizia (il 71%). Nel grafico 3 sono rappresentati i tipi di relazioni interpersonali indicati da coloro i quali hanno riferito di avere degli amici (29%). Nessuno dei 17 partecipanti riporta una relazione intima (partner).

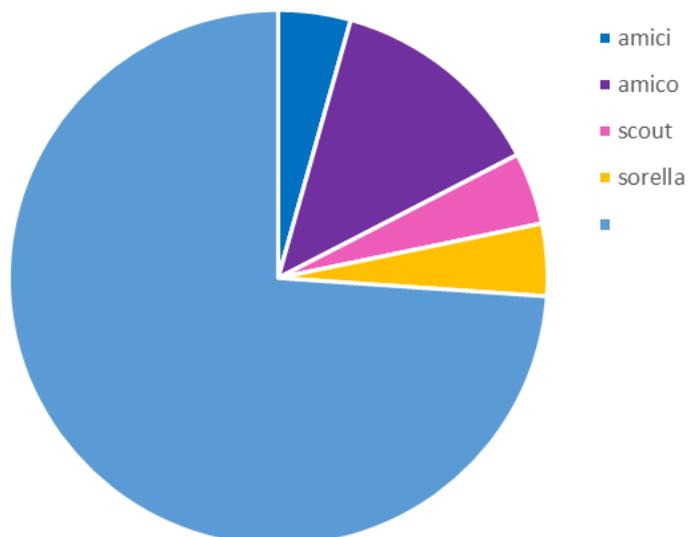


Grafico 3: Tipi di amici

La seconda sezione del questionario autosomministrato ha permesso di raccogliere i dati rispetto alle paure e alla gestione delle emozioni. In particolare, nella tabella III, si riportano i risultati dello YAM-5 e della DERS 20. La media dello YAM-5 è data dalla somma dei dati raccolti sulle fobie specifiche ($6,41 \pm 3,3$) e sui disturbi d'ansia maggiori, con una media di $27,82 \pm 6,5$ e con una prevalenza di disturbo d'ansia sociale rispetto a mutismo selettivo e disturbo d'ansia generalizzata. Invece, la media della DERS 20 è data dalla somma di cinque sottoscale, tra cui prevale la mancanza di accettazione ($18,41 \pm 3,3$) rispetto alla difficoltà nella distrazione ($15,24 \pm 3$), alla mancanza di controllo ($12,35 \pm 3,7$), alla difficoltà nel riconoscimento ($10,12 \pm 2,7$) e alla ridotta autoconsapevolezza ($10,47 \pm 2,3$).

Partecipanti N. 17		
	Media \pm ds	Range
Tot. YAM-5	$34,2 \pm 9,3$	17-47
Fobie specifiche	$1,9 \pm 1,1$	0-3
Fobie situazionali	$3,1 \pm 1,7$	0-6
Tot. DERS 20	$66,6 \pm 9,5$	47-83

Tabella III: Statistiche descrittive YAM-5 e DERS 20

Nel grafico 4 sono riassunti i punteggi compositi alla scala YAM-5

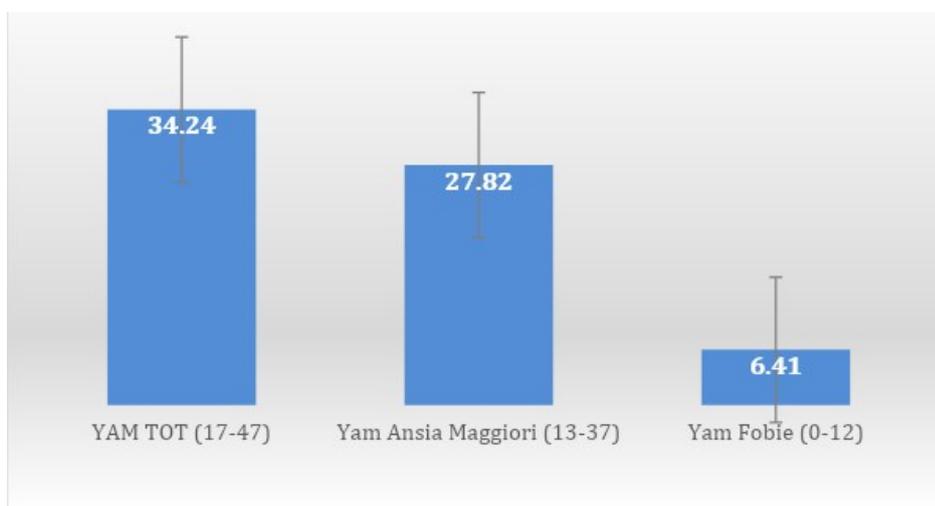


Grafico 4: YAM-5 punteggi compositi

Nel grafico 5 sono rappresentati i punteggi delle specifiche sottoscale che compongono lo YAM-5.

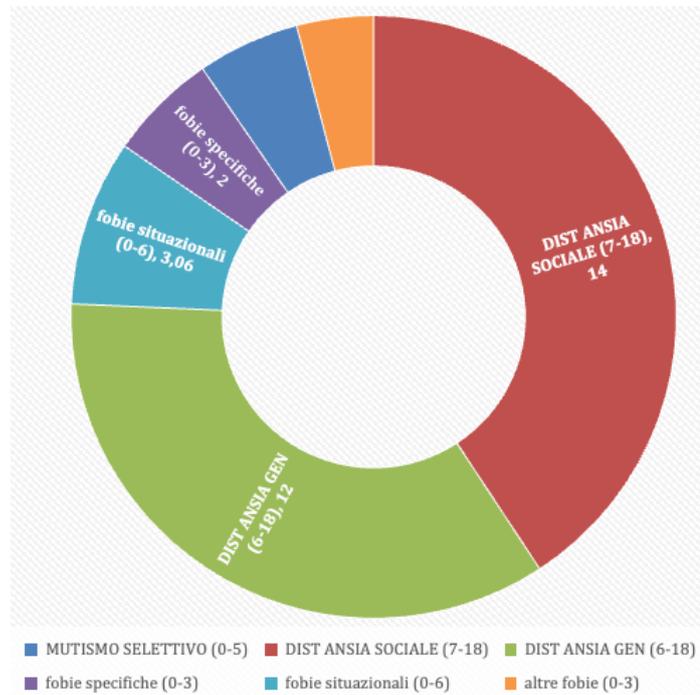


Grafico 5: YAM-5 sottoscale

Nel grafico 6 sono rappresentati i punteggi della DERS 20, sia alla scala totale, che alle singole sottoscale.



Grafico 6: Punteggi DERS 20 e sottoscale

La terza sezione ha permesso di raccogliere i dati (tabella IV) rispetto al carattere e agli atteggiamenti attraverso l'utilizzo del SIQ-15. Il valore totale del SIQ-15 è dato dalla somma di tre sottoscale in cui prevale quella della sensibilità interpersonale ($12,94 \pm 2,2$) rispetto a quella di inibizione comportamentale ($9,29 \pm 2,0$) e di evitamento sociale ($11,06 \pm 2,5$).

Partecipanti N. 17		
	Media \pm ds	Range
Tot. AQ-10	$4,4 \pm 2,7$	0-10
Tot. SIQ-15	$36,1 \pm 4,9$	26-42

Tabella IV: Statistiche descrittive AQ-10 e SIQ-15

Nella quarta sezione si sono utilizzati cinque termometri (imbarazzo, vergogna, diffidenza, impotenza e bisogno di aiuto) di cui si riportano (grafico 7) l'intensità di questi stati emotivi in una scala da 1=niente a 10=estremo, espressa dal campione d'indagine.

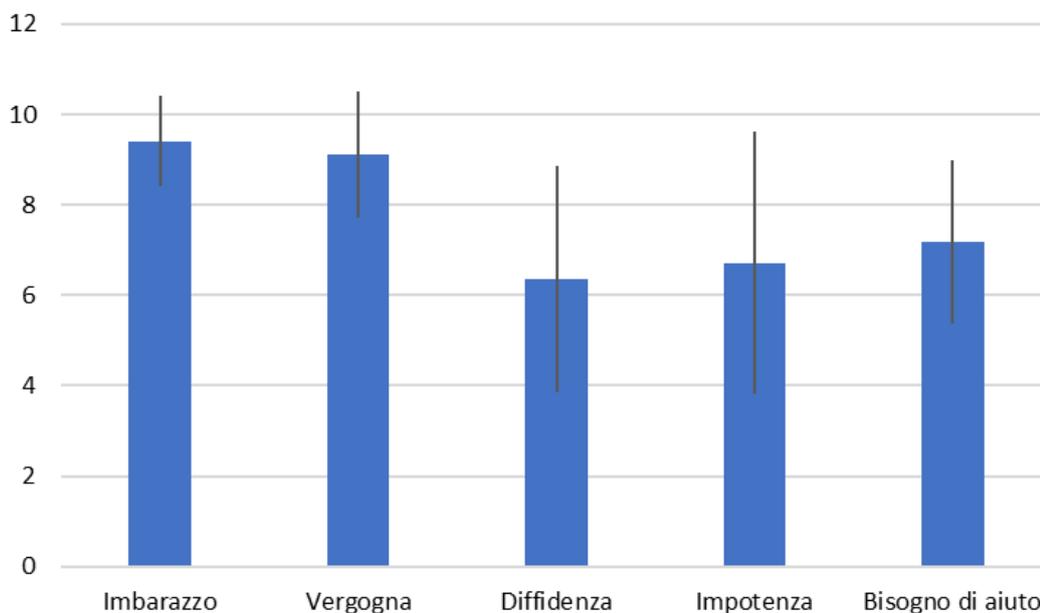


Grafico 7: Termometro delle emozioni

Nella quinta e ultima sezione è stato possibile raccogliere i dati rispetto alle esperienze soggettive di come i partecipanti si sono comportati e cosa hanno provato in determinate situazioni, la somatizzazione dei sintomi e il rapporto con gli altri. Al gruppo di partecipanti si è infine chiesta un'autovalutazione e un'eterovalutazione rispetto ad una serie di variabili, su una scala da 1 a 6 (grafico 8 e 9).

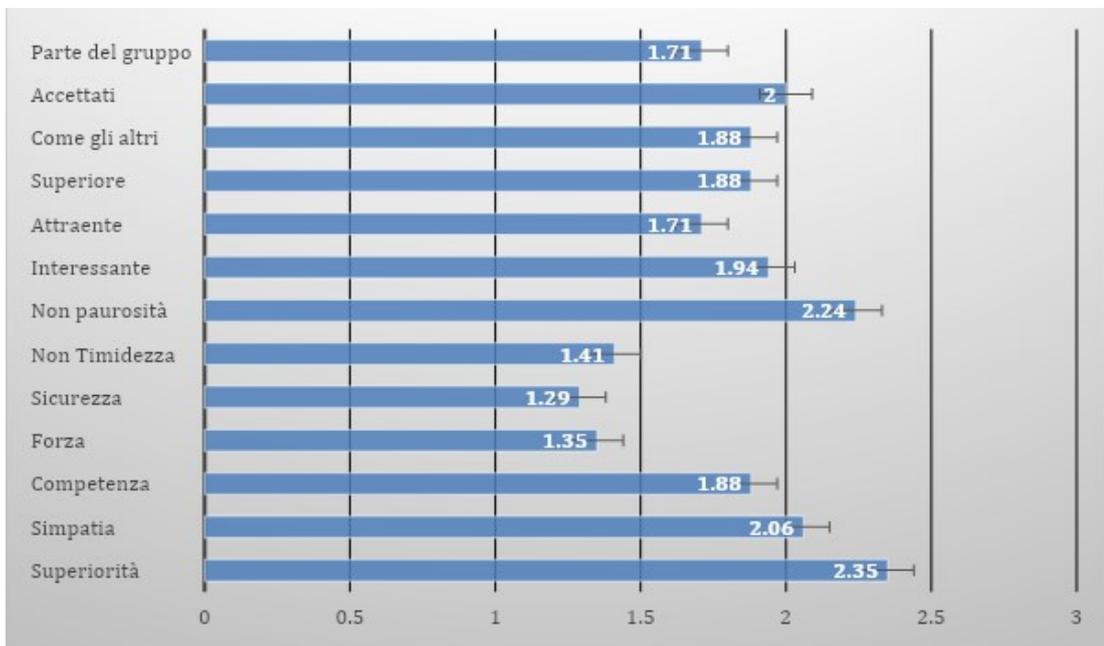


Grafico 8: Eteropercezione

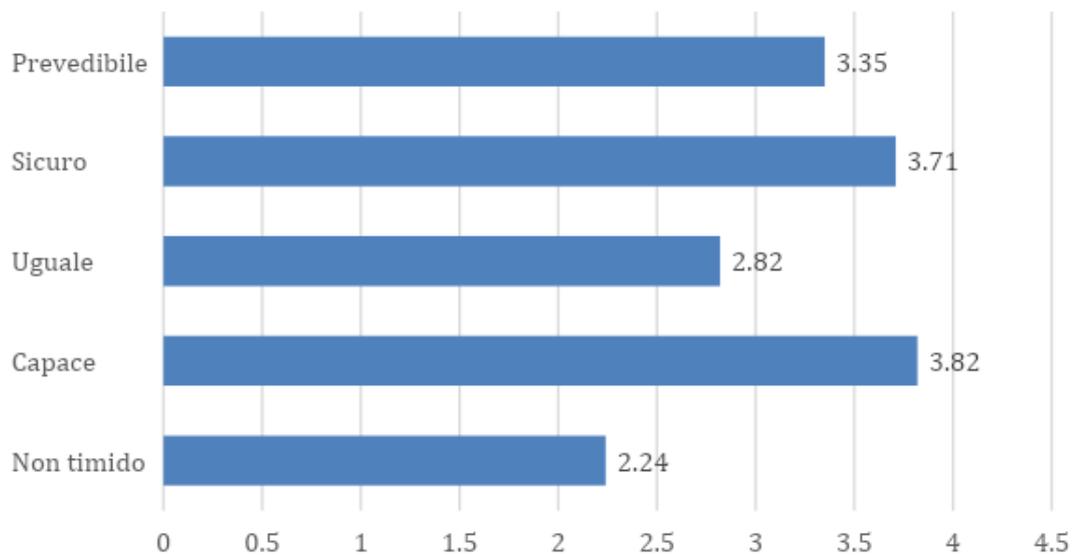


Grafico 9: Auto-percezione

In seguito, è stato chiesto ai partecipanti di indicare tre luoghi maggiormente temuti (grafico 10) e per ognuno di valutare da 1=gestito a 6=evitato come hanno agito in quella situazione. I risultati evidenziano che il primo luogo è quello ritenuto più preoccupante con una media di 6,44; decresce poi per gli altri due rispettivamente con 5,29 e 5,00.

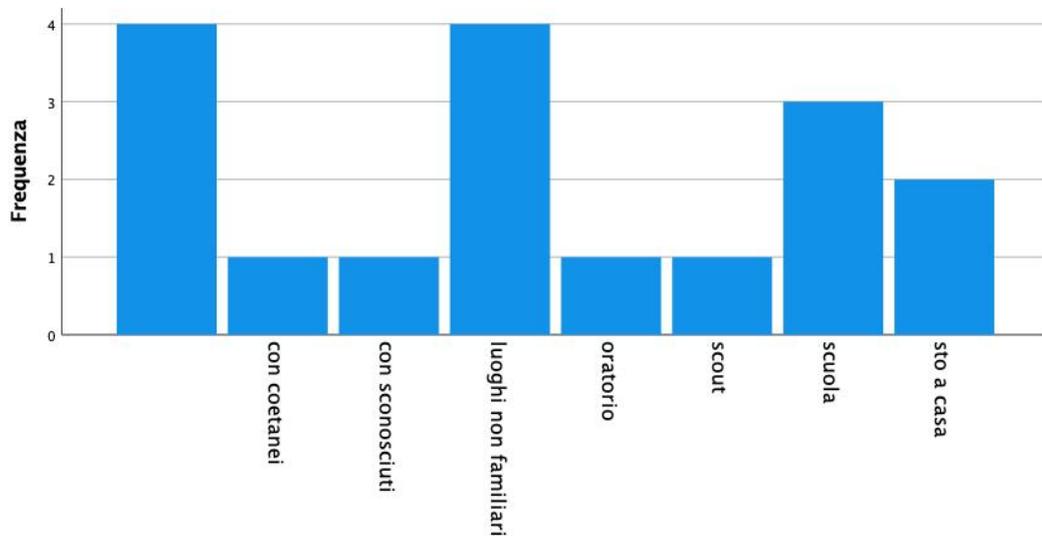


Grafico 10: Luoghi temuti posizionati al primo posto

Infine, con gli ultimi dati raccolti per lo studio trasversale, si osservano dei valori che, seppur lievi, indicano la presenza di una somatizzazione delle emozioni. I partecipanti hanno espresso su una scala da 0=mai a 4=moltissimo, la presenza dei seguenti sintomi (grafico 11):

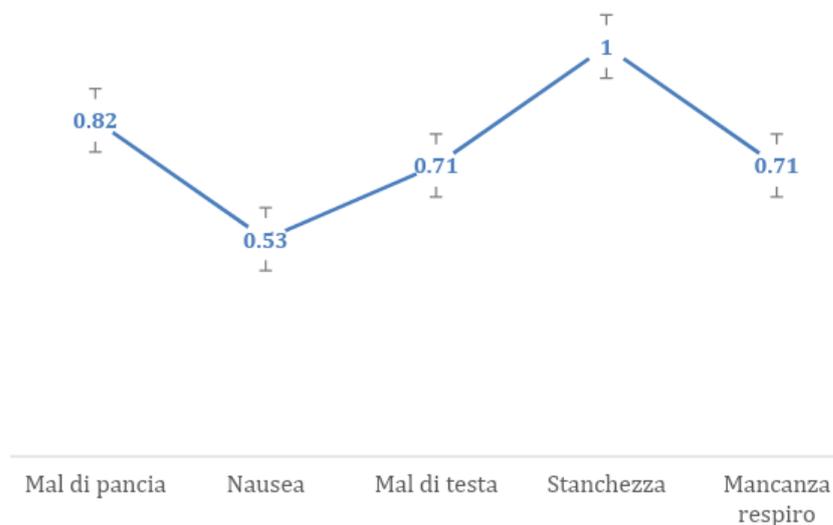


Grafico 11: Somatizzazione delle emozioni

Dei 12 adolescenti che hanno partecipato allo studio al T₀ (luglio 2022), 5 ad un anno di distanza, hanno accettato di sottoporsi ad una rivalutazione (studio longitudinale), di cui 2 femmine e 3 maschi.

Per l'analisi dei dati si è utilizzata la statistica del t-Student per campioni appaiati e si è accettata una soglia di significatività inferiore a $p < 0,05$.

Nel confronto tra l'utilizzo dei farmaci e il numero di amici dichiarati a T₀ e T₁, non vi è una differenza significativa.

Per quanto riguarda i punteggi dello YAM-5, è possibile affermare che questo, valutato nei due tempi, cambia in tutti i suoi parametri ad eccezione dei valori delle fobie specifiche (tabella V).

Scale	Partecipanti N.5 media±ds		t	p
	T ₀	T ₁		
Mutismo selettivo	2,6 ± 1,5	6,4 ± 3,5	-3,92	0,02
Ansia sociale	11,6 ± 3,5	5,8 ± 4	4,83	0,01
Ansia generalizzata	11 ± 2,9	7 ± 3,7	3,51	0,02
Tot. YAM-5	30,4 ± 6,2	21,4 ± 6,7	4,56	0,01
Fobie specifiche	1,2 ± 0,8	0,4 ± 0,5	1,63	ns
Fobie situazionali	2,8 ± 1,6	1,2 ± 0,8	3,14	0,03

Tabella V: Punteggi medi YAM-5 nei due tempi

Nel grafico 12 è rappresentato il confronto tra T₀ e T₁ dei risultati medi dello YAM-5 totale, dato dalla somma dei risultati medi dei disturbi d'ansia maggiori e delle fobie.

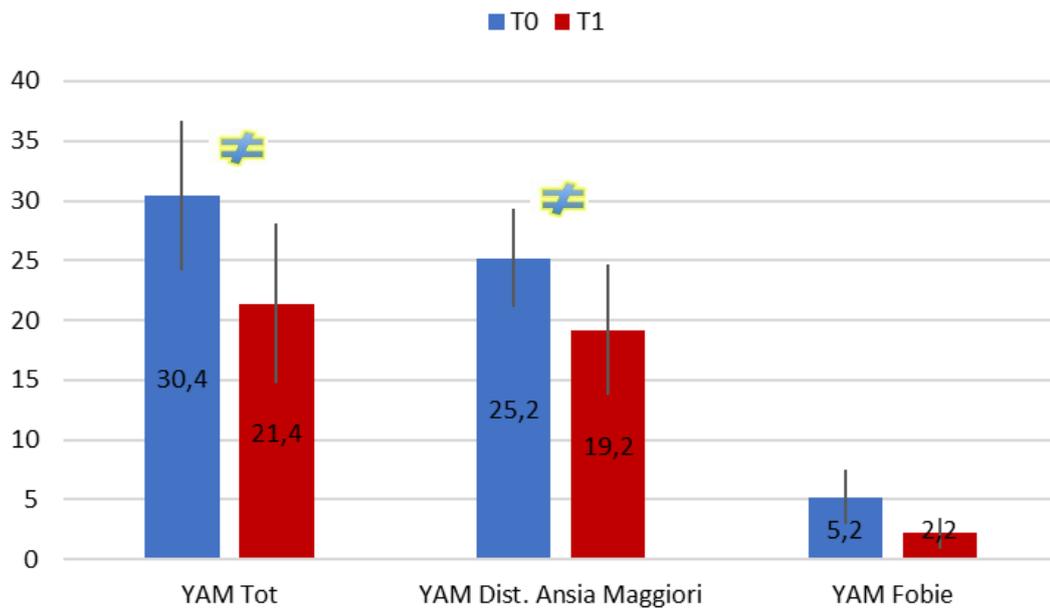


Grafico 12: YAM-5 nei due tempi

Nel grafico 13 sono evidenziate le differenze emerse dal confronto nei due tempi delle specifiche sottoscale dello YAM-5.

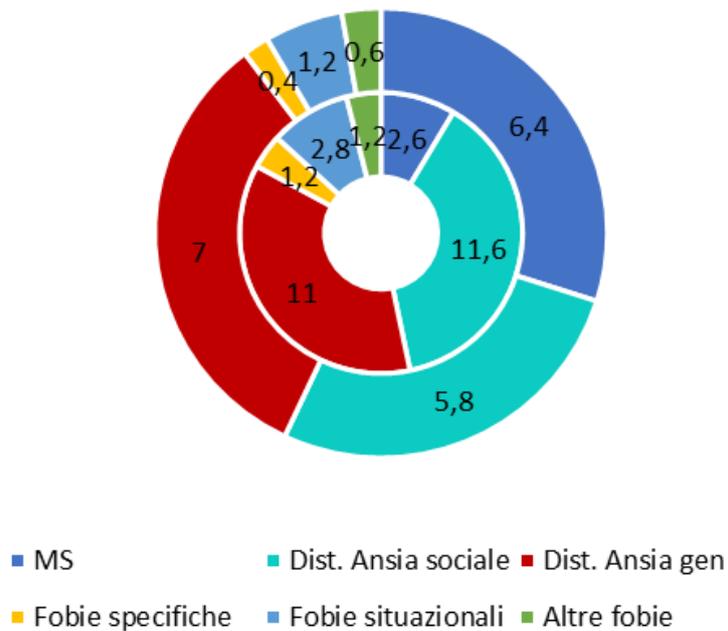


Grafico 13: Punteggi sottoscale YAM-5 nei due tempi

Nel confronto dei risultati a T₀ e T₁ (tabella VI) degli strumenti della DERS 20 e del SIQ-15, si nota che nel punteggio totale di entrambi vi è una differenza significativa, a eccezione di alcune singole sottoscale in cui non si è registrato alcun cambiamento. Nello specifico per la DERS 20 la mancanza di accettazione, la mancanza di controllo e la ridotta autoconsapevolezza, per il SIQ-15 l'inibizione comportamentale.

Scale	Partecipanti N.5 media±ds		t	p
	T ₀	T ₁		
Tot. DERS	68,4 ± 14,1	46,2 ± 8,4	4,52	0,01
Non accettazione	17,4 ± 4,4	12,2 ± 2,6	2,47	ns
Obiettivi	16,2 ± 4,1	9,8 ± 3,3	4,69	0,01
Controllo impulsi	11,6 ± 5,1	6,8 ± 3,3	2,23	ns
Consapevolezza	12 ± 0,7	10,2 ± 1,6	1,96	ns
Chiarezza	11,2 ± 1,9	7,2 ± 2,5	3,38	0,03
Tot. SIQ	34,6 ± 5,7	15,6 ± 10,7	4,99	0,01
Inib.comp	9,6 ± 1,1	6,8 ± 3,7	2,12	ns
Sens.interp	11,4 ± 2,6	4,6 ± 4,3	3,52	0,02
Evitam.soc	11 ± 1,9	4,2 ± 4,1	5,48	0,01

Tabella VI: Punteggi medi DERS 20 e SIQ-15 nei due tempi

Nel grafico 14 si riporta il confronto nei due tempi dei valori medi della DERS 20 e delle sue sottoscale.

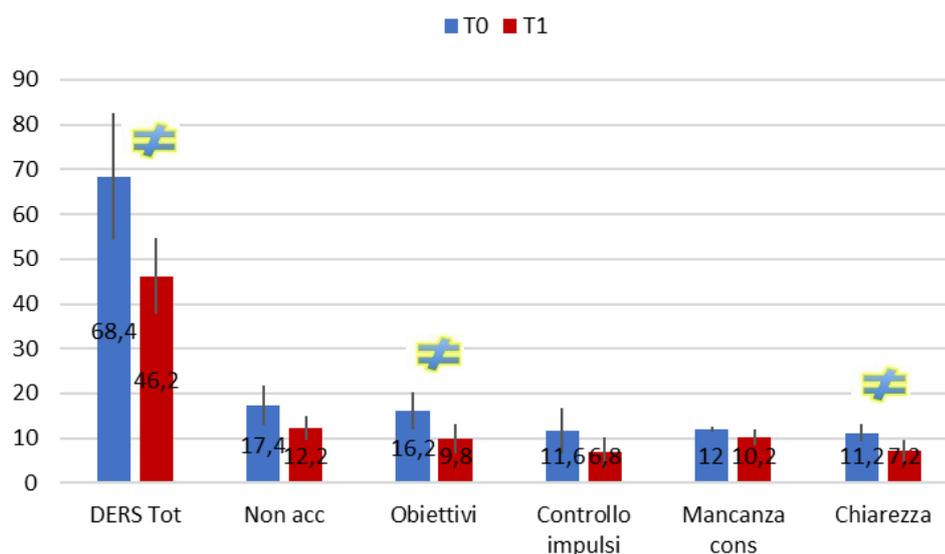


Grafico 14: Punteggi medi delle sottoscale della DERS 20 nei due tempi

Nel grafico 15 è evidenziato il confronto nei due tempi del SIQ-15 totale e le sue tre sottoscale.

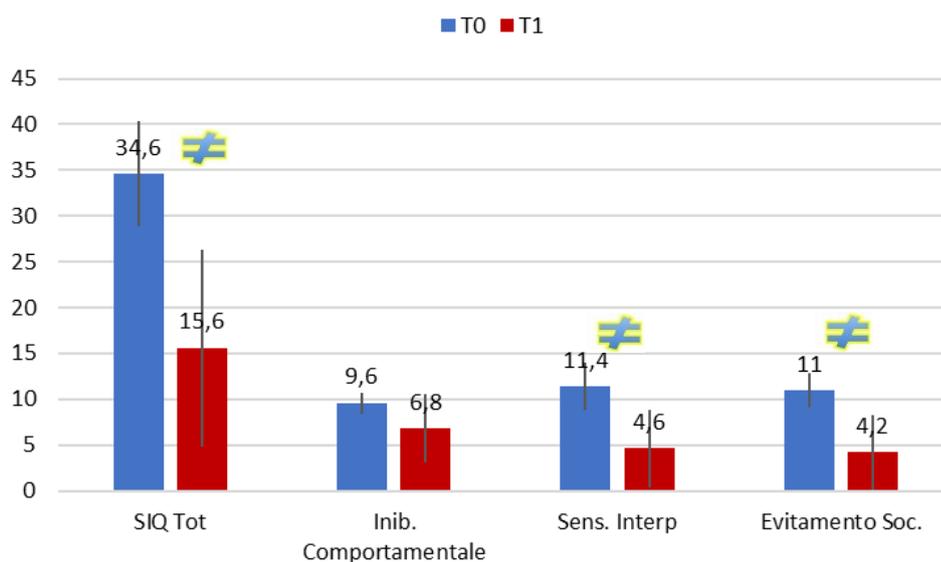


Grafico 15: Punteggi medi SIQ-15 e sottoscale nei due tempi

Nell'analisi dei dati (tabella VII) raccolti con la valutazione dell'intensità di alcuni stati emotivi attraverso lo strumento del termometro delle emozioni, si segnala che il

valore rispetto alla diffidenza non è significativo; mentre imbarazzo, vergogna, impotenza e bisogno di aiuto decrescono nel confronto con T₀.

Stati emotivi	Partecipanti N.5 media±ds		t	p
	T ₀	T ₁		
Imbarazzo	9 ± 1,4	5,6 ± 1,7	8,5	0,001
Vergogna	8,2 ± 2,2	5 ± 2,4	4,35	0,01
Diffidenza	6,4 ± 2,5	4,8 ± 2,3	1,42	ns
Impotenza	7 ± 2,9	4,4 ± 2,9	6,5	0,003
Bisogno di aiuto	7,8 ± 1,9	5,2 ± 2,2	10,61	<,001

Tabella VII: Punteggi medi termometro delle emozioni nei due tempi

Nel Grafico 15 16 sono riassunti i vissuti Pre e Post trattamento, in cui * contrassegna i cambiamenti significativi.

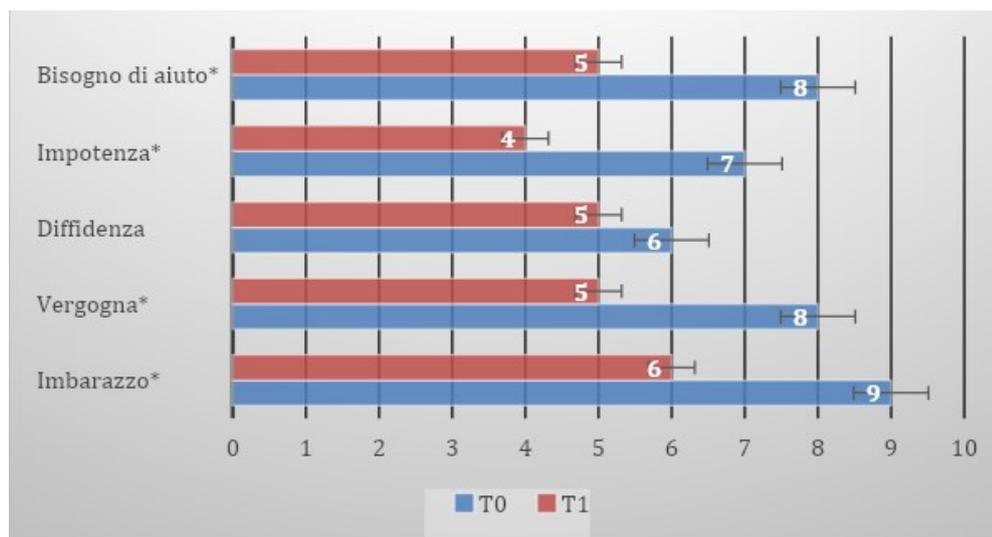


Grafico 16: Vissuti Pre e Post trattamento

I dati analizzati rispetto alle risposte sull'autovalutazione, hanno permesso di osservare che non vi è stato alcun cambiamento tra T₀ e T₁ dei parametri: superiorità, competenza, sicurezza, essere interessanti e sentirsi parte del gruppo (grafico 17). Si è

riscontrato un cambiamento significativo, invece, nel sentirsi simpatici, forti, non timidi, non paurosi, attraenti, uguali agli altri e accettati.

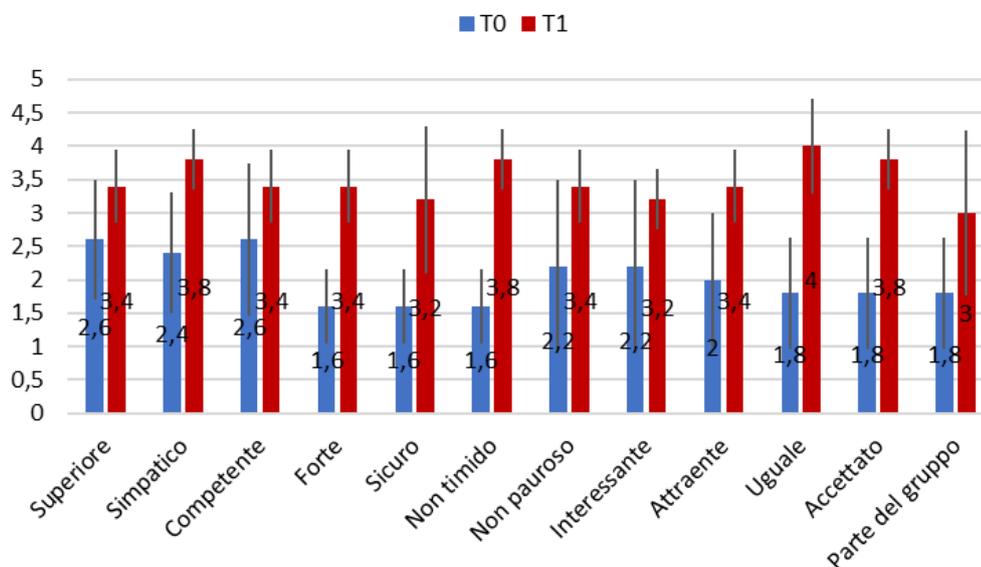


Grafico 17: Punteggi medi di autovalutazione nei due tempi

L'analisi della valutazione di come il gruppo di indagine si sente considerato, non riporta nessun cambiamento significativo nei parametri di "non timido" e "capace"; ad eccezione di "uguale agli altri" che a confronto nei due tempi aumenta (tabella VIII).

Considerazione	Partecipanti N.5 media±ds		t	p
	T ₀	T ₁		
Non timido	2,4 ± 1,7	3,6 ± 0,5	-2,06	ns
Capace	4,2 ± 1,6	3 ± 1,4	2,06	ns
Uguale*	2,4 ± 1,1	3,8 ± 0,4	-3,5	0,02

Tabella VIII: Punteggio medio di eteropercezione nei due tempi

Per valutare i luoghi temuti a T₀ e T₁ (grafico 18) dal gruppo di indagine, si sono unite le tre situazioni indicate nei due tempi e si è fatta la media espressa con un valore da 1 a 10 per ogni individuo. Con la statistica t-Student per campioni appaiati, è possibile

osservare una differenza significativa nella paura dei luoghi temuti a prescindere da quali essi siano (tabella XI).

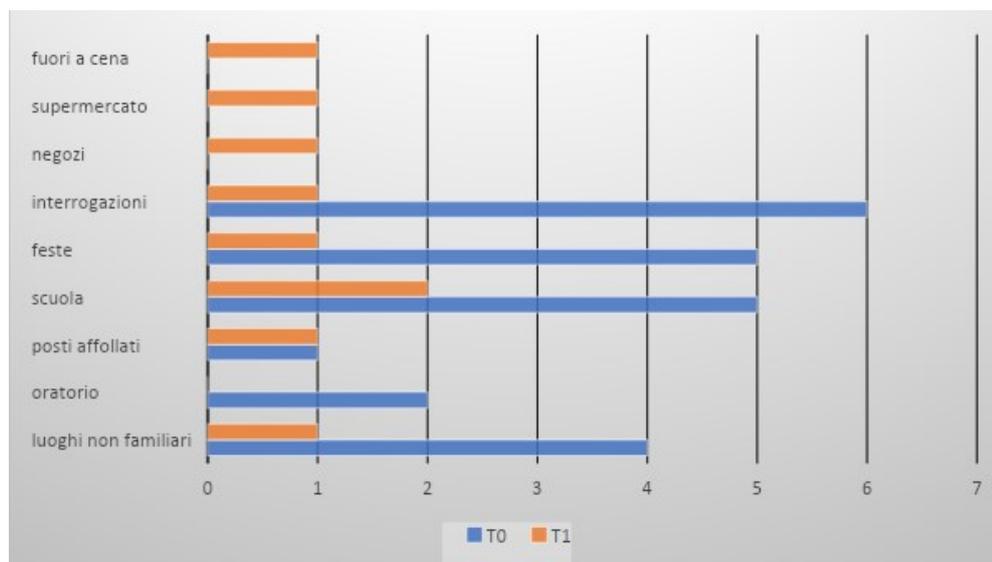


Grafico 18: Tipologia di luoghi temuti T₀ vs T₁

	Partecipanti N.5 media±ds		t	p
	T ₀	T ₁		
Luoghi temuti	9,33 ± 0,6	2,77 ± 0,7	15,15	0,004

Tabella IX: Punteggi medi luoghi temuti nei due tempi

I dati rispetto alla somatizzazione delle emozioni dimostrano che, sempre facendo riferimento alla soglia di significatività inferiore a $p < 0,05$, mal di pancia, mal di testa, nausea, mancanza di respiro e stanchezza restano invariati nel confronto tra T₀ e T₁.

Infine, dai risultati della divisione del campione in base alla presenza di tratti autistici emerge che 6 su 17 (35%) dei partecipanti rientra sopra il *cut-off* ($AQ-10 \geq 6$).

Nel confronto dello YAM-5 tra i 6 soggetti con tratti autistici e gli 11 senza, non si rileva nessuna differenza significativa.

Il grafico 19 indica che nella DERS-20 gli unici due parametri a riportare un cambiamento significativo sono i parametri di DERS Totale e di *goals subscale*.

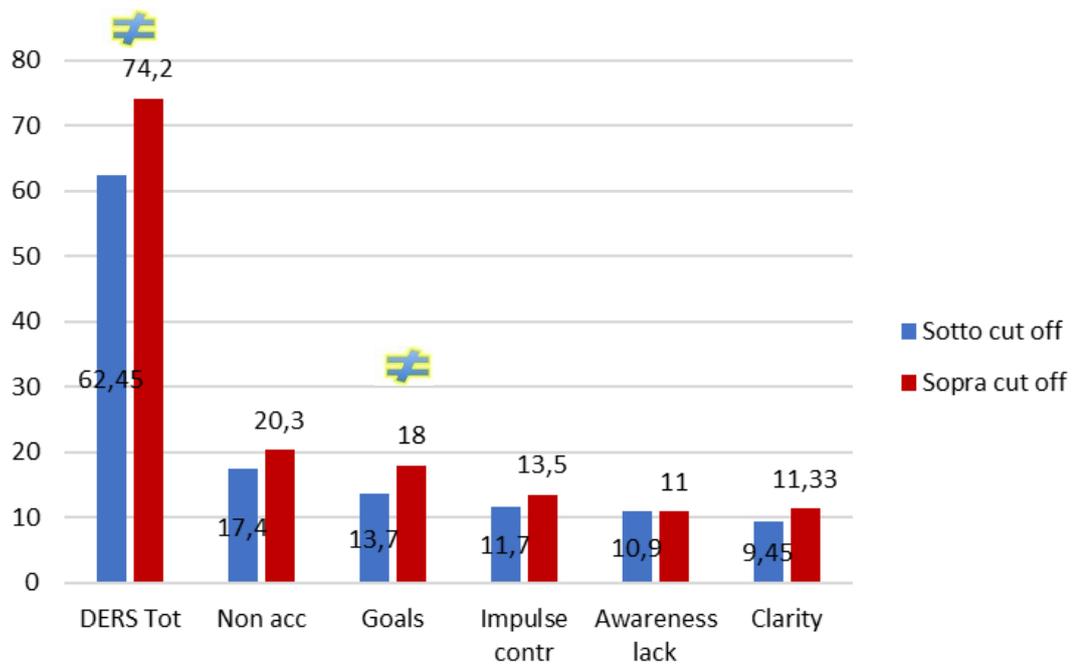


Grafico 19: DERS-20 sotto cut-off VS sopra cut-off

Nel grafico 20 sono riassunti i punteggi del SIQ-15 in cui si osserva un cambiamento significativo nei parametri di SIQ Tot e di inibizione comportamentale.

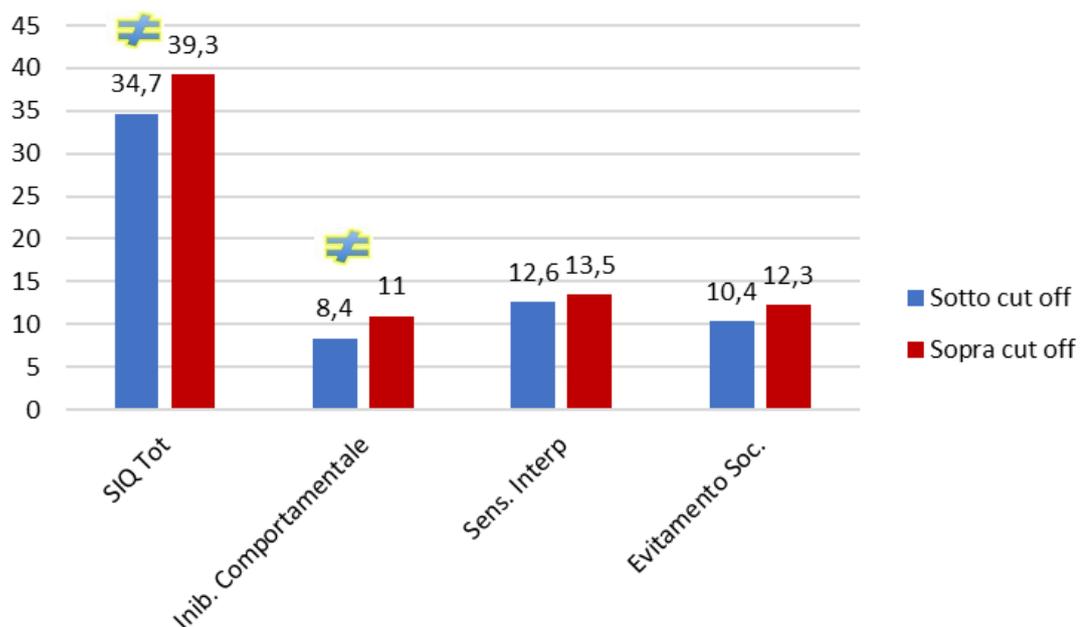


Grafico 20: SIQ-15 sotto cut-off VS sopra cut-off

Nel grafico 21 si riportano i valori del termometro delle emozioni in cui si nota una differenza significativa nei parametri di diffidenza e impotenza.

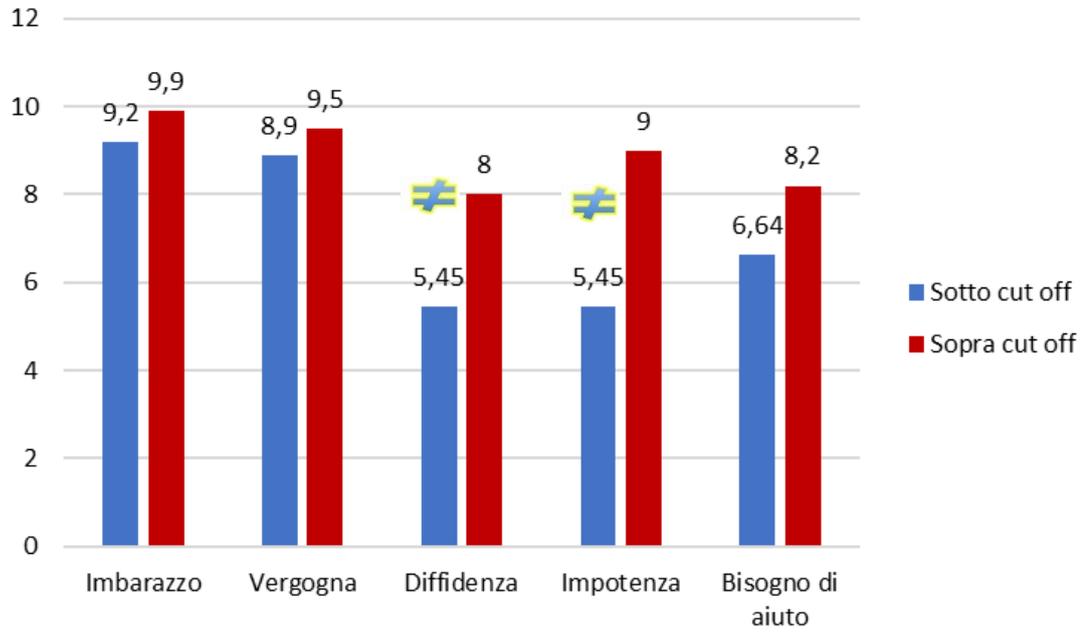


Grafico 21: Termometro emozioni sotto cut-off VS sopra cut-off

Capitolo 3

Considerazioni conclusive

3.1 Discussione

Il presente studio ha esaminato le caratteristiche cliniche e psicologiche di un gruppo di adolescenti con diagnosi di MS.

Il campione risulta giovane e composto prevalentemente da femmine. La maggioranza afferma di continuare gli studi, mentre il 23,5% che ha abbandonato il percorso scolastico potrebbe essere indice di una maggiore gravità del disturbo.

In pochi (29,4%) hanno indicato di assumere una terapia farmacologica. Questo dato rafforza l'ipotesi di alcune evidenze scientifiche che sconsigliano la somministrazione di farmaci a bambini e adolescenti preferendo altre tipologie di interventi.

Dall'analisi delle caratteristiche sociali emerge che il 71% non ha amici, mentre tra coloro che afferma di averne, questi sono scout o familiari. Di conseguenza, si ipotizza che il gruppo indagato sia molto isolato e senza possibilità di rapportarsi con persone che non siano parte del proprio nucleo familiare (Bianchi, 2020).

Da quanto rilevato dallo YAM-5, in accordo con una consistente parte della letteratura, tra cui (Capozzi, 2017) e (Muris & Ollendick T., 2021), emerge come il campione sia caratterizzato da elevati aspetti di ansia sociale. Appaiono invece meno rappresentate le paure fobiche (Muris, Mannens, Peters, & Meesters, 2017). Tuttavia, rispetto alle fobie specifiche, quelle situazionali sono indubbiamente le condizioni che presentano una media più elevata.

L'AQ-10 ha evidenziato che nel gruppo non sono stati rilevati tratti autistici, dal momento che la media totale risultante dal questionario è di 4,41 e quindi minore del *cut-off* 6. Tuttavia, 6 su 17 rientrano sopra il *cut-off* confermando le frequenti evidenze che si registrano in letteratura (Muris & Ollendick T., 2021).

Nel confronto dell'AQ-10, emerge che probabilmente chi possiede elevati tratti autistici, potrebbe presentare delle difficoltà di gestione emotiva e di inibizione sociale maggiori, seppur non vi sia un particolare impatto sull'ansia. Infatti, non si osservano significativi cambiamenti allo YAM-5, a differenza della DERS-20 in cui emerge che

un elevato grado di autismo coincide con una maggiore difficoltà nella regolazione delle emozioni (in particolare nella DERS Tot e nella *goals subscale*). Inoltre, anche il SIQ-15 e il termometro delle emozioni hanno evidenziato la presenza di una differenza significativa nell'inibizione comportamentale, nella diffidenza (sotto *cut-off* media 5,4 e sopra *cut-off* media 8) e nell'impotenza (5,45 sotto *cut-off* e 9 sopra *cut-off*).

Gli stati emotivi maggiormente presenti nel campione sono l'imbarazzo e la vergogna. Invece, nel termometro che misura l'autopercezione della richiesta d'aiuto, circa 7 su 10 ne riconoscono il bisogno. La non totalità apre una riflessione su quanto questi si sentano effettivamente aiutabili: il dato indica che probabilmente una parte di loro crede che la remissione del disturbo sia pressoché impossibile, oppure che ormai il silenzio è un'abitudine o, ancora, che si autovaluti capace di cavarsela da solo.

A rafforzare quest'ultima ipotesi, vi sono i dati raccolti sulla valutazione di sé. I valori più alti coincidono con la credenza di sentirsi superiori, simpatici, non paurosi e parte del gruppo. A primo impatto questi dati stonano completamente con le caratteristiche tipiche del MS, poiché questo comporta vissuti di inferiorità, debolezza, esclusione. Invece, con una lettura più critica, si può ipotizzare che la consapevolezza rispetto al disturbo sia molto bassa e che in alcuni casi essi potrebbero presentare una sovrastima delle loro abilità, con il rischio poi, che questa possa trasformarsi in una sottostima di fronte alle difficoltà, concorrendo alla risposta di blocco emotivo (*freezing*) e peggiorando le abilità di *coping*. Un suggerimento terapeutico potrebbe essere quello di far sì che i pazienti diventino più consapevoli e realistici rispetto alle loro difficoltà e risorse, così da non trovarsi impreparati di fronte agli ostacoli.

I luoghi maggiormente temuti sono quelli non familiari e la scuola, il 12% invece afferma di non uscire e di stare direttamente a casa (comportamento di evitamento). Questa percentuale indica molto probabilmente che, l'ansia e la paura provate, comportano una risposta comportamentale talmente inibitoria da rafforzare la chiusura e l'evitamento di qualsiasi situazione esterna sociale.

Il campione non è caratterizzato da eccessive somatizzazioni come dimostrato dai dati analizzati. Tuttavia, è importante osservare che, seppure i valori siano bassi, mal di pancia e stanchezza sono i vissuti più presenti.

Dallo studio longitudinale emerge che la “vacanzina” ha determinato dei cambiamenti significativi nel gruppo indagato.

Lo YAM-5 valutato pre e post terapia residenziale, cambia in tutti i suoi parametri ad eccezione di una piccola percentuale di fobie specifiche. Il dato più inaspettato è quello che riguarda i valori del MS; l'unico parametro in cui si registra un peggioramento da 2,6 a 6,4 di media. La riflessione che ne deriva è che, probabilmente, la “vacanzina” potrebbe aver aumentato la consapevolezza sul proprio disturbo. Mentre in precedenza i ragazzi si erano autovalutati come superiori, non paurosi e accettati, con l'esperienza residenziale potrebbero aver realizzato che effettivamente non sono così aperti e inseriti nel gruppo.

I valori della DERS 20 e del SIQ-15 decrescono determinando un miglioramento dovuto proprio al fatto che la “vacanzina” si concentra particolarmente sullo sviluppo delle aree afferenti alla regolazione delle emozioni e all'inibizione sociale indagate dai due questionari.

Il confronto dei termometri delle emozioni evidenzia che imbarazzo e vergogna decrescono notevolmente; si ipotizza che l'esperienza residenziale permette ai ragazzi di realizzare che esistono tanti altri giovani che vivono le loro stesse difficoltà, emozioni, paure e convinzioni causate dal MS. Il dato più allarmante, invece, riguarda la decrescita dell'autopercezione del bisogno di aiuto. Il post “vacanzina” dovrebbe essere il momento in cui ai ragazzi, che hanno maturato una maggiore consapevolezza, aumenta la voglia e la necessità di avvalersi degli aiuti professionali disponibili. I dati effettivamente sono contraddittori, motivo per cui potrebbero determinare la causa di ricaduta e di allungamento del percorso di recupero dal disturbo.

Altri cambiamenti riconducibili agli effetti positivi della “vacanzina”, riguardano i miglioramenti sul sentirsi meno timidi e paurosi, più attraenti, uguali e accettati. La terapia, infatti, si concentra proprio sul valorizzare il concetto di imperfezione libera dal giudizio e sull'esaltare le peculiarità e le unicità di ciascuno.

Altra differenza significativa si è registrata con i valori sui luoghi temuti che decrescono notevolmente. La terapia residenziale potrebbe essere stata una palestra di prova per i ragazzi che sono stati quasi “costretti” a mettersi in gioco sperimentando la socialità. La paura decresce in concomitanza con l'aumento della consapevolezza

che quest'ultima, insieme all'ansia, sono affrontabili e gestibili non solo nella teoria ma anche nella pratica.

3.2 Ruolo dell'Educatore Professionale

Vista la complessità di questo disturbo, l'Educatore Professionale (EP) potrebbe essere una valida risorsa che collabora in sinergia con un'equipe multidisciplinare specializzata nel trattamento del MS. La presenza di una figura così versatile sarebbe fondamentale per colmare quello spazio che spesso si viene a creare tra il terapeuta (psichiatra, psicoterapeuta, medico), la famiglia e il paziente. Questo perché, nella maggior parte dei casi, le sedute riabilitative e di intervento psicologico avvengono all'interno di ambulatori, uffici o studi privati; chi soffre di MS, però, ha anche il bisogno di sperimentare la socialità, la comunicazione e l'autonomia in contesti che possano offrire questo tipo di opportunità. L'EP, attraverso la creazione di reti di supporto e cooperando con le famiglie e la scuola, sarebbe il ponte che collega i terapeuti con l'ambiente esterno operando in *setting* diversi e stimolanti. La cadenza degli incontri, soprattutto in fase iniziale, dovrebbe essere frequente e ravvicinata (es. settimanale) sia per i bambini, sia per gli adolescenti, al fine di instaurare una forte alleanza terapeutica e una relazione di fiducia.

Entrare in relazione con qualcuno che non parla e che spesso non interagisce nemmeno con lo sguardo o con la mimica facciale, scatena un susseguirsi di emozioni come il disagio, la frustrazione, l'imbarazzo o la pietà che portano le persone a mettere in atto una serie di atteggiamenti che rafforzano ancora di più la chiusura di chi si ha davanti. L'EP dovrebbe dunque dedicarsi alla sensibilizzazione e alla formazione adeguata per la gestione del MS con gli insegnanti e gli altri professionisti che ruotano attorno al paziente (pediatri, medici di base, infermieri): sono assolutamente da evitare l'eccessiva insistenza, le battutine, il parlare solo con chi accompagna il ragazzo/bambino come se questo fosse incapace di comprendere, mostrare irritazione per il suo silenzio.

I punti cardine sui quali dovrebbe basarsi un progetto educativo realizzato *ad hoc* per chi soffre di MS sono: non porsi come obiettivo primario la parola, rispettare i tempi

senza fretta, creare un clima rilassato e accogliente, valorizzare il concetto di imperfezione mostrandosi buffi e senza paura di sbagliare.

Spesso, è difficile elaborare degli obiettivi che non spaventino i genitori e che non facciano sentire il bambino/ragazzo sotto pressione o forzato; la proposta migliore, che l'EP potrebbe inserire nel progetto educativo, è quella di seguire una sorta di procedura "standard" suddivisa in piccoli *step* che si spostino verso un obiettivo man mano più complesso. Iacchia e Ancarani⁴⁹ propongono di considerare ogni situazione come una costruzione fatta di sei mattoncini, ognuno dei quali è la base e il prosieguo del precedente:

1. Definire un obiettivo semplice, concreto e chiaro
2. Definire le singole azioni suddividendole in gesti minori
3. Creare la scena e provarla come una recita
4. Eseguire la "recita" nella realtà, ovvero mettere in pratica ciò che è stato allenato nella fase 3
5. Annotare i singoli progressi perché il bambino veda con i suoi occhi che ce la può fare e che l'ansia e la paura sono affrontabili
6. Ripetere la scena finché non diventa "normale".

È fondamentale che l'EP aiuti i genitori e la rete sociale del paziente nel trattenere delle attivazioni emotive esagerate nel momento in cui quest'ultimo raggiunge un risultato, proprio perché questo porterebbe il bambino a considerare i complimenti come delle conferme della sua problematicità e difettosità. Si dovrebbe quindi consigliare di chiedere a lui di esprimere come si sente dopo aver raggiunto un traguardo e motivarlo a proseguire il lavoro insieme. Infine, è doveroso dedicare parte dell'intervento educativo al raggiungimento progressivo dell'autonomia: bisogna coinvolgere e non sostituire, fornire strategie per stabilire e mantenere relazioni interpersonali, ampliare le opportunità di sperimentarsi da soli.

3.3 Limiti e punti di forza

Lo studio presenta numerosi limiti dovuti alla complessità del disturbo trattato.

⁴⁹(Iacchia, Ancarani, 2018, pp. 219-222)

In primo luogo, sebbene il numero di partecipanti alla “vacanzina terapeutica” fosse elevato (30 adolescenti nel 2022 e 31 nel 2023, di cui 15 presenti in entrambi gli anni), solo in pochi (17 totali: 12 nel 2022 e 5 nel 2023) hanno accettato di compilare i questionari somministrati a T₀. In particolare, per approfondire uno studio longitudinale, si è riusciti a valutare nei due tempi solamente 5 di questi ragazzi perché i restanti 7 che avevano compilato a T₀ non hanno partecipato alla “vacanzina” del 2023 e, di conseguenza, non è stato possibile eseguire un *follow-up* a T₁.

In secondo luogo, la maggior parte dei partecipanti alla terapia residenziale presentava almeno una diagnosi in comorbilità e un grado elevato di gravità (livello 0 nella scala della comunicazione) di MS. La compromissione che ne deriva è una risposta comportamentale talmente inibitoria che qualsiasi tipo di iniziativa motoria (scrivere, rispondere a domande) risulta ostacolata e, di fronte alla richiesta di compilare il questionario, molti sono rimasti immobili e inespressivi.

Nonostante queste limitazioni, l’analisi dei risultati dello studio hanno dimostrato che nel gruppo di indagine si è registrato un cambiamento pre e post trattamento, sia positivo che negativo a seconda delle aree esplorate.

Inoltre, a partire dal confronto dei dati a T₀ e T₁ che sono stati considerati invariati rispetto alla soglia di significatività stabilita, è possibile individuare le aree che presentano credenze e comportamenti più radicati, al fine di inserirle all’interno di un intervento educativo che possa gradualmente “scongelare” questi ragazzi.

3.4 Conclusioni

Il MS è un disturbo molto complesso che nel tempo è passato da un’erronea credenza che la patologia fosse legata ad una volontà oppositiva del bambino di non parlare, ad una convinzione che vi è una vera e propria impossibilità a farlo in determinati contesti. Il MS presenta una serie di caratteristiche tipiche, un funzionamento psicologico e un’organizzazione di personalità di tipo fobico che accomunano chi ne soffre. Uscirne è assolutamente possibile e di fondamentale importanza nel percorso terapeutico è la stretta cooperazione tra professionisti, scuola e famiglia. La figura dell’Educatore Professionale potrebbe rappresentare una valida risorsa per l’alleanza terapeutica e per la costruzione di una relazione di fiducia. Egli dovrebbe operare in *setting* sempre

diversi per allenare le *social skills* fino a rendere tutte quelle situazioni che generano ansia e paura “normali”.

Per la presa in carico di chi soffre di MS esistono diversi approcci: la tipologia di intervento deve essere cucita su misura sul paziente dopo un’attenta osservazione e approfondimento rispetto a credenze, comportamenti e bisogni. Quella maggiormente utilizzata è la terapia cognitivo-comportamentale, per molti però si preferiscono approcci multimodali.

L’ansia che blocca la parola e spesso ogni iniziativa di tipo motorio, hanno reso difficile condurre la ricerca del presente lavoro.

Lo studio trasversale ha permesso di fornire un indice di gravità e le caratteristiche del campione esaminato. È emerso che il gruppo d’indagine è molto isolato e caratterizzato da alti livelli di ansia sociale e una prevalenza di fobie situazionali. Si presume che, considerate le autovalutazioni sul sentirsi superiori e poco paurosi, il gruppo sia nel complesso poco consapevole del proprio disturbo; motivo per cui non tutti sentono il bisogno di chiedere aiuto.

Lo studio longitudinale ha evidenziato che nel campione d’indagine (anche se ristretto), la “vacanzina terapeutica” ha avuto un impatto, determinando dei cambiamenti significativi tra il T₀ e T₁. Il dato inaspettato sul peggioramento del MS ha permesso di aprire una riflessione circa il presumibile aumento della consapevolezza grazie all’intensità delle esperienze che la terapia residenziale offre ai ragazzi.

Per avvalorare questa ipotesi, è opportuno considerare la totalità dei dati raccolti, in particolare il miglioramento dei valori della DERS 20, del SIQ-15, la decrescita degli stati emotivi di imbarazzo e vergogna e la differenza significativa in positivo tra i luoghi temuti a T₀ e T₁.

La “vacanzina” ha senza dubbio accelerato il percorso di sblocco emotivo, di consapevolezza e di fiducia nella possibilità di risoluzione del disturbo, confermando ai ragazzi che paura e ansia possono essere gestite come hanno già sperimentato per più giorni consecutivi nella terapia residenziale.

Nonostante questi risultati promettenti, è importante sottolineare il bisogno di incrementare le ricerche scientifiche sia sul MS, sia sull’efficacia che possono avere questo tipo di terapie intensive rispetto a quelle tradizionali.

Riassumendo in breve i risultati di questo studio:

- Il MS comporta un importante isolamento sociale
- Vi è un elevato evitamento delle situazioni che generano ansia e paura
- Il MS si caratterizza principalmente per ansia sociale e, in minor parte, per fobie situazionali
- Un sottogruppo presenta elevati tratti autistici con una maggiore difficoltà nella regolazione delle emozioni. Il dato andrebbe ulteriormente approfondito
- Scarsa consapevolezza delle proprie difficoltà e risorse
- Si suggerisce: divisione dei compiti in piccoli *step* per raggiungere un obiettivo man mano più complesso, lavoro progressivo sull'autonomia, valorizzazione del concetto di imperfezione

Bibliografia

- Bianchi, L. (2020). Mutismo selettivo: eziologia, assessment e trattamento. *Numero 25 - Numero Monografico Età Evolutiva*, 27-48.
- Booth, T., Murray, A. L., McKenzie, K., Kuenssberg, R., O'Donnell, M., & Burnett, H. (2013). Brief Report: An Evaluation of the AQ 10 as a Brief Screening Instrument for ASD in adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 43 (12), 2997-3000. Tratto da <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1844-5>
- Capobianco, M. (2009). Il mutismo selettivo: Diagnosi, eziologia, comorbilità e trattamento. *Cognitivismo clinico*, 6(2), 211-228.
- Capozzi, F. M. (2017). Children's and parent's psychological profiles in selective mutism and generalized anxiety disorder: A clinical study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(6), 775-783. Tratto da <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1075-y>
- Corona, & De Giuseppe. (2006). Istituto A. T: Beck - terapia cognitivo comportamentale. *Istituto A. T. Beck*. Tratto da <http://www.istitutobeck.com>
- D'Ambrosio, M. (2015). Alle origini del mutismo selettivo: un'ipotesi di disfunzione autonoma. *I Care n. 40(4)*, 137-144.
- D'Ambrosio, M., & Coletti, B. (2002). L'intervento cognitivo-comportamentale nel trattamento del mutismo selettivo. *I Care* 27 (3), 97-103.
- Denollet, J., & Duijndam, S. (2019). The multidimensional nature of adult social inhibition: Inhibition, sensitivity and withdrawal facets of the SIQ15. *Journal of Affective Disorders* (245), 569-579. Tratto da <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.035>
- Hua, A. &. (2016). Selective mutism. *Current Opinion in Pediatrics* 28(1), 114-120.
- Iacchia, E., & Ancarani, P. (2018). *Momentaneamente silenziosi: Guida per operatori, insegnanti e genitori di bambini e ragazzi con mutismo selettivo*. FrancoAngeli.
- Jainer, A. K., Quasim, M., & Davis, M. (2002). Elective mutism: A case study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 6, 49-51. Tratto da <https://doi.org/10.1080/13651500275348942>

- Kaakeh, Y., & Stumpf, J. L. (2008). Treatment of selective mutism: Focus on selective serotonin reuptake inhibitors. *Pharmacotherapy*, *28*(2), 214-224. Tratto da <https://doi.org/10.1592/phco.28.2.214>
- Kearney, C. A., & Rede, M. (2021). The Heterogeneity of Selective mutism: A primer for a more refined approach. *Frontiers in Psychology*, *12*. Tratto da <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.700745>
- Lausi, G., Quagliari, A., Burrai, J., Mari, E., & Giannini, A. M. (2020). Development of the DERS 20 among the Italian population: a study for a short form of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology* *8* (2), 1-19. Tratto da <https://doi.org/10.6092/2282-1619/mjcp-2511>
- Muris, P., & Ollendick T., H. (2021). Selective Mutism and Its Relations to Social Anxiety Disorder and Autism Spectrum Disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review* *24*, 294-325. Tratto da <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00342-0>
- Muris, P., & Ollendick, T. (2021). Current challenges in the diagnosis and management of selective mutism in children. *Psychology Research and Behavior Management Volume* *14*, 159-167. Tratto da <https://doi.org/10.2147/prbm.s274538>
- Muris, P., Mannens, J., Peters, L., & Meesters, C. (2017). The Youth Anxiety Measure for DSM 5 (YAM 5): Correlations with anxiety, fear, and depression scales in non clinical children. *Journal of Anxiety Disorders* *51*, 72-78. Tratto da <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.06.001>
- Muris, P., Simon, E., Lijphart, H., Bos, A., Hale, W., & Schmeitz, K. (2016). The Youth Anxiety Measure for DSM 5 (YAM 5): Development and First Psychometric Evidence of a New Scale for Assessing Anxiety Disorders Symptoms of Children and Adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, *48*(1), 1-17. Tratto da <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0648-1>
- NovoPsych. (2023, Settembre 20). *Autism Spectrum Quotient (AQ)*. Tratto da novopsych.com: <https://novopsych.com.au/assessments/diagnosis/autism-spectrum-quotient/>

- Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological psychology*, 74(2), 116-143. Tratto da <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2006.06.009>
- Steains, S. Y., Malouff, J. M., & Schutte, N. S. (2021). Efficacy of psychological interventions for selective mutism in children: A meta analysis of randomized controlled trials. *Child Care Health and Development*, 47(6), 771-781. Tratto da <https://doi.org/10.1111/cch.12895>
- Steffenburg, H. S. (2018). Children with autism spectrum disorders and selective mutism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment Volume 14*, 1163-1169. Tratto da <https://doi.org/10.2147/ndt.s154966>

Ringraziamenti

Scrivere una pagina di ringraziamenti che sia anche solo lontanamente esaustiva è un compito pressoché impossibile. Le persone che ho incontrato nel mio percorso universitario e, oserei dire, di vita, hanno in qualche modo contribuito a farmi diventare la donna che sono e a raggiungere questo successo. Cercherò comunque di essere breve...

Innanzitutto desidero ringraziare l'Associazione Italiana Mutismo Selettivo per avermi dato la possibilità di partecipare ad un'esperienza così intensa e di crescita professionale, quale è stata la "vacanzina terapeutica". L'accoglienza di tutta l'equipe e, in particolare, la disponibilità e la collaborazione della Dott.ssa Iacchia sono state fondamentali per condurre lo studio della tesi. Un sentito grazie va anche a tutti i Docenti che hanno contribuito alla mia formazione e alla Dott.ssa Tenconi, per avermi seguita nella stesura del presente lavoro.

Ringrazio mamma e papà per avermi sostenuta da sempre, incoraggiandomi a dare sempre il meglio di me stessa senza la paura di "sporcarci le mani".

Grazie a mio fratello: ammirare i suoi successi è stata la spinta più forte che mi ha dato la determinazione necessaria per superare quei momenti in cui la scelta di mollare tutto sarebbe stata la più facile.

Un pensiero speciale va ai nonni che già da tre anni mi chiamano "Dottoressa", grazie per essere sempre stati il pilastro della mia vita.

Senza distinzioni, vorrei esprimere tutta la mia più sincera gratitudine agli amici che mi sono stati vicini nei momenti di gioia e che hanno sopportato le mie quotidiane lamentele.

Infine, desidero ringraziare gli Scout per avermi dato la possibilità di vivere le esperienze di servizio al prossimo che mi hanno portata a scegliere questo percorso universitario.